



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y  
CONTROL DE ENFERMEDADES  
Departamento  
de Salud Mental



# Enfermería en Salud Mental Comunitaria

Avances y Desarrollos en la Práctica



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
Programa Especialización Enfermería  
en Salud Mental y Psiquiatría

# *Responsables Edición:*

***Sra. Irma Rojas Moreno***

Enfermera

Departamento Salud Mental

División de Control y Prevención de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

Ministerio de Salud

***Sra. Patricia Narváez Espinoza***

Enfermera y Matrona

Departamento Salud Mental

División de Control y Prevención de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

Ministerio de Salud

***Sra. Eddn Bustos Bennvides***

Enfermera Académica

Escuela Enfermería

Facultad de Medicina

Universidad de Chile, Santiago







Índice	1
Prólogo	2
I.- Una Experiencia de Salud Mental Comunitaria en Escuela Promotora, Silvia Calderón Salinas, Académica Escuela Enfermería Universidad de Chile, Santiago	3
II.- Propuesta de Intervención en el Nivel Primario de Atención, Evelyn Stevens Maturana, Académica Escuela de Enfermería Universidad Mayor, Santiago	11
III.- Intervención de Enfermería “Promoción de la Resiliencia a Través del Ciclo Evolutivo, Paulina Ahumada Fuenzalida, Enfermera Matrona Enfermera Coordinadora Unidad de Hospitalización Corta Estadía, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago	31
IV.- Salud Mental Escolar, Rosa Hermosilla Hidalgo, Académica Escuela de Enfermería Universidad de Chile, Santiago	39
V.- Intervención de Enfermería en Usuarios con Esquizofrenia, Gloria García Vallejos, Académica Escuela de Enfermería Universidad de Chile, Santiago	47
VI.- Atención de Enfermería en el Nivel Secundario, María Eugenia Aranda, Enfermera Clínica Servicio de Psiquiatría Hospital Félix Bulnes, Santiago	57
VII.- Psicoeducación a Familiares de Pacientes con Esquizofrenia, María Eugenia Cárcamo Zamora, Enfermera Matrona Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar	63
VIII.- Intervención de Enfermería en Salud Mental en el Centro de Cumplimiento Penitenciario de Talca, María Isabel González C., Académica Escuela de Enfermería Universidad Católica del Maule	69
IX.- Experiencia de trabajo en Centros de Cumplimiento Penitenciario: Una Experiencia de Vida Lidia Osorio Olivares y Ximena Soto Rodríguez, Académicas Escuela de Enfermería, Universidad Arturo Prat, Iquique	73
X.- Salud Mental Comunitaria Hacia un Cambio de Paradigma en Salud, Patricia Viguera Cheres, Magister en Educación Superior, Académica Escuela de Enfermería Universidad Arturo Prat, Iquique	77
XI.- Experiencia Clínica Enfermería en Salud Mental Comunitaria, Edda Bustos Benavides, Académica Escuela de Enfermería Universidad de Chile, Santiago	91



La Jornada de Enfermería en Salud Mental realizada en la Universidad de Chile con el auspicio del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud y la Escuela de Enfermería de esta Universidad, en septiembre del 2005, ha permitido a los profesionales que han participado, retomar los desafíos que este campo de la Enfermería, plantea cada vez con más urgencia a la luz de los requerimientos de nuestra sociedad.

La historia de nuestra profesión es un claro reflejo de como ha evolucionado el concepto y la filosofía del Cuidado de las personas; es así los avances tecnológicos sociales y el nunca tan ponderado concepto de globalización, nos llevan a ejercer nuestra profesión desde una nueva perspectiva, con una preocupación, un despertar de la conciencia del país como Nación y de los profesionales que deben comprometerse a reducir la carga negativa que gravita en la población, que siente como día a día se deteriora su calidad de vida por los múltiples problemas de salud mental que la aqueja.

En el contexto de estas Jornadas, se ha analizado una vez más, la necesidad de la participación activa y efectiva en los Servicios de Salud del país desde la reflexión conceptual, la acción interdisciplinaria y la generación de procesos de cambios, donde el marco programático y epidemiológico planteado por el Ministerio de Salud a través del Plan de Salud Mental y Psiquiatría, juega un rol fundamental.

El interés por dar a conocer nuevos abordajes a los problemas que se viven tanto en la salud niental comunitaria como en los Centros de atención secundaria y terciaria, es una señal clara que los profesionales de Enfermería visualizan la gestión del cuidado como un imperativo ético a partir de la promoción, prevención y atención del sufrimiento psíquico, lo que debe complementarse con la puesta en marcha e implementación de políticas y leyes que consoliden el real funcionamiento de las redes de servicios comunitarios y otro.; dispositivos que aseguren una atención de calidad a los usuarios del Sistema de salud.

Indispensable es considerar la educación y la investigación como instrumentos que validen y promuevan los cambios con base en la evidencia científica, esto no solo como explicación de los problemias existentes, sino como una forma eficaz de orientar y otorgar a las intervenciones planteadas, un estatus social, científico y poítico, en otras palabras darle a la salud mental de las personas el valor que amerita en la sociedad chilena.

En la Jornada realizada se expusieron un importante número de trabajos, reflejo indiscutible de la existencia de problemas por resolverse y de iniciativas que buscan respuestas, a pesar de los conflictos que se generan en la sociedad e instituciones de salud, en los cuales aun quedan resabios culturales que dificultan la atención que requieren las personas aquejadas por alteraciones mentales o enfermedades psiquiátricas.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile y el Departamento de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, desean promover mediante la publicación de los trabajos expuestos en la Jornada de Entermeria en Salud Mental, el compromiso profesional que refleja cada una de las experiencias divulgadas, lo que en la práctica se traduce en un conjunto de intervenciones interpersonales, asistenciales, educativas y terapéuticas que buscan mejorar la atención de Enfermería a las personas y grupos comunitarios que atienden.

Hemos aceptado el desafío de seguir mejorando la salud de las personas mediante nuestras intervenciones profesionales, la invitación es seguir por el camino de la innovación, de la búsqueda de soluciones y el compromiso con la población chilena que necesita una respuesta informada, oportuna, humanizada y eficiente a sus problemas.

SANTIAGO, SEPTIEMBRE 2005

# *Una Experiencia de Salud Menú Comunitaria en Escuela Promotora*

Savía Calderón Salinas, Académico Escuela Enfermería Universidad de Chile, Santiago

## *Introducción:*

En el marco del convenio establecido entre el Liceo Manuel de Salas y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile el año 2000 y a la luz de las actividades de Extensión Universitaria, se han venido desarrollando a la fecha diversa; actividades docentes y asistenciales con esta población, cuya finalidad ha sido dar respuesta a las necesidades de salud de la comunidad escolar.

Esta experiencia se inicia a partir de la elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de la comunidad con recolección de información obtenida a través de un instrumento de valoración familiar, datos estadísticos aportados por el departamento de enfermería del colegio y complementada con diagnósticos participativos que incluyeran distintos niveles de enseñanza básica.

Haciendo uso de la información recolectada, se construyeron cronogramas de trabajo conjunto, iniciando el abordaje de los aspectos relativos a las áreas programáticas definidas para la escuela promotora, utilizando distintas estrategias y modalidades de trabajo comunitario.

El resultado de esta experiencia se ha evidenciado con la obtención el año 2004 del certificado correspondiente como Ambiente Libre de Humo de Tabaco y en **Agosto** del presente año como Escuela Promotora de Salud. El presente trabajo, pretende dar cuenta de la información obtenida a través de los diagnósticos participativos que identifican las necesidades sentidas por los estudiantes y que han servido como sustrato, para la planificación y el desarrollo de las actividades en los aspectos relativos a la promoción en el ámbito escolar

## *Antecedentes Generales de la Comunidad Escolar Liceo Manuel de Salas*

El Liceo Manuel de Salas se ubica en la comuna de Ñuñoa de Santiago, se trata de un colegio particular que en la actualidad mantiene dependencia administrativa de la Universidad de Chile.

Está conformada por aproximadamente 2200 personas entre estudiantes desde prekinder a cuarto año de enseñanza media, profesorado y personal administrativo. Sus alumnos residen principalmente en las comunas de Ñuñoa, La Reina y Macul.

Su arancel mensual bordea los \$100.000, más matrícula con una cuota de incorporación que asciende a los 500.000 pesos. Las familias se ajustan al estrato económico ABC1 y C2 c mantienen un ingreso per capita de \$330.000. Los padres y apoderados son en su mayoría profesionales, empleados de categoría, medianos industriales, comerciantes y agricultores

En el perfil de éste establecimiento destaca su condición laica. Entre sus aspectos más relevantes cómo objetivos educacionales estarían promover la participación responsable, la coherencia entre el ser y el hacer, la democracia, la diversidad, libertad en beneficio del bien común. Destaca además la búsqueda de la justicia, la solidaridad, el servicio para el progreso y el liderazgo.

Al interior del sistema conviven diversas organizaciones entre los que destacan bienestar, centro de alumnos, grupos ecológicos, deportivos y artísticos.

Cuenta con un servicio de enfermería a cargo de un profesional y un técnico paramédico que presta atención a la comunidad y orienta sus acciones principalmente al nivel de prevención secundario.

## *Diagnósticos Participativos en Estudiantes de II, V y VI Años de Enseñanza Básica*

### **Objetivos Generales:**

- 1) Conocer los problemas y necesidades de salud sentidas por la población escolar
- 2) Priorizar los problemas identificados
- 3) Identificar el concepto de vida saludable en el entorno escolar
- 4) Evaluar el grado de compromiso en el auto cuidado y propuestas de mejora en la solución de los problemas

### **Metodología:**

Estudio cualicuantitativo, técnica nominal - focal  
Instrumentos semiestructurados

### **Tamaño muestral:**

84 estudiantes seleccionados con determinación aleatoria correspondientes al 64% del universo

## **Áreas temáticas abordadas:**

- Accidentes
- Violencia, Maltrato
- Nutrición
- Tabaquismo, Alcohol y Drogas
- Soledad y Comunicación
- Sexualidad
- Factores de riesgo cardiovascular
- Autoestima

## **Diagnóstico Participativo II Años Básicos**

Los estudiantes priorizan sus problemas de la siguiente manera:

- Accidentes (37%)
- Higiene Personal (33%)
- Violencia (17%)
- Sobrepeso y obesidad (13%)

Identifican además cómo problemas sociales, la delincuencia y el porte de armas de **fuego** por **los** jóvenes, **los** accidentes de tránsito y la contaminación del medio ambiente.

### **Asociación de conceptos con la salud y la enfermedad**

- **Los** alumnos relacionan auto cuidado y prevención, con el bienestar físico, buenos hábitos higiénicos, ocupación del tiempo libre y actividad **física**. Destacan la importancia de realizarse exámenes preventivos, tener una alimentación sana y prevenir accidentes.
- Relacionan la enfermedad con el dolor físico y espiritual: la soledad, la tristeza, el no sentirse escuchado, con "no servir para nada", sentir siempre " mucha rabia".
- **Asocian** a la enfermedad al cansancio y la falta de animo.
- Destacan que los estados animicos son transitorios.

### **Condiciones para que su colegio sea saludable**

- Limpieza y menos contaminación
- Venta de comida natural sana
- Ambiente grato, amigable y recreativo
- Mejoras en la atención de salud ( más enfermeras)
- Mejora **en** las condiciones de **infraestructura en** sala de clases (ventilación, calefacción, **asientos** cómodos de acuerdo a la edad)
- Espacios abiertos, más flores, plantas, y árboles
- Buen trato y profesores amigables
- Seguridad en el establecimiento y protección contra accidentes
- Muy buena comunicación entre padres y profesores
- Personal adecuado que enseñe cómo cuidar la salud

### ***Aspectos positivos:***

- Ven positivamente la no existencia de drogas al interior del colegio
- El compromiso de los profesores

### ***Aspectos negativos:***

- influencia de los alumnos mayores en la contaminación, en la violencia, en abusarlos por la edad( insultos y descalificaciones groseras, rayado de paredes)

### ***Compromisos que están dispuestos asumir:***

Mayoritariamente cuidar el medio ambiente, contribuyendo al aseo de los baños, patios, jardines y uso de basureros de su colegio.

## ***Diagnóstico Participativo V Años Básicos***

- El 71% de los niños manifiesta que el principal problema de los presentados corresponde al alcohol y las drogas
- Los modelos de consumo estarían dados por los propios padres, profesores y pares
- Manifiestan que el consumo al interior del colegio se iniciaría mayormente en séptimo y octavo, pero es posible verlo en sexto año, en niños más pequeños.
- Hay relación entre la edad y el consumo. A mayor edad mayor consumo
- Establecen una relación entre el consumo de sustancias psico-activas, las enfermedades malignas ( cáncer) y las enfermedades cardiovasculares
- Sólo el 30% advierte que el consumo no se da en niños de su edad, el resto no tiene opinión
- Opinan que la educación es la mejor manera de prevenir el daño producido por el consumo de drogas
- Asocian la autoestima, al consumo "el problema está en que la gente que lo hace, no se quiere"
- El 17% piensa que el problema seguirá existiendo dentro del colegio, porque los niños tienen "miedo de decir que no", los mayores compran alcohol, es posible verlo todos los días y las medidas son pocas. Sentimiento de derrota frente a las medidas de control
- El 100% opina que las personas enferman porque la comida es rica, no hacen deporte, son gordos y el órgano más importante que es "el corazón se muere"

### ***Propuestas de mejora para construir un Liceo Saludable***

Las tareas que debe emprender el colegio, las resumen considerando principalmente las áreas de consumo de drogas y violencia

Plantean subdividir el colegio para que no haya contacto con niños más grandes

Prohibición de fumar en la puerta del colegio

Prohibición de fumar para los profesores en el interior, por el modelaje

Prohibición de venta de alcohol y drogas en las cercanías del liceo

## Diagnóstico Participativo VI Años Básicos

De los aspectos que se evaluaron se identificaron los siguientes problemas en orden de importancia:

1. Consumo de tabaco y alcohol (100%)
2. Soledad y Obesidad (93%)
3. Violencia entre pares y en la familia (90%)
4. Sexualidad (16%)

### Problema Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas

- El 100% identifica cómo causa las conductas imitativas, la presión de los pares y la aceptación del grupo
- Otro tanto significativo establece una relación entre el consumo, la soledad y los problemas familiares "olvidar los problemas de la casa"
- Se expresan sentimientos de vulnerabilidad, miedo, desconfianza y amenaza frente a los aspectos asociados a la delincuencia y las drogas
- Hay percepción de fácil acceso al interior del colegio
- Sentimientos de angustia frente al no reconocimiento de signos y síntomas del consumo por los padres llegar tarde
- Asociación entre proveedores de sustancias ilícitas y bajo estrato social
- Opinión que hay escaso abordaje preventivo y de información a nivel de las familias, más bien orientadas a conductas de "aprendizaje del no"
- Destacan la información que entregan los programas televisivos "Don Grat" y "Contacto"
- Opinan que hay una baja representación del colegio en entrega informativa. No es bien evaluada la metodología educativa a través de paneles, dicen ser no motivadoras ni generar cambios
- Hay expresiones de desprotección frente al consumo al interior del colegio. Hay un modelaje importante de los grupos de presión y poca promoción de valores que desmotiven el consumo
- Existe la percepción de negligencia en el abordaje del problema. Pocas instancias
- La propuesta de mejora incluye la necesidad de profundizar en el tema con "dedicación exclusiva", abordando los niveles de niños más pequeños, "enseñanza temprana".
- Apoyo psicológico personalizado y preocupación de los padres; en la pesquisa y tratamiento de los consumidores
- Las medidas que proponen son: vigilancia y regulación del consumo en los baños, en la puerta del colegio, campañas masivas con énfasis en alumnos de enseñanza media "hablar con ellos;"

### ***Problema :Violencia***

- Existe la opinión que **los** modelos de violencia son aprendidos en el marco familiar
- Reconocimiento que la agresividad expresada **cómo** violencia física o psicológica es un fenómeno en aumento. Relación entre el liderazgo y la violencia
- Sentimientos que también **la** violencia se ejerce desde los profesores" se exaltan con facilidad"
- Hay pocas oportunidades de conversación en relación a las medidas disciplinarias
- Consenso que al interior de **la** familia la violencia es generada por la sobrecarga del rol materno y **la** multifuncionalidad el otro no hace nada", aburrimento de **las** mujeres especialmente
- Hay percepción que el estrés es generado por altas exigencias y demandas laborales
- La violencia ejercida en todas sus formas genera en ellos un sentimiento de "rabia "y "susto". La proyección es "sena temble que **mi** esposo me pegara cuándo grande"
- Cómo propuesta y compromiso figura el someterse a terapias familiares, tiempo libre en familia

### ***Problema :Soledad - Comunicación***

- Relación entre soledad y estado nutricional "si eres gordo te discriminan", no puedes entrar al grupo de los bakanes
- La explicación de la soledad que se hacen, dice relación con tener características de personalidad" se alejan para pensar"
- Importancia de **la** amistad, preocupación por los amigos que se sienten solos
- Existe la percepción que el tema de la soledad no es abordado por la familia, no se preocupan suficientemente
- Muestran una intención de respeto por aquellos que tienden a aislarse "no deben ser molestados"
- Relacionan problemas con soledad

### ***Problema :Obesidad***

- Establecen una relación significativa entre soledad y comida. Entre comida y ansiedad
- **La** explicación que ellos le dan tiene que ver con modelos familiares de ingesta excesiva, y aburrimento del niño que pasa mucho tiempo sólo
- Percepción que **la** comida " hace olvidar", reporte placentero
- Establecen un asociación clara entre enfermedades y obesidad
- Sus mejoras apuntan a comer en espacios tranquilos (no en **las** escaleras del colegio), colaciones sanas
- **Los** hábitos **de** alimentación saludable incluirían el consumo de verduras, frutas y jugos naturales

### ***Identificación de otras Necesidades y Opiniones***

- Tratar el tema de **las** violaciones en los niños y formas de cuidarse
- Inquietud por trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia
- Mayor vigilancia y regulación frente a los robos **en** el interior del colegio
- Seguridad ambiental para mejorar el tema de **los** accidentes y la salud
- Aumento de actividades extraprogramáticas
- Solicitud **de** coordinación de las evaluaciones escolares que afectan **la** salud de **los** alumnos, asociación con el estrés y calidad de vida

### ***Comentarios Finales:***

La riqueza del material que se ha recogido entre otras cosas, ha permitido recientemente planificar actividades de promoción conjuntas con las autoridades del liceo (departamento de orientación, servicio de enfermería) cómo ha sido la realización **de** una degustación de alimentos saludables,

(Mesón Saludable) para alrededor de 600 estudiantes de nivel de enseñanza básica con fondos obtenidos por un proyecto de promoción comunal (Agosto 2005) y la actividad "Día de la Salud Mental" (Septiembre 2005) en que **se** privilegió el tema Drogas y Alcohol en una feria abierta con la colaboración activa del CONACE. Paralelamente a ésta actividad **se** realizaron dinámicas participativas con alumnos de V **Año** Básico con la identificación de factores protectores **y** de riesgo con una metodología de estaciones comunicadas.

Si bien el trabajo que se presenta, advierte desde la percepción de los estudiantes, insuficientes esfuerzos por intervenir los temas que aquí se han tratado; en justicia hay que mencionar que se han venido desarrollado distintos programas educativos por parte del colegio en temas relativos a salud.

**Sin** embargo, en éste proceso es indispensable por una lado incorporar un tercer elemento, que es el trabajo permanente con **los** padres y apoderados, situación en la cuál **se** han desplegado algunos intentos infructuosos **y por** otro lado, evaluar en un mediano plazo, el resultado de las estrategias y resultados obtenidos a la luz de los cambios generados, más allá de la obtención de la certificación cómo escuela promotora.

**Sin duda nuestro próximo desafío.**



# Propuesta de Intervención en Nivel Primario de Atención



Evelyn Stevens Maturana, Académico Escuela de Enfermería Universidad Mayor, Santiago

## Introducción:

En las décadas pasadas, gran parte de los recursos económicos del gobierno central estaban destinados al tratamiento y recuperación de los enfermos; centrándose estos **en** hospitales, donde se invertían importantes cantidades de **recursos** humanos y materiales; tecnología de punta y tratamientos sofisticados eran el gran objetivo; poco a **poco** el paradigma fue cambiando cuando **se** analizó el nivel de gastos y recursos en tratamientos versus gastos y recursos en prevención y detección precoz. Hubo todo un cambio que también incluyó a la psiquiatría, donde se modifica la postura de tratamiento de hospitalizaciones de larga estadia-reclusión a hospitalizaciones de corta estadia y tratamientos y rehabilitación en un enfoque comunitario.

En relación con la Salud Mental, el concepto es aún mas reciente, existen planes elaborados a escala central **pero** que no son una realidad en la practica habitual en la Atención Primaria, **se** pueden ver algunas practicas en el ámbito de programas de adultos dirigidos más a salud ocupacional y otros para los adultos mayores; Pero la **conceptualización** de que existen trastornos propios de la Salud Mental que afectan al niño desde que nace es un hecho relativamente reciente en el ámbito de la medicina y aún poco incorporado a la cultura.

Tradicionalmente las familias han reconocido más o menos tempranamente los trastornos de **salud** mental **congenitos** que se acompañan de malformaciones físicas y trastornos severo del desarrollo; pero la capacidad y **sensibilidad** de la familia para calificar como problema a las alteraciones emocionales y psicossomáticas y conductuales en los niños pequeños es aún escaso.

Con los estudios que contamos hoy, que no son pocos sobre. Apego - Base Segura - Rrsiliencia, y el tener clara conciencia que es en la niñez temprana la formación de **los** pilares de la futura personalidad de ese **ser** humano, o sea **sus** **capacidades** de relacionarse con el medio **externo** y equilibrar su mundo interno, razones suficientes para tomar conciencia **que** es necesario proponer medidas y ponerlas en práctica **es una urgencia social y un compromiso profesional.**

**Por lo anteriormente expuesto es que como enfermera especialista en salud mental y psiquiatra propongo el siguiente modelo de intervención en la atención de la salud primaria.**

### Resiliencia

Actualmente, no hay en la literatura científica una definición consensuada de la Resiliencia. En los diccionarios sólo se refieren a la física de los materiales: " La Resiliencia (en Kg. por m<sup>2</sup>) define la resistencia al choque". La palabra Resiliencia, de origen latino, viene del verbo resilio, que significa saltar hacia atrás, rebotar, repercutir. En Psicología, la palabra cobra un sentido distinto, pues no limita a la resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobrepone (se desarrolla tras una pausa) y se reconstruye.

En *Situaciones de alto riesgo*, podemos mencionar la pobreza, un estatus socioeconómico bajo, la inestabilidad familiar, trastornos psiquiátricos, conductas adictivas de los padres, etc.; se han realizados muchas investigaciones en relación a las consecuencias de acumular riesgos, se ha podido demostrar que cuantas más dificultades acumula una persona, mayor es el riesgo de disfunción. Un estudio de Rutter y colaboradores] con niños negros residentes en la isla Wight permitió demostrar que la presencia de un solo factor de riesgo no aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno psiquiátrico; pero la presencia de dos factores la multiplica por cuatro.

Es difícil definir un factor de riesgo; por eso, "*es arriesgado estudiar la resiliencia, pues no está clara la naturaleza exacta del riesgo*", muchas investigaciones han examinado ambientes que acumulan varios riesgos, lo que hace muy difícil separar la resiliencia del riesgo total.

El segundo punto se refiere a la *resistencia al estrés*, en los estudios sobre estrés, la resiliencia tiene otro significado: "implica estrategias de ajuste eficaces, es decir, esfuerzos por restaurar o mantener el equilibrio interno o externo mediante actividades que incluyen el pensamiento y la acción" Fortin y Bigras<sup>2</sup> lo definen: "el estrés consistiría en una transacción entre la persona y el ambiente en que el individuo evalúa la situación como algo que supera sus recursos y puede poner en peligro su bienestar". El individuo debe adaptarse a esos acontecimientos estresantes y, para hacerlo, evaluar la situación y aplicar luego estrategias de ajuste.

El tercer punto concierne a los *Traumas*. Según Bourguignon, la palabra trauma designa "un acontecimiento interno que trastorna al sujeto y tiene consecuencias inmediatas que se agrupan en la expresión *shock emocional*." Por trauma puede entenderse: guerra, campo de concentración, incesto, maltrato, duelo por un familiar o catástrofe natural. Muchos autores han insistido en que cada acontecimiento se vive de modo distinto según la persona y el período de desarrollo en que sucede, parece que algunos acontecimientos son traumáticos en sí mismos (maltrato, incesto, duelo por un familiar).

Otras definiciones, "proceso, capacidad o resultado de una buena adaptación, a pasar de circunstancias de reto o amenazas"; hacen aparecer un elemento nuevo: la aceptabilidad social. En general, se considera resiliente al niño que se enfrenta a la adversidad " si se desenvuelve dentro de límites normales y aceptables de competencia, en cuanto al funcionamiento conductual, social y/o cognitivo. El criterio de la aceptabilidad social nos remite a otro interrogante: al asumir que un individuo resiliente es alguien que mantiene su adaptación, sólo tenemos en cuenta el éxito social y dejamos de lado el sufrimiento psíquico.

1 Rutter et al., 1975, pags. 493-509

2 Fortin y Bigras, 2000, pág. 53.

Es importante caracterizar mejor la resiliencia; para empezar, hay que recordar que resiliencia no quiere decir invulnerabilidad; no es absoluta": no parte de una invulnerabilidad absoluta, sino sólo de una inmunidad relativa a períodos difíciles de la vida"<sup>3</sup>. "La resiliencia no es una cualidad fija, cambia según el momento y las circunstancias", y también según los traumas, que siempre son distintos, pues suceden en momentos diversos y en construcciones psíquicas diferentes"<sup>4</sup>, y según el modo como la persona los viva e interiorice.

## Factores de riesgo

Aunque muchos investigadores han podido poner de manifiesto muchos factores de riesgos, hay que ser conscientes de que para hacer programas de prevención nunca hará falta eximir al niño del riesgo; "Es la exposición al riesgo lo que provoca la intervención de los mecanismos de resiliencia". Podemos agrupar los factores de riesgo en cuatro categorías:

1. Una situación familiar perturbada: trastornos psiquiátricos o conductas de adicción de los padres, muerte de uno o ambos padres, larga separación de la persona que cuida del niño los primeros años de su vida, ausencia del padre o de la madre, discordia familiar crónica, violencias familiares, maltrato físico y/o psíquico, incesto, separación de los padres, entrega a otra familia;
2. Engloba los factores sociales y ambientales, podemos citar. La pobreza o una situación socioeconómica mediocre, habitats pobres (viviendas de autoconstrucción, hacinamiento, casas ocupadas por más de una familia, etc.)
3. Los problemas crónicos de salud, sea del niño o de su entorno íntimo, como una deficiencia física o una enfermedad grave;
4. Aquí se encuentran las amenazas vitales que la guerra, las catástrofes naturales o los traslados forzados. Es especialmente importante recordar que los factores de riesgos no actúan de modo aislado.; *Hay que tener en cuenta muchos indicios: los contextos individual, familiar, comunitario y cultural, y los elementos temporales: la edad del niño y el ciclo de vida individual y familiar.*

## Factores de protección en el individuo, en la familia y en el ambiente; nombraremos algunos:

- **Protectores individuales:** Ante situaciones traumáticas, el niño puede usar sus propios recursos internos; entre ellos. Un CI elevado, buena capacidad de resolver problemas; capacidad de planificar, uso de estrategias de coping; Sensación de eficacia personal; comprensión de sí mismo; control interno; competencias relacionadas (empatía y capacidad de buscar ayuda); alta autoestima; un apego seguro y el uso adecuado de mecanismo de defensa (escisión, negación, intelectualización, creatividad, sentido del humor).
- **Protectores familiares:** Tener buena relación al menos con uno de los padres o con un adulto significativo (abuelo(a), tíos(as); Padres competentes; buena educación.
- **Protectores ambientales:** un apoyo social fuera de la familia puede proteger de la adversidad: las personas que apoyan, verdaderos tutores de resiliencia según Cyrulnik<sup>5</sup>, pueden ser iguales, profesores, vecinos, terapeutas.

<sup>3</sup> Losel, 1994, pág. 9.

<sup>4</sup> Cyrulnik, 1999, págs. 15 y 43-44.

<sup>5</sup> Los patitos feos, Boris Cyrulnik 2002.

Recordemos que la resiliencia es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que suceden en el tiempo y según como se combinen los atributos del niño, de la familia y de los ambientes sociales y culturales. "La resiliencia es un desarrollo normal en condiciones difíciles". En términos de proceso, **la resiliencia sería:** un proceso de negociación del riesgo en que los factores protectores se oponen al riesgo y los factores de vulnerabilidad llevarían a sucumbir a ese riesgo: por lo tanto, el efecto de protección o de vulnerabilidad sólo es evidente si se combina con el riesgo<sup>6</sup>

## Conclusión

"Si la resiliencia suscita hoy un gran interés en quienes trabajan en los ambientes médicos, sociales, psicológicos y educativos, se debe ante todo a que hace cambiar de perspectiva: "En vez de estudiar las debilidades, las carencias y los medios de compensarlas, empezamos investigando las fuerzas y como usarlas".

***La resiliencia nos invita a positivar nuestra mirada al prójimo y a modificar nuestras prácticas, empezando quizás por observar, identificar y usar mejor los recursos de quienes hemos de cuidar.***

## Apego - Base Segura

"Una vinculación afectiva intensa, duradera de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad" John Bowlby 1958, desarrollo la teoría del apego al estudiar la naturaleza del vínculo de la madre y su bebé.

- ***El niño nace con una predisposición genética a apearse a su cuidador.***
- ***El niño organiza su conducta y pensamiento con el objetivo de mantener esta relación de apego que son cruciales para su supervivencia física y psicológica.***
- ***Las distorsiones en los modos de sentir y de pensar que se originan en las perturbaciones tempranas en el apego, a menudo ocurren como respuestas a la incapacidad de los padres de satisfacer las necesidades de: confort, seguridad y afirmación emocional del bebé.***
- ***El cuidador es un "regulador oculto" de diversos mecanismos de regulación fisiológica, psicológica y social, en donde diversas acciones forman y desarrollan diversos tipos de mecanismos.***
- ***El legado del apego provee de un desarrollo desigual de estos mecanismos, generando una mayor o menor probabilidad de adaptación al estrés.***



El Apego opera en el desarrollo Psicológico por intermedio de mecanismo de regulación interno.

*Se han descrito cuatro tipos de relación de Apego:*

- Apego **Seguro**.- (65%)<sup>7</sup> Normal. (consolidada desde RN a los tres meses)
- Apego **Evitativo**.- (20%)  inseguro Madre lejanas (depresión)
- Apego **Ambivalente**.- (15%)  resistente, Madre inconsistente.
- Apego **Desorganizado**.- (5%) Experiencias traumáticas, violencia.

**No** solo la presencia física genera **un** Apego Seguro, sino es importante la accesibilidad de la madre frente a la angustia  estrés del niño.



### *Desarrollo de un buen Apego*

- Mamá que mira a los **ojos** al niño.
- Mamá que le conversa y canta.
- Mamá que toca y acaricia.
- Mamá que satisface necesidades biológicas.
- Mamá que no grita.
- Mamá que restaura la situación de estrés en el niño.

La relación de apego se genera solo frente al estrés, cuando el niño pierde su estado de satisfacción.

La satisfacción de las necesidades biológicas genera vínculo afectivo.

**Cuando la Madre regula el estrés del niño lo que esta haciendo es enseñándole a regular sus propios mecanismos internos.**

<sup>7</sup> (%) Los patitos feos, Boris Cyrulnik.

## *Sistemas de Información de Enfermería.*

Las enfermeras constituyen el grupo más numeroso de profesionales de la salud cuya labor influye directamente sobre la calidad de la mayoría de los servicios de salud prestados y sus resultados. Las áreas de incumbencia de la enfermería abarcan desde la atención clínica de los pacientes a la administración de los servicios de salud y el manejo de los problemas de salud, en todos los niveles de complejidad, incluida la salud pública y la atención a las comunidades, la asistencia ocupacional y domiciliaria y la salud escolar. (OPS,2000)

La información es un elemento central en la adopción de decisiones y un requisito esencial para la prestación y gestión eficaces de la atención de salud. Se reconoce que el acceso a la información es un ingrediente esencial de los servicios de salud y de la planificación, el funcionamiento, la supervisión y el control de los programas de salud y una herramienta imprescindible para evaluar las intervenciones clínicas y de gestión, como también para comunicar las actividades de promoción de la salud. (OMS,1988; Rodríguez e Israel, 1995; OMS 1998; OPS,1999<sup>8</sup>; OMS,2000)<sup>8</sup>.

Los sistemas de información computarizados han demostrado claramente las mejoras que pueden lograrse en materia de eficacia y eficiencia si se usan sistemas adecuadamente diseñados y correctamente instalados de compilación y procesamiento de datos y de aplicación de datos normalizados. Se observa una tendencia a favor del uso universal, de un registro de salud individual, longitudinal y vitalicio, accesible a todos los prestadores, independiente del lugar de atención. Cuando la información se estructura en sistemas bien definidos e integrados, puede recopilarse, procesarse, almacenarse, recuperarse y distribuirse más eficientemente y las personas y las organizaciones podrán emplearla con mayor eficacia.

## *Problemas de los registros clínicos y administrativos.*

Las enfermeras deben hacer frente a diversos obstáculos en la documentación y recuperación de la información. Aunque dedican entre 8% y 30% de su tiempo a la manipulación de datos (Carpenito,1997), la información sobre las actividades de enfermería registrada en la documentación clínica y administrativa es bastante *deficiente en lo que se refiere a su calidad, e incluso, a su cantidad*. Aunque la obtención de datos sea eficaz, estos pocas veces son transformados en información significativa. (Rodríguez e Israel,1995; OPS,1998; OMS,2000)

La documentación de las intervenciones de enfermería es uno de los componentes más deficientes del proceso de atención de enfermería. Las causas subyacentes de este problema están relacionadas con la escasez de prestadores en relación con las necesidades de los pacientes, la falta de tiempo para registrar en forma detallada la atención proporcionada y la carencia de formas estructuradas en recopilación de datos y de un sistema integral para el procesamiento y la recuperación de datos.<sup>9</sup>

Lograr acuerdos sobre la estructura de la documentación de enfermería, los vocabularios y la calidad de los datos registrados; es un problema de gran alcance, existen varios factores que complican aún más el tema; entre ellos cabe mencionar los siguientes:

<sup>8</sup> Desarrollo de sistemas normalizados de información de Enfermería OPS. OMS 2001 Pág. 1

<sup>9</sup> Desarrollo de sistemas normalizados de información de Enfermería OPS. OMS 2001 Pág. 25



- La gran demanda de atención de enfermería.
- El que no se reconozca que la documentación de enfermería es un aspecto importante para explicar y caracterizar la contribución de la enfermería a la atención de salud.
- La carencia de documentación con un formato normalizado, que impide extraer información para su análisis;
- La carencia de datos normalizados y conjuntos normalizados de términos o terminologías de atención de enfermería para sustentar la ejecución del proceso de enfermería; explicar y caracterizar la contribución de la enfermería a la atención de salud.

La documentación clínica y administrativa debe transmitir claramente la opinión y la evaluación de la enfermera sobre el estado del paciente; la capacidad de ésta para incidir realmente en la evolución de los pacientes debe demostrarse en la práctica y quedar reflejada en los registros. Tradicionalmente, la mayoría de las actividades de enfermería se centran en el control de las indicaciones y los procedimientos médicos. Sin embargo, *la enfermería está dejando de ser una práctica dependiente para convertirse en una actividad independiente*.<sup>10</sup>

## Identidad, Adolescencia y Psicosis

Dr. Raúl Riquelme Véjar

Psiquiatra Psicoanalista, Jefe Sector 4 Instituto Psiquiátrico, Profesor de Psicopatología y Psiquiatría UNAB

Abordaré la Identidad del Sujeto y como esta tarea en la adolescencia es de suma importancia ya que se define en forma más precisa y debe abordarse un proceso de diferenciación e individuación complejos en esta etapa, que llamamos Identidad.

Se analizará la Adolescencia como un proceso necesario en el desarrollo Biopsicosocial del individuo que conduce a una Identidad Propia dado los efectos en la estructura mental y cerebral que produce la psicosis, esta etapa es una de las más frágiles de la persona que hace posible la eclosión de la psicosis clínicamente.

*Las psicosis ya sean de tipo afectivo, cognitivo, o confusional, alteran los procesos de identidad, proocando retardos en el logro de esta identidad y en muchos casos ésta se ve afectada en forma definitiva, con cuadros clínicos de evolución crónica y grave. De ahí la importancia de la detección y tratamiento precoz de estos procesos patológicos.*

Desde el Psicoanálisis

... **"En los primeros meses de la Infancia se encuentran los puntos de fijación de la psicosis"** ...

Hanna Segal

## ***Pilares fundamentales:***

- Anatomopatológica: dilatación ventricular
- Epidemiología: mayor incidencia de esquizofrenia en sujetos nacidos en el primer semestre del año (infecciones vírales), complicaciones obstétricas
- Genética: heredabilidad

Estas líneas de investigación, convergen para fundamentar nuestra hipótesis de una afección muy precoz en el futuro sujeto esquizofrénico, asociado a una susceptibilidad genética de herencia aún no descubierta que sugerimos denominar PRE-ESQUIZOFRENIA.

## ***Estudios de Marcadores***

### ***Características de los marcadores o indicadores***

- Se dan antes de los síntomas clínicos y son independientes del estado de la enfermedad.
- Son claramente más prevalentes en sujetos con esquizofrenia.
- Son comparativamente más específicos para sujetos con esquizofrenia, que para enfermedades de otra índole.
- Se dan también en hermanos. (fenotipo)

### ***Predictores Tempranos***

- 1 Complicaciones Obstétricas (CO)
  - a) Directas: Cianosis al nacer, necesidad de resucitación, apnea y cianosis perinatal
  - b) Indirectas: Bajo peso al nacer, anomalías cardíacas, circular de cordón, hemorragia del tercer trimestre, polihidramnios, presencia de meconio en el líquido amniótico y presentación transversa. Por cada CO directa aumenta el riesgo de tener EQZ 1,94 veces, las que presentaron 3 o más CO Directa 3.84 veces. (Cannon, et al, 2000)
- 2 Desviaciones del comportamiento y trastornos del lenguaje (Bearden, et al 2000)

Se encontraron mayor frecuencia de EQZ en sujetos que tenían mala adaptación social, desviaciones del comportamiento y alteraciones del mecanismo y producción del discurso.
- 3 Movimientos inusuales: A los 8 meses y a los 4 y 7 años, coordinación motora medida a los 7 años (Rosso, et al 2000)

Se concluyó que la existencia de movimientos inusuales son un predictor específico para la EQZ al no estar presente en los hermanos y controles

Porcentaje de movimientos anormales en EQZ, Hnos. y Controles
- 4 Alteración de la atención, memoria y habilidades motoras gruesas: son claros marcadores fenotípicos de EQZ, afirmando que los indicadores de mayor sensibilidad para EQZ fueron memoria con un 83% y de desórdenes motores gruesos 75%. (Erlenmeyer-Kimling, et al 2000)

## ***Estudio de la fase Prodrómica***

Se conceptualiza como un conjunto de síntomas y signos que forman parte de la enfermedad, pero que esta aún no se ha expresado totalmente y que tiene una duración variable de semanas a años, antes de que aparezcan los síntomas propiamente tales.

(Yung y McGorry, 1996)

## ***Sistematización Clínica del Concepto de Pre-Esquizofrenia***

PRE-ESQUIZOFRENIA (ej. de la medicina interna)

- pre- infarto? Angina Inestable.
- pre- diabetes? Síndrome Metabólico.

## ***La Vulnerabilidad***

Está dada por una serie de factores que se pueden pesquisar desde antes de nacer, en el sujeto o en su familia, que indican la mayor probabilidad de contraer la enfermedad. Estos factores se pueden enumerar y clasificar de los más significativos y específicos a los sólo coincidentes que no tienen significación estadística. Esto nos permite identificar personas con alto riesgo o grupos de población de alto riesgo. Esta identificación es relevante desde el punto de vista epidemiológico ya que nos podría permitir realizar intervenciones precoces en estas poblaciones de alto riesgo, o mantener programas de vigilancia epidemiológica.

## ***Los Predictores y Marcadores***

Estos factores de riesgo pueden manifestar una expresión fenotípica en el sujeto en observación, sean los signos o síntomas marcadores o predictores de la enfermedad que aún la evidencia científica no valida suficientemente. Sin embargo existe la evidencia suficiente para tomarla en cuenta, ya que sujetos que han presentado estos predictores han desarrollado la enfermedad. Estos predictores encontrados en niños o adolescentes nos obligan a hacer un seguimiento individual o familiar en cada uno de los casos. *Estos predictores nos plantean la interrogante que la esquizofrenia sería un proceso patológico de inicio muy precoz.*

Bearden (2000): *Éstos marcadores serían el inicio de una cascada de un progresivo deterioro de otras funciones que terminan en esquizofrenia.*

Remshmidt (2002) EQZ: *entidad patológica continua.*

## **Fase PRODRÓMICA**

Los **PRODRÓMOS** de la enfermedad serían síntomas precoces de la misma, que se constituiría en un proceso que ya está en marcha, que ha sido descrito **clínicamente**, como aislamiento, despersonalización, alteraciones de conducta, cambios en el autocuidado, baja de los rendimientos académicos o laborales, alteraciones del lenguaje, síntomas depresivos.

## **Evidencia Científica:**

### **Vulnerabilidad**

- Heredabilidad de un **83%**(Cannon, T., et al, **1998**)
- Alteraciones **genéticas** específicas, de los cromosomas **5, 6, 8, 18, 22 y 13** (Owen, et al, **1999**; Hwu, et al, 2000).
- Antecedentes familiares de esquizofrenia (Hafner et al **1998**)
- Exposición materna a virus influenza en el 2 trimestre de gestación (Westergaard, et al, **1999**; Wrigth, et al, **1995**; Brown, et al, 2000).
- Pobre funcionamiento familiar (Olin y Mednick, **1996**)
- Separación de **los** padres en el primer año de vida. (Olin y Mednick, **1996**)
- Eventos del desarrollo y predictores de EQZ
- Numero de Complicaciones obstétricas al Nacer (Cannon, T., et al, 2000)
- Signos Neurológicos leves y Severos (Fish, **1977**).
- Déficit de atención, memoria y motores (Erlenmeyer-Kimling et al, 2000).
- Reacciones autonómicas como Marcadores (Mednick et al, **1974**).
- Adaptación deficiente e hiperactividad (Gordon et al, **1994**).
- Hiperactividad en niños pre-esquizofrénicos (Done et al, **1994**).
- Aislamiento social en niños pre-esquizofrénicos (Jones et al, **1994**)
- Déficit significativos del desarrollo (desarrollo del lenguaje, motores y de la coordinación) (Watkins et al, **1988**; Hollis, 1995; Bearden, 2000)
- Pobre ajuste premórbido en el rendimiento escolar, adaptación escolar y social (Asarnow, et al, **1994**)
- Alta proporción de desordenes del discurso y/o lenguaje (Asarnow et al, **1995**; Jacobsen y Rapaport, **1998**)
- Alteraciones cognitivas reflejadas por C.I. bajo en comparación con niños normales (Asarnow et al, **1994**; Spencer y Campbell, **1994**)
- Déficit **Cognitivos** específicos en **tres** áreas: distractibilidad, comprensión **verbal** y organización **perseptual** (Asarnow et al., 1987)

### **Las Tareas de la Adolescencia, hacia una identidad**

- Consolidación del Yo
- Logro de una identidad en la que participan todas las instancias psíquicas: ello, yo y superyo.
- Desarrollo afectivo: se vivencian sentimientos de culpa o responsabilidad frente a los otros
- Separación de los objetos infantiles (padres)
- Inserción heterosexual dentro de la generación a la que pertenece
- Adaptación a la realidad social adulta

### **El Proceso normal de la Adolescencia**

- Una búsqueda de identidad y de sí mismo claramente definido
- Una marcada tendencia grupal
- La necesidad de fantasear activamente y de recurrir casi constantemente al mecanismo de intelectualización
- Crisis religiosa con las respectivas oscilaciones y alternancias
- Desubicación temporal con episodios de franca atemporalidad
- Una evolución sexual evidente desde el autoerotismo hacia la genitalidad heterosexual
- Una actitud social reivindicatoria
- Contradicciones sucesivas en todos los aspectos con tendencias a la actuación (acting out)
- Una lucha constante con una progresiva separación de los padres
- Frustraciones constantes del humor y del estado de ánimo

### **Como la Psicosis entorpece el proceso de identidad**

#### **Psicosis Cognitiva, Esquizofrenia:**

Los síntomas que afectan el proceso cognitivo, entorpecen la adecuada comprensión de la realidad y del mundo interno del sujeto de modo que éste interpreta delirantemente sus fenómenos de cambio corporal o de cambio maduracional psicológico, el aislamiento, desinterés, son respuestas defensivas frente a un mundo interpretado como amenazante y de un psiquismo que le resulta también amenazante.

#### **Psicosis Afectivas:**

Los cuadros afectivos, ya sean depresivos o maniacaes, y las alteraciones de conducta que estos conllevan impide el proceso maduracional, ya sea aislando al adolescente de su grupo púber o adolescente, por la depresión o rompiendo estos grupos a propósito de conductas maniacaes.

Como la Psicosis entorpece el proceso de identidad

#### **Psicosis Confusionales:**

Estos cuadros son frecuentes en adolescentes a propósito de ingesta de psicofármacos o de drogas ilícitas generando periodos de confusión y de abandono de las tareas académicas y grupales propias de esta edad.

### **Propósito:**

Considerando la amplia formación científico-humanista que respalda el Hacer profesional de Enfermería, se pretende potenciar su rol de líder en el cuidado del individuo y su familia, considerando sus prioridades y riesgos de salud, e integrándose al equipo de profesional con acciones de coordinación que permitan dar soluciones a los problemas Bio-Psico-Social detectados.

### **Objetivo:**

Motivar al profesional de Enfermería a que utilice sus conocimientos y habilidades para brindar atención integral en los programas a su cargo.

## ***Estrategia***

### ***MOTIVAR AUTORIDADES EN ESTA NUEVA FORMA DE TRABAJO DE LA ENFERMERA.***

"Objetivo: Contar con el apoyo del nivel Central para la implementación de estas estrategias de intervención que pretende potenciar el rol de líder de la enfermera.

### ***CONFECCIÓN Y ELABORACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.***

"Objetivo: Simplificar el registro de parámetros normales y detallar las alteraciones.

### ***IMPACTO QUE SE PRETENDE LOGRAR***

1. Validar el instrumento como un elemento que recoge información de las personas como seres holísticos.
2. Demostrar que los registros estandarizados y computarizados permiten transformar a éstos en información.
3. Usar la información como único medio de programar el que hacer de la enfermera basándose en las necesidades BIO - PSICO -SOCIALES de la población a su cargo.
4. Utilizar el instrumento como medio de pesquisar y dar seguimiento a las alteraciones en su fase de desarrollo antes del brote de las patologías.
5. Validar y demostrar el trabajo y las intervenciones de la enfermera en sus acciones de pesquisa, prevención y fomento de la salud.
6. Convertir el instrumento en un documento oficial que acompañe al usuario en todas sus intervenciones en salud, que sea parte de un registro único independiente del lugar de la atención o del profesional que lo otorgue

## ***Bibliografía:***

- Desarrollo de Sistemas Normalizados de Información de Entermería; OMS, OPS. 2001.
- Las Enfermedades Mentales en Chile; Magnitud y Consecuencias; Minsal 1999.
- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Minsal 2000.
- Adolescencia Alcohol y Drogas, Dr. Christian Vuskovic G. Y Dr. Sergio Zamora D. Ed. Salvador, 1995.
- CEANIM, Promoviendo la Resiliencia, Guía para padres y educadores, 2001.
- La Resiliencia: Resistir y Rehacerse; Michel Manciaux (compilador), Ed. Cedisa 3003.
- Lo; patitos feos; Boris Cyrulnik, Ed. Gedisa, 2002.
- Apuntes de la presentación Dr. Raúl Riquelme Véjar, Psiquiatra Psicoanalista, Jefe Sector 4 Instituto Psiquiátrico, Profesor de Psicopatología y Psiquiatría UNAB

## ***Asistencias:***

- Universidad del Desarrollo, Reflexiones acerca del libro "La maravilla del Dolor", El sentido de la resiliencia, con el Dr. Boris Cyrulnik. Stgo, julio 2003.
- Seminario Salud Mental en el Medio Escolar; Instituto Neuropsiquiátrico de Chile, INC. Stgo, Octubre 2003.
- Seminario internacional "El apego, una Urgencia para la Obstetricia y la Neonatología, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Postgrado, Stgo, Octubre, 2003.
- Jornadas de Apego y Ciclo Vital, Ceanim; Stgo. Octubre 2003.
- III Coloquio Franco-Chileno de Psicopatología de la Adolescencia; "Los Procesos de subjetivación en la Adolescencia entre Natura y Cultura", Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B; Stgo. Abril 2004.



## Instrumento

### Valoración General

Antecedentes del niño			Fecha de la valoración	
Nombre			F. Nac	(Invierno)
Parto Normal	Cesárea	COD. Cianosis	Talla	
Resucitación	Apnea	otros	Peso	(bajo)
COL. Meconio	Alt. Cardíaca	Circular	Apgar	
Infecciones Virales <b>See. Tri. Emb.</b>		Polihidroamnio		

<b>Antecedentes de los Padres</b>	
Nombre del Padre	
Escolaridad	Actividad
Lugar de Trabajo	
Nombre de la Madre	
Escolaridad	Actividad
Lugar de Trabajo	

<b>Antecedentes del Grupo Familiar</b>		
Numero de personas que viven en la casa		
Relación de las personas		
abuelos	papás	hermanos
tíos	primos	otros
Ubicación con respecto a sus hermanos		

<b>Casa Propia</b>	<b>Arrendo</b>	<b>Allegado</b>		
<b>Construcción</b>	<b>Servicios</b>	<b>Tipodepiso</b>	<b>Calefacción</b>	<b>Animales</b>
Sólida	Agua	Tierra	Gas	Gato
Madera	Luz	Radier	Carbon	Perro
Mediagua	Excreta	Otros	Parahna	otros

<b>Hábitos de las personas que viven en la casa</b>	
Tabaco	
Alcohol	
Drogas	

<b>Antecedentes Mórbidos familiares</b>	
Sobrepeso	Diabetes
Hipertensión	Sida
TBC	EQZ

<b>Transtronos psiquiátricos</b>
Observaciones
Normas de su cultura/creencias que es importante tener en consideración

## Cuadro de Valoración de Patrones

### Valoración por patrones funcionales de salud

Nombre \_\_\_\_\_

#### Patrón de Percepción y Control de la Salud

Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

#### Aspecto General (Vestido/arreglo personal)

	niño							mamá						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Adecuado														
Exagerado														
Descuidado														
Meticuloso														
Otros														

#### Actitud y comportamiento frente al control o intervención de enfermera

	niño							mamá						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aceptación														
Rechazo														
Indiferencia														
Otros														

#### Piel y Mucosas

	1	2	3	4	5	6	7
Color							
Hidratación							
Llene capilar							
Adenopatías							

#### Patrón Nutricional y Metabólico

Parámetros	1	2	3	4	5	6	7
Peso							
Talla							
CC							
Fontanelas							
Inmunizaciones							

## Alimentación

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Lactancia</b>							
Disfruta							
No disfruta							
<b>Apetito</b>							
Normal							
Aumentado							
Disminuido							
<b>Consumo Diario</b>							
Ingesta de líquido							
Prefer. Alimentaria							
Dieta Equilibrada							
Come solo (2 - 3 años)							
<b>Dientes</b>							
<b>otros</b>							
Obs. Período 1							
Obs. Período 2							
Obs. Período 3							
Obs. Período 4							
Obs. Período 5							
Obs. Período 6							
Obs. Período 7							

## Patrón de Eliminación

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Eliminación Intestinal</b>							
Frecuencia							
Características							
Malestar							
Control (2 - 3 años)							
<b>Eliminación Vesical</b>							
Frecuencia							
Características							
Malestar							
Control (2 - 3 años)							
<b>Eliminación Cutánea</b>							
Normal							
Profusa							
Escasa							
<b>Higiene</b>							
Buena							
Regular							
Mala							
<b>Genitales</b>							
Obs. Período 1							
Obs. Período 2							
Obs. Período 3							
Obs. Período 4							
Obs. Período 5							
Obs. Período 6							
Obs. Período 7							

## Patrón de Actividad/Ejercicios

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Expresión Facial</b>							
Tensa							
Relajada							
Alegre							
Triste							
<b>Dirección Mirada</b>							
Enfoca							
Estrabismo							
No enfoca							
<b>Desarrollo Músculo Esquelético</b>							
Caderas							
Columnas							
Pies							
Postura							
<b>Comportamiento Motor</b>							
Adecuado contexto							
Inhibición							
<b>Agitación Movimientos inusuales</b>				8 meses			
Tics							
<b>Comportamiento Social</b>							
Juega solo							
Juegos activos							
Juega acompañado							
Juega sentado							
Obs. Periodo 1							
Obs. Periodo 2							
Obs. Periodo 3							
Obs. Periodo 4							
Obs. Periodo 5							
Obs. Periodo 6							
Obs. Periodo 7							

**Patrón de Sueño/Descanso**

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Horas de sueño</b>							
Horas de sueño nocturno							
Horas de siesta							
<b>Problemas de sueño</b>							
Al inicio							
Interrumpidos							
Despertar temp.							
Somnolencias							
Pesadillas							
Duerme solo							
Cama							
Pieza							
Obs. Período 1							
Obs. Período 2							
Obs. Período 3							
Obs. Período 4							
Obs. Período 5							
Obs. Período 6							
Obs. Período 7							

**Patrón Cognitivo/Perceptual (por definir edades de cada período)**

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Memoria</b>							

**Patrón Autopercepción/Autoconcepto (sin codificar)**

**Patrón de Rol/Relaciones**

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Nivel de Independencia</b>							
Física							
Psicológica							
<b>Mamá trabaja fuera de casa</b>							
Cuántas horas							
Quién lo cuida							
Va a Sala Cuna							
Va al Jardín							
Tiene Amigos							
Obs. Período 1							
Obs. Período 2							
Obs. Período 3							
Obs. Período 4							
Obs. Período 5							
Obs. Período 6							
Obs. Período 7							

**Genograma**

Niño  
Niño

**Patrón de Sexualidad/Reproducción (sin codificar)**

**Patrón de Adaptación/Tolerancia al Estrés**

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Estado de Tensión/ansiedad</b>							
Controlada							
Traumas previos							
Miedos							
<b>Sentimiento/expresa</b>							
Alegria							
Rabia							
Tristeza							
Frustración							
<b>Adulto significativo (Apego)</b>							
Papá							
Mamá							
Duerme solo							
Abuelos							
Otros							
<b>Comentarios de la mamá</b>							
Período 1							
Período 2							
Período 3							
Período 4							
Período 5							
Período – 6							
Período 7							

**Patrón de Valores/Creencias (Padres)**

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Religión</b>							
Católica							
Evangélica							
Otra							

## *Diagnóstico de Enfermería*

<b>Periodo 1</b>
Periodo 2
Periodo 3
Periodo 4
Periodo 5
Periodo 6
Periodo 7

# Intervención de Enfermería

## "Promoción de la Resiliencia a través del Cielo Evolutivo"

Paulina Ahumada Fuenzalida, Enfermera Matrona.

Enfermera Coordinadora Unidad de Hospitalización Corta Estadía Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago

### Introducción:

Hoy existe un amplio consenso acerca de la eficacia, eficiencia y accesibilidad de algunos programas preventivos de la salud mental centrados en la infancia temprana. Dichos programas pueden ser específicos o inespecíficos, pero, en términos generales, suelen darse dos vías para su organización y puesta en marcha, uno más clásicamente preventivo y la otra integrándolo a las actividades preventivas en la atención clínica cotidiana.

Es interesante recordar que la promoción de la salud mental en la infancia, cuando logra realizarse, supone al menos cuatro tipos de ventajas:

- 1) Una promoción de la salud somática del niño, una prevención de sus problemas de salud somática y una serie de pautas saludables con respecto a su futura relación con los servicios sanitarios.
- 2) Una promoción de su salud mental y una prevención de los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia.
- 3) Una prevención de los problemas de salud mental de la edad adulta.
- 4) Una promoción de la salud familiar y una prevención de los problemas del sistema familiar.

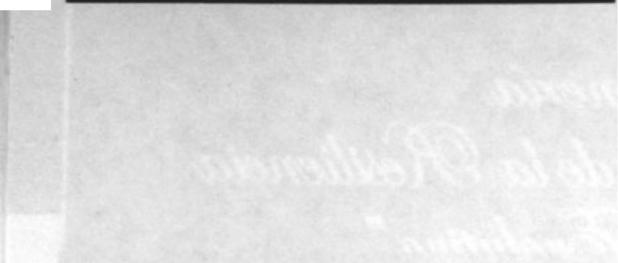
En definitiva, si bien es difícil hoy prevenir trastornos psicopatológicos específicos, está más que demostrado que algunas actividades, sobre todo las dirigidas a embarazadas y diadas madres/bebés de riesgo, son eficaces, eficientes, accesibles, oportunas y seguras en la prevención de la psicopatología grave y, más en concreto, del grupo de trastornos llamados trastornos mentales severos o graves<sup>11/12</sup>.

Por todo ello, la Atención Primaria de Salud es un buen lugar y "momento de contacto" para el abordaje de numerosos conflictos y trastornos de conducta, emocionales o mentales, en especial en la primera infancia. Primero, porque probablemente, junto con los jardines infantiles y colegios, son el dispositivo social, el dispositivo de la "red profesionalizada", con el que contactan mayor número de niños y familias a lo largo del año y de la vida. En segundo lugar, porque diversas investigaciones parecen apuntar a que los niños y familias con problemas psicosociales o psicológicos tienen una mayor consulta en los dispositivos de Atención Primaria en Salud.

El derecho de cada niño a desarrollar su potencial genético ha sido mencionado, muy a menudo, como punto de partida para los programas de la infancia. El desarrollo de este potencial varía según las culturas; los objetivos y resultados específicos son diferentes en cada sociedad. Por esta razón, el propósito principal de un programa de fortalecimiento de la resiliencia es la actitud de los niños cuando enfrentan adversidades y deben transformar sus propios entornos, según la cultura de que se trate.

11 Tizón J. Informe Final: "Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre "Colaboración y soporte en la Atención Primaria". Barcelona. 1995.

12 Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocron R, Fernández C, Montón C. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria*. 1997; 20.2: 122-151.



Teniendo en cuenta que la resiliencia, como la mayoría de las facultades humanas, no es un don totalmente innato, ni totalmente adquirido, **se** trató de identificar **cuáles** eran los factores que promovían aquella protección, con el objetivo de buscar herramientas metodológicas que permitan fomentarlos **en** las personas, dentro de **éstos** se distinguen dos factores, positivo: altruismo, participación comunitaria, pensamiento estratégico, innovación, diversidad económica, laboriosidad, servicios sociales; y negativo: fatalismo, paternalismo, falta de decisión propia, burocracia, corrupción, racismo, violencia.

**El** desarrollo del concepto de resiliencia permite ver con claridad que existe esa dimensión en las personas y aporta una nueva mirada **esperanzadora** y optimista. **Es así**, como cada día **se** publican **v se** aplican más y más programas orientados a analizar los comportamientos resilientes presentes en algunos niños, adolescentes y adultos.

Un programa diseñado para fomentar Resiliencia debe apoyarse en un sistema de desarrollo social y estar dirigido al refuerzo de **sus** factores protectores, a la formación de la autoestima del joven, al aumento de **su** competencia social, **y** al desarrollo de **su** capacidad de solucionar problemas.

## *Propósito*

A través de la presente propuesta se pretende realizar promoción de la resiliencia en los niños y sus madres y/o cuidadores como factor protector del desarrollo de la vida del ser humano y especialmente como prevención para la presencia de trastornos mentales.

## *Objetivo General*

- Contribuir al desarrollo de la capacidad humana "Resiliencia", como factor protector para el niño y su familia, dentro de la Atención Primaria en Salud (APS), con la finalidad de lograr el desarrollo de todo su potencial humano, y secundariamente prevenir probables desviaciones de la salud.

## *Objetivo General*

- Desarrollar estrategias de promoción de la resiliencia en la población que asiste a la APS
- Desarrollar conductas resilientes en el niño y sus padres y/o cuidadores, las cuales serán expresadas en estilos de vida saludables y como método de prevención de desequilibrios en su salud
- Promover la participación del niño y su familia, enfatizando en el desarrollo de los elementos constitutivos de la resiliencia como son poseer autoestima y autoimagen consistentes (base), fortalezas y debilidades, poseer iniciativa y creatividad, expresar sentimientos y necesidades, aprender de sus errores, establecer relaciones significativas, ser reflexivo e independiente.

## *Población Blanco:*

Madres y niños desde Recién Nacido hasta los 4 años 11 meses 29 días, asistentes a control sano en un consultorio de APS. Se iniciará programa piloto con 10 madres escogidas al azar.

## Marco Teórico:

La Resiliencia se define como: un concepto que integra ingredientes psicológicos, social, emocionales, cognitivos, culturales y étnicos. Implica un conjunto de capacidades que ayudan a adaptarse en forma exitosa, a la presencia de riesgos y adversidades. La resiliencia se caracteriza por procesos sociales y psíquicos que posibilitan tener una vida "sana", viviendo en un medio "insano".

Por lo tanto se puede decir que la resiliencia es: un potencial humano, relativo, contextual, interactivo y dinámico, y espontánea. Estaría bien decir, que dentro de los elementos y aptitudes que se requieren para ser una persona resiliente están: poseer una autoestima y autoimagen consistentes (base); conocer fortalezas y debilidades; tener iniciativa procurando cultivar las aficiones y potencialidades, exigiéndose y proponiéndose tareas complejas; expresar sentimientos y necesidades: tomar los errores como lecciones y no como fracasos; poseer creatividad; tener capacidad de relacionarse con los demás; pedir ayuda cuando se necesite, reflexionar antes de actuar (autocontrol), ser capaz de evaluarse a uno mismo en forma objetiva; tener independencia, poniendo límites entre uno y el medio con problemas pero sin aislarse; contar con valores y velar por el bienestar personal y del resto.

La Resiliencia es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad del ser humano.

Según Edith Grotberg (1997), "para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características Resilientes: "Yo tengo" en mi entorno social, "Yo soy" y "yo estoy", hablan de las fortalezas psíquicas y condiciones personales, "Yo puedo", concierne a las habilidades en las relaciones con los otros"<sup>13</sup>.

Al realizar una comparación de términos de salud Mental y resiliencia se obtiene que ambos tienen aspectos comunes como: ambos son procesos sociales y que se refieren a características que se derivan desde la interacción del ser humano con el otro, o sea se generan por construcción social, aunque la resiliencia está más determinada por cualidades positivas del proceso interactivo entre el sujeto y el medio que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.

Es por este acercamiento entre salud mental y resiliencia, que se fundamenta la proposición de utilizar esta última como instrumento de prevención y promoción de salud, por lo tanto su aplicación sería de vital importancia sobre todo en las etapas del desarrollo infantil, también en las dinámicas familiares, dentro de las escuelas y en la comunidad, todo esto favorecería el desarrollo de factores protectores y fortalezas para reaccionar frente a circunstancias y ambientes negativos.

A partir de lo expuesto acerca del tema de la resiliencia, es oportuno desarrollar programas preventivos

Un Modelo sugerido para un programa preventivo permanente en resiliencia es el de Materazzi (1991). Como con cualquier otro programa, es muy importante evitar exageraciones y ambigüedades; por lo tanto se debe considerar que dentro de lo posible la información debe basarse en hechos y experiencias concretas.

<sup>13</sup> Suarez, Oueda Elbio Nestor; "El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de salud". Ficha de la cátedra



Es así como la intervención comunitaria resulta **ser** por definición "un proceso de interferencia o influencia que persigue un cambio o modificación en una dirección determinada. **Se** centra en problemas, necesidades, detectados **en** el sistema soaal donde se inserta la comunidad", por lo cual **se**na una de las herramientas más factibles de utilizar **en** la prevención y promoción de la Resiliencia.

**Al** planificar una intervención a nivel de la comunidad es importante considerar que:

- La intervención tiene efectos múltiples y no sólo los previstos o deseados, ya que al producirse un cambio en una persona, grupo u organización, **se** afecta directamente o indirectamente a otros grupos o sistemas. Por ello, hay que tener en cuenta estos efectos secundarios o no esperados y evaluar el impacto de ellos, ya que algunos son negativos e indeseables, creando a **su** vez nuevos problemas.
- Un intento de cambio demasiado brusco o intenso puede encontrar reacciones contrarias o fuertes resistencias que pueden hacer que el sistema vuelva a su estado inicial, o incluso a un estado mas alejado en la dirección contraria a la que se esperaba.
- **Al** intervenir en un sistema o grupo se estará afectando directa o indirectamente o todos los sistemas o grupos ligados al grupo en el que se intenta intervenir.
- La intervención debe poner acento en el desarrollo humano integral y la reducción de los problemas psicosociales que lo impiden o limitan.
- Ciertas transformaciones pueden requerir una intervención en dirección opuesta a la esperable para conseguir un efecto dado, como podría ser amplificar o escalar un conflicto para poder resolverlo.

### **Organización del Programa:**

La intervención **será** realizada en el consultorio de la comuna de Puente Alto, el cual presenta una población asignada de 136535 personas, donde durante el año 2004 en el programa de salud infantil se atendieron **36328** consultas por enfermera, lo cual refleja que somos el profesional, que está en contacto más directo con las madres y sus hijos asistentes a este consultorio.

Una primera aproximación o primera etapa de intervención consistió en capacitación sobre salud mental y psiquiatría a los profesionales que efectúan sus labores, en el consultorio. **Se** consideró en esta primera etapa la motivación y acogida como factores básicos para ejecutar esta intervención.

El programa contempla talleres participativos, donde se proponen una serie de actividades que permiten incorporar el concepto de promoción de la resiliencia en los niños y sus padres.

El programa presentado como propuesta de intervención para la promoción de la resiliencia como factor protector, se divide en dos bloques en razón del orden cronológico de intervención sobre la población a la que va dirigido. Además se insertará en las actividades a las cuales asisten las madres y sus hijos dentro del programa de control del niño sano.

## ***Bloque I: Atención Prenatal.***

### ***Promoción de la Resiliencia en Futuros Padres***

En esta primera etapa del programa es importante captar precozmente a la mujer embarazada para incluirla en el programa. La intervención se llevará a cabo a través del programa de atención a la mujer, subprograma de atención al embarazo y educación maternal, y como metodología de trabajo se utilizará las sesiones grupales.

## ***Bloque I: Atención Postnatal.***

### ***Reforzar la Resiliencia en Nuevos o Recientes Padres***

Se trata del bloque más extenso, por tratarse del momento estratégico que se nos brinda para reforzar los conocimientos, procedimientos y actitudes mostrados durante el curso del bloque anterior, y del mismo modo, porque de la correcta intervención en éste, determinará una respuesta más positiva de la madre, hijo y la familia hacia el fomento y mantenimiento de capacidades Resilientes.

Se realizará reforzamiento verbal y práctico sobre capacidades Resilientes en los niños en los controles de salud a los quince días de vida, un mes de vida, dos meses de vida, tres meses de vida, cinco meses de vida, y seis meses de vida, y también durante las actividades psicoeducativas a las cuales asisten estas madres.

## ***Evaluación de Programa***

Se aplicaran instrumentos de valoración previo al inicio del programa y al término de este. Además se realizaran en lo posible visita domiciliaria, para evaluar al niño y sus madres dentro de su ambiente diario.

## ***Conclusiones***

Saber que los individuos somos capaces de superar la adversidad y que a su vez requerimos de ciertos factores formativos para el desarrollo pleno de cada individuo dentro de los cuales se pueden encontrar la estimulación intelectual, social y afectiva, que nos lleven a formar un pilar o base para las condiciones adversas, es esencial para utilizar todas estas bases al plantear estrategias de intervención que nos sirvan para promover el desarrollo humano en todo su potencial y sin que este presente desviaciones de la salud.

Considerando este planteamiento pensamos importante desarrollar programas preventivos que comprendan los mecanismos que actúan en los distintos niveles: individual, familiar y comunitario. Así avanzaremos en mejorar la calidad de vida a partir de realidades, entre ellas cómo un individuo percibe y se enfrenta al mundo. Coherentemente proponer estrategias y sus aplicaciones a diversos casos, la relevancia y pertenencia a cierta cultura, y además un factor fundamental sería la participación social y comunitaria en los diferentes programas.

*Me surge entonces la duda de: ¿Será la resiliencia, la posibilidad que hará efectiva la ansiada prevención?, ¿Porque si está tan estudiado este tema, y tan evaluado su impacto en la población no se realizan en la actualidad programas preventivos basados en este aspecto? O si se hacen, ¿Porqué no se le da una mayor difusión para poder trabajar en todos los ámbitos con esta premisa?*

## **Bibliografía:**

- Caplan, G.; "Principios de Psiquiatría Preventiva", Paidós, Barcelona, 1985.
- Kotliarengo, M.; "Resiliencia" Centro de Estudios y Atención del niño y la mujer"; Chile, 1996.
- Materazzi Miguel Ángel; "Salud Mental, una propuesta preventiva permanente", Buenos Aires, Paidós, 1991
- Míguez Hugo A.; "Estrategias de Epidemiología Comunitaria Centros de estudios locales (CEL) y Ventanas Epidemiológicas; Programa de Epidemiología Psiquiátrica Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires 2002.
- Programa del Banco de la Ciudad de Buenos Aires para la Prevención Integral de las Adicciones - PROBACI - 2000
- Rutter M. y Giller H.; "Delincuencia Juvenil", Martinez Roca Ed. Barcelona 1983
- Revista Pediatría de Atención Primaria. Volumen IV. Número 13.
- Silva Giselle; "Resiliencia y violencia política en niños." Universidad Nacional de Lanus. Fundación Bernard Van Leer. Colección Salud Comunitaria. Serie Resiliencia, 1999.
- Suarez Ojeda E. N. y A. Mellillo; " Resiliencia; descubriendo las propias fortalezas" Edit Paidós. Bs. As. 2002.
- Suarez Ojeda Elbio Nestor; "El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de salud" Ficha de la cátedra.
- Vanistendael, Stefan, "Cómo crecer superando los percances". Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo. Colección Cuadernos del BICE-Oficina Internacional Católica de la Infancia, Ginebra, 1996.

## **Páginas de Internet consultadas:**

- [www.aap.org.ar/publicaciones](http://www.aap.org.ar/publicaciones)
- [www.sama.org.ar/publicaciones](http://www.sama.org.ar/publicaciones)
- [www.tercersector.org.ar](http://www.tercersector.org.ar)



# 1 Salud Mental Escolar

Rosa Hermosilla Hidalgo, Académico Escuela de Enfermería, Universidad de Chile, Santiago

## Introducción:

Esta experiencia de trabajo en escuela, se **enmarca** dentro de políticas nacionales, e internacionales, que sugieren la implementación de estrategias de promoción y prevención en salud.

De la revisión de diferente bibliografía inherente al tema, destacaré algunos conceptos que están siempre presentes a la hora de enseñar a los futuros profesionales de enfermería, y que planteo aquí como fundamento. Sobre PROMOCION, aludiré a una definición, de la Oficina Europea de Educación para la Salud de la O.M.S.

Promoción de la salud "**es el proceso de capacitar, a la gente, para que aumente el control sobre su salud y la mejore.**" La faceta más interesante de este concepto es el protagonismo de la población, que mejora su salud mediante un mayor control de los factores que la determinan, y su logro a través de la capacitación que los agentes de salud pueden ofrecerle.

La salud aquí es considerada como un recurso para la vida, y no como un fin en sí misma.

En el tema de la prevención y de la promoción para la salud, ha aumentado la evidencia, respecto de los factores que inciden y que limitan las acciones. Reconocida es la influencia de los aspectos sociales, tales como alimentación saneamiento, posibilidades laborales, educación, convivencia ciudadana y otros.

Hoy se sabe más acerca de factores psicosociales, que determinan la conducta de individuos y comunidades, y como también, en ocasiones se transforman en un riesgo, tal es por ejemplo el caso del uso de sustancias, y la violencia. Se señala a la atención primaria, como el nivel prioritariamente responsable de llevar a cabo las acciones de promoción y prevención. La tarea es trabajar con los individuos, ayudándolos a ser, menos vulnerables a los factores de riesgo, y fomentar sus factores protectores.

### ***El primer paso sería la identificación de factores predisponentes.***

Aún cuando muchos de los factores biológicos requieren contrastación, no cabe duda de que se pueden desarrollar programas preventivos, como por ejemplo, interviniendo en las alteraciones del sistema educacional, o en las interacciones parentales.

Hay muchas áreas que requieren atención, como la privación psicosensorial, el abuso y explotación de menores. las desestructuraciones familiares, etc. Circunstancias todas, que presentándose en la infancia predisponen al desarrollo de alteraciones mentales en la vida adulta.

## ***Como segundo paso, tenemos el fortalecimiento de las redes de apoyo.***

Considerando el poder de los lazos entre **los** distintos miembros del núcleo familiar, Trabajar en las tareas familiares, sus roles, comunicación, cultivo **y** expresión afectiva. Servir incluso de moderador de los conflictos internos del hogar. Es necesario también abordar las demás tangentes, que concurren secundariamente a la red social de cada individuo.

Como he señalado **los** desequilibrios emocionales son multifactoriales, por lo que resulta complejo **intervenir** en su prevención primero, **y** luego en su compensación cuando ya se han presentado. **Es** ello lo que explica necesidad del trabajo en equipo, tanto multiprofesional de salud, como transectorial.

Centrados en esta participación es que **se** provee al profesional de enfermería de una formación lo suficientemente integral, que le permita una actuación significativa, y es por ello también, que cuenta con la oportunidad de convocar a otros profesionales, para que en conjunto, se coordinen con organismos **y** grupos, que hagan efectiva la labor tanto de prevención, como de promoción de la salud mental.

Es **obvio** suponer además que estas acciones deben **ser** llevadas a efecto por personas que a su **vez**, disfruten de equilibrio emocional, **se** sientan felices y realizadas con su trabajo y tengan un satisfactorio manejo de las relaciones interpersonales.

**Además de este apoyo, donde confluyen todas las habilidades comunicacionales, los profesionales de atención primaria deben estar dispuestos a una actividad de consejería, cuyo objetivo fundamental es aportar a la persona elementos de clarificación y guía que le permitan un adecuado manejo de sus problemas y ser capaz de promover cambios en su estilo de vida.**

La atención primaria, es responsable además de la pesquisa, referencia, **y** contra referencia de las personas con trastornos mentales.

En nuestro **pais**, las políticas son congruentes con los postulados internacionales. El programa de salud mental, pone particular énfasis en la promoción **y** prevención, estableciendo planes de acción en comunidad

La reforma de salud y el nuevo plan de salud mental, estima que la promoción de **estilos** de vida protectores de la salud mental, centrada en la **población sana**, plantea **los siguientes** objetivos:

- Fomento de la participación, **el** asociacinnismo, **y** la organización
- **Desarrollo** de espacios de comunicación.
- Desarrollo de **habilidades** para la **vida**.
- Desarrollo humano.
- Comunicación social

Respecto de la prevención de problemas y trastornos de salud mental, centrada en la **población en riesgo**, los objetivos planteados, dicen relación con:

- **Intervención en factores de riesgo.**
- **Focalización en grupos expuestos.**
- **Educación e intervención psicosocial grupal, (con temas como, comunicación, afectividad y otros.**

## Trabajo en Escuela

### Características Generales

El consejo nacional, VIDA CHILE, fija entre sus metas, la promoción de la salud en los establecimientos educacionales. Razones para esta decisión hay varias; de ellas destaco las siguientes:

- La escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública.
- Los establecimientos educacionales cuentan con una considerable población cautiva.
- **Los** escolares son personas en proceso de formación y maduración.
- El entorno educacional, es después de la familia, el principal agente de socialización.
- Salud y educación se fortalecen mutuamente. **Los** niños sanos aprenden mejor.
- Los objetivos de desarrollo personal, que pretende el programa de salud mental, coinciden con los objetivos fundamentales transversales, **(O.F.T.)** enunciados por los programas de educación.

### Propuesta de Salud Mental Escolar

Los actores del programa, lo constituyen, los niños y jóvenes, sus apoderados (familia), Profesores, y personal del colegio. En ellos deben estar centradas paralelamente **las acciones psicoeducativas**, de manera que haya un resultado más efectivo.

El rol de enfermera a nivel escolar, no está aún muy definido, pero me parece que es una tarta posible de programar desde el centro de salud, como parte de la labor de enfermera comunitaria.

La finalidad del trabajo de enfermería a nivel escolar, la entiendo de la siguiente manera:

#### *Con los niños y jóvenes.*

Desarrollar en ellos habilidades para la vida, que los lleve **u** ser mas resilientes, en cualquiera **sea** el medio en que les tocó crecer.

Las alternativas de abordaje pueden ser diversas, pero las temáticas que a mi juicio, **los** lleva sin **duda** al desarrollo personal, es el trabajo de su autoestima, la afectividad y la comunicación asertiva.

La forma de tratarlo es individualmente y en grupo, con metodologías lúdicas, discusiones libres, tareas de **reflexión** y otras.

#### *Con padres y apoderados.*

El objetivo **es** que asuman la responsabilidad que les cabe en la formación de sus hijos, en **la** prevención de sus desequilibrios, y ayudarles a manejarse mejor frente a ellos.

Es muy importante, informarles acerca de la evolución psicológica normal, en que se encuentran los niños, tratar con ellos el tema de la comunicación familiar, valores, cultivo de **vínculos**, comprensión de **las** necesidades humanas, y responsabilidad social.

**Es necesario** también, que realicen una revisión de sus expectativas, respecto del hijo, Satisfacer las **interrogantes** que tengan respecto a la salud de los escolares

Dialogar acerca de las conductas que presentan niños y jóvenes **analizando** cuales **se** pueden calificar como **esperable** para la edad **y** el contexto, y cuales **habría** que pesquisar como indicadora de desequilibrio. Es necesario trabajar con ellos el enfrentamiento al estrés, dadas las exigentes características de su trabajo.

Tanto padres **como** profesores, deben tomar conciencia que ellos son modelo de los jóvenes **y** que ejercen una gran influencia en la **estructura** de sus personalidades.

Por esta misma condición se explica que pueden ser personas muy significativas llegando a **constituirse** en uno de los pilares señalado por la mandala de la resiliencia.

### **Coordinación con otros organismos.**

El rol de enfermería, se extiende por una parte a liderar el equipo de salud, y por otra ser nexo entre, la escuela, las instituciones. **y los grupos**, para la participación comunitaria.

Las escuelas mas pobres, convocan niños de alta vulnerabilidad, por el contexto social marginal, de donde provienen, ello demanda no sólo de padres **y** profesores, sino también del equipo de salud una dedicación y un desgaste de energía que no es menor, por lo tanto también hay una alerta permanente de cuidado, de las propias capacidades. También en esto la enfermera puede llevar a cabo, **estrategias** de autocuidado en salud mental, del equipo interviniente.

## **Formación del Estudiante de Enfermería en Promoción Escolar**

Las habilidades requeridas para el trabajo de promoción, **las viene** adquiriendo el alumno a través de su currículo, y **es** en la asignatura de Enfermería en salud mental, donde las orienta a fines específicos.

Muchos de los temas, y metodologías que le son necesario desarrollar, en esta experiencia, han sido vistos de manera teórica, siendo en este momento, cuando se les motiva a vivenciarlo.

La posibilidad **de** experimentar, los temas que promueven la salud mental de individuos **y** grupos, se realiza dentro de las limitaciones de tiempo, con que se cuenta. Se procura dar al estudiante el espacio para crear, **y** experimentar **en si mismo**.

El **aspecto** cultural, **y** las características del entorno social de los personajes de la comunidad, y también de los estudiantes, constituye en **ocasiones**, uno de los **mayores** desafíos, que **docentes y** alumnos deben enfrentar. Desde hace algunos años, se trabaja en escuela, en comunidades de diverso nivel socioeconómico, **y** en cursos también de **variados** niveles.

Para el año 2005, se seleccionó una escuela de bajo nivel socioeconómico, con niños muy vulnerables al daño, con necesidades fundamentales insuficientemente satisfechas.

## **Presentación del programa de trabajo escolar. (año 2005)**

Lugar: Escuela Nº 145 "Copenhague" de la comuna de Huechuraba.

### ***información general.***

Escuela básica municipalizada. Tiene una matrícula de 360 niños. Entre pre-kinder y 8º básico. Dotación docente: 5 profesores directivos, 11 profesores de enseñanza básica, 2 educadoras de párvulos, 1 profesora diferencial, 1 profesor de inglés, 1 profesor de computación, 1 profesor de religión, 2 paradoscentes, 5 auxiliares. Establecimiento categorizado como escuela CRITICA, por sus características de deserción, bajo nivel de rendimiento Sínce. Y ser una comunidad de riesgo social.

Cuenta con apoyo de P.I.E.(programa multidisciplinario de investigación educativa).

Los niveles seleccionados, para el trabajo académico, fueron el 1º y 7º año básico. Los otros grupos incluidos por su responsabilidad, en la formación de los menores, fueron los profesores, y apoderados de los niños de 1º.

### ***Propósito de la Experiencia.***

Se pretende que los estudiantes de enfermería, adquieran las competencias necesarias, para comprender la problemática de salud mental, de los individuos y sus comunidades, y sean capaces de intervenir en el desarrollo de actividades, de prevención de desequilibrios y promoción de la salud mental.

### ***Acciones realizadas con 1º básico.***

#### ***- Diagnóstico general del perfil de los niños de 1º básico.***

Se realizó a través de la aplicación de un instrumento de valoración, adaptado de uno que en otro momento confecciono, un grupo de docentes para otro colegio.

Se valoraron algunos aspectos, intelectuales, cognitivo-conductuales y emocionales.

Se incorporó un test de autoestima, trabajado por la docente con el primer grupo en rotación. Estos datos se obtuvieron en entrevistas individuales con los niños, y desde la observación en aula.

#### ***- Visita domiciliaria.***

Además de completar datos de conocimiento del niño, se valoraron algunos aspectos de los padres, la comunicación familiar, el entorno del hogar, y se realizó educación en temas pesquisados hasta ese momento.

#### ***- Talleres grupales con los niños.***

Se realizaron semanalmente, en subgrupos, monitoreados por los estudiantes de enfermería. Los temas abordados fueron los siguientes:

- |             |   |
|-------------|---|
| Autoestima: | Descubrimiento de virtudes.   |
|             | Reconocimiento de conductas que le dificultan la convivencia.   |
|             | Identificación de sentimientos y emociones, que le provocan las personas de su familia, sus pares y profesores. |
|             | Identificación de sentimientos que le provocan algunas situaciones.   |

Valores:	Respeto. Solidaridad. Amistad. Responsabilidad.
Comunicación:	Importancia del diálogo. Aprender a expresar. Control de la impulsividad. Convivencia. No a la violencia.
Autocuidado:	Refuerzo de algunos hábitos higiénicos. Prevención de riesgos soaaes. Prevención de abusos sexuales.

**Se** adoptaron modalidades lúdicas esencialmente.

**- Referencia a COSAM**

**Se** realizó un contacto con profesionales del cosam de Huechuraba y se logró una intervención para evaluar niños referidos por nosotros. La selección de los menores se hizo considerando los riesgos de su entorno y los problemas conductuales observados.

**- Talleres grupales con apoderados.**

**Se** programaron 2 sesiones, para lograr la participación de los padres y familiares encargados del niño, en la comprensión y aporte a los temas.

**Acciones realizadas con 7° básico.**

**Se** trabajó con 1 de los 2 séptimos, de la escuela, a solicitud de la dirección, por tratarse de un curso muy especial, donde se ha reunido a los escolares más conflictivos, especialmente con situaciones de conducta indeseada. **Se** nos solicita particularmente abordemos el tema de la violencia, que es lo más característico de su trato. Desde nuestra mirada nos propusimos, lograr un conocimiento, de la realidad de estos jóvenes, y abordar los temas que nos parece son más propios de su etapa evolutiva.

Sexualidad y afectividad.

Drogas y alcohol.

Violencia.

La modalidad que se usó fue de talleres grupales, y posteriormente abordaje más personalizado.

**Se trataron los siguientes temas:**

Cambios físicos puberales y biología de la reproducción

Cambio.. psicológicos.

Concepto de sexualidad humana.

Responsabilidad del rol sexual

Riesgos: Embarazo no deseado.

Enfermedades de transmisión sexual.

Métodos de protección en general.

Uso del condón con demostración.

Generalidades sobre drogas y alcohol.  
Conocimiento de si mismo y valoración personal.  
Proyecto de vida.

**El tema de violencia fue integrado, en los diferentes talleres.**

#### **Coordinación con consultorios.**

Con consultorio La Pincoya, a fin de agilizar la coordinación frente a los problemas de salud que surjan. Con consultorio El Barrero, con el matrón, para abrir la referencia de jóvenes que están necesitando atención, y para obtener colaboración en materiales de apoyo para nuestras sesiones.

**Se estableció un contacto** entre este profesional y el orientador de la escuela para obtener un apoyo para que los profesores adquieran mayores habilidades en el tema de educación sexual, en todos los niveles.

## **Resultados y Conclusiones**

De los instrumentos aplicados, y de la observación realizada a través del contacto con los niños, **se** podría aproximar el siguiente diagnóstico, que sirva de base para una futura programación de enfermería.

El establecimiento educacional se encuentra ubicado en el centro de una población socioculturalmente conflictiva. Caracterizada por pobreza, un buen número de jefes de familia cesantes, funcionamiento en torno al tráfico de drogas, disfunción familiar, entre otros problemas.

Estas características, determinan en los niños conductas desadaptativas, que no favorecen el aprendizaje.

**Se** observa indisciplina, **trato** violento entre ellos, poca motivación por el estudio, bajo rendimiento en **pruebas nacionales**, alta inasistencia a clases.

En el **trato** directo, descubrimos insatisfacción de necesidades psicológicas, y en algunos casos necesidades básicas alteradas, como el de una buena alimentación, o el cuidado de la salud.

Estos son datos, importantes de la **mayoría**, lo que no excluye que hayan algunas familias **preocupadas**, y niños que alcanzan parámetros aceptables de rendimiento escolar, **y** de conducta.

Respecto del trabajo por nosotros realizado, podemos mencionar que fue muy satisfactorio en los siguientes **aspectos**:

- **Se** cumplió el propósito académico para los estudiantes de enfermería,
- **Conocimos** la comunidad escolar, lo que permitirá una acción de enfermería en salud mental escolar, **mas** realista.
- Efectuamos acciones psicoeducativas con los niños de 1º y 7º básico, que de alguna manera contribuyen a su desarrollo personal, y que refuerzan los **O.F.Tde** de la escuela.
- **Se** lograron algunas acciones de servicio en salud.
- Coordinamos acciones de salud de otra asignatura de la escuela de enfermería (Enf. Comunitaria).
- Conseguimos atención de Cosam para 10 niños, de 1º básico, que referimos, por parecemos de alto riesgo de desequilibrio.

- Aportamos al bienestar y desarrollo de algunos profesores (3) y **paradocente** (1) en un **curso** de "manejo de estrés".
- Realizamos acción de **refuerzo**, psicoeducativo con 10 madres, de los niños de 1º básico, que acudieron a entrevista en el colegio.
- Se realizaron 20 visitas domiciliarias, a niños de 1º básico, con acción educativa, y de valoración.
- La comunidad escolar conoce las posibilidades de trabajo integral de la **salud**, que puede desarrollar enfermería, lo que contribuye al mejoramiento del status profesional.
- Se logró buena integración entre profesores, y grupo de enfermería

## Sugerencias

En base al conocimiento adquirido de esta comunidad escolar, replantear un programa de salud mental, que permita a los estudiantes una práctica de provecho, y que a la vez preste al establecimiento un aporte más efectivo a sus O.F.T. Para ello es condición contar con algunos recursos, por parte de la escuela de enfermería, movilización y otros, y por parte de la corporación municipal de Huechuraba, recursos materiales mínimos necesarios, y sobretodo, promover la integración de nuestro **grupo**, en las actividades del comité VIDA CHILE, de la comuna, porque tal como se concibe un trabajo de este tipo, una acción separada, de los equipos intersectoriales no producen mayor impacto, en los escolares y sus familias.

Un comentario al margen que no puedo dejar de hacer, es la buena imagen que nos llevamos del profesorado y personal en general, quienes demuestran una calidad humana a prueba de las tantas dificultades, que a diario deben enfrentar, en esta comunidad tan carente

A mi juicio, ellos no cuentan con **recursos** que les permita atender más eficientemente a los niños, y no disfrutan de un ambiente, que satisfaga sus necesidades de bienestar laboral, al que aspira todo profesional. Siento que la privación social, propia de nuestra realidad nacional, les alcanza también a ellos. Estamos agradecidos de **su** acogida, y de la oportunidad que **nos** brindaron

# Intervención de Enfermería en Usuarios con Esquizofrenia

Gloria García Vallejos, Académico Escuela de Enfermería, Universidad de Chile, Santiago

## Fundamento:

El fundamento de este trabajo se ampara o a la sombra de algunos informes y documentos internacionales y nacionales que están trabajando profundamente en el desarrollo de la Salud Mental y Psiquiatría.

En el año 2001 la OMS (Organización Mundial de la Salud) publica un Informe sobre la Salud en el mundo y el tema planteado es Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

En ese informe la directora general Dra. Gro Harlem Brundtland inicia su mensaje diciendo: "La enfermedad mental no es un fracaso personal ni es algo que sólo le sucede a los demás". Además plantea que se está viendo hasta que punto la Salud Mental y la salud física son inseparables, y hasta que punto su influencia recíproca es compleja y profunda. Y sólo se trata de un comienzo, porque considera que el hablar de la salud sin referirse a la salud mental es como afinar un instrumento y dejar algunas notas disonantes.(1)

Y hace mención al mensaje de la OMS que es muy sencillo: la Salud mental es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva.

Los objetivos del informe de la OMS son: concienciar al público y a los profesionales acerca de la verdadera carga y el costo humano, social y económico que representan los trastornos mentales y también se propone ayudar a superar los obstáculos, particularmente la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios que impiden que millones de personas reciban el tratamiento que necesitan y merecen.

*Plantea también diez recomendaciones de acción, ellas son las siguientes:*

- 1.- Dispensar tratamiento en la atención primaria
- 2.- Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotropicos
- 3.- Prestar asistencia en la comunidad
- 4.- Educar al público
- 5.- Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores
- 6.- Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional
- 7.- Desarrollar recursos humanos
- 8.- Establecer vínculos con otros sectores
- 9.- vigilar la salud Mental de las comunidades
- 10.- Apoyar nuevas investigaciones

*Este trabajo considera principalmente las recomendaciones número 4 y 5.*



Desde el Ministerio de Salud hace ya bastantes años existe un esforzado trabajo en el área de la salud mental y la Psiquiatría existiendo así un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría con una primera edición en el año 2000 y una segunda el año siguiente.(2)

*Este Plan en su capítulo número 3 presenta sus acciones, las cuales establecen:*

- A) Actividades de nivel primario de resolución
- B) Actividades en la atención de urgencia
- C) Actividades para la atención de nivel secundario y terciario de resolución en salud Mental y Psiquiatría
- D) Prioridades de atención

Cada una de estas acciones ofrece una serie de actividades y prestaciones.

*Pura este trabajo se han considerado básicamente las Últimas dos acciones,*

**Lo concerniente a:** Actividades para la atención de nivel secundario y terciario de resolución en salud Mental y Psiquiatría contempla la atención especializada en Salud Mental y Psiquiatría es otorgada por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria en centros comunitarios de salud mental (COSAM), Consultorios de especialidades, centros de Diagnóstico y tratamiento (CDT), Centros de Referencia en Salud (CRS) y, fuera de la estructura sanitaria, en centros o espacios de cuidado de personas con enfermedades mentales y por equipos profesionales y técnicos de Servicios de Psiquiatría de Hospitales y clínicas.

En donde se consideran actividades para la articulación entre el nivel secundario y primario y actividades de tratamiento y rehabilitación .

**Y lo referido a:** Prioridades de atención

Existen 7 prioridades y la que se considera para el fundamento de este trabajo o es la que aparece en el quinto lugar y se refiere a Trastornos Psiquiátricos severos particularmente la Esquizofrenia.

La palabra esquizofrenia tiene su origen en dos palabras griegas Schizen (escindir o dividir) y phen (mente). Emil Kraepelin; la denominó Demencia Precoz y la consideró como una enfermedad que afectaba de preferencia a sujetos jóvenes y que llevaba al deterioro. La reconoció con una gran variedad de manifestaciones clínicas y la plantea como una enfermedad **única**.(3)

Eugen **Bleuler**, la llamó esquizofrenia porque la escisión de las diferentes funciones psíquicas es una de sus características más importantes y también porque consideró que el término demencia Precoz era dañino para las personas afectadas. Según él: El término de esquizofrenia designa un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, a veces está marcado por ataques intermitentes, y puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero no permite un **restitutio ad integrum** (recuperación completa). La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, el sentimiento y la relación con el mundo externo, que no aparece en ningún otro cuadro de esta manera **particular**"(4)

Según Teresa Huneus "esta definición sigue siendo válida, excepto la famosa frase **restitutio ad integrum**. En los últimos años, los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que hay mejoría significativa o recuperación al menos en la mitad de cada grupo estudiado". (Huneus, 2005, p.32)

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, aun con un fuerte estigma social, pese a los cambios existentes en los modelos de atención psiquiátrica desde el modelo custodial al comunitario.

La **teoría** de la vulnerabilidad basada en las descripciones del psicólogo infantil Jean Piaget y propuesto por Zubin y Spring en **1977** plantea que la esquizofrenia es una condición multideterminada y multiformes y no se puede determinarlos con claridad. En **su** evolución a largo plazo se distinguen las siguientes fases: Fase Premórbida, Fase Aguda y Fase Crónica .

Ahora si se tiene presente que la forma en que se expresa esta enfermedad, hacia el mismo afectado y también hacia los otros, existe un cambio en su comportamiento, pensamiento conducta, sentimientos entre otros.

Aquí el estigma cobra vital importancia porque lo que realice una persona en cualquier fase de la enfermedad implicará un gran costo para el resto de los afectados, pues, en el inconsciente colectivo quedan resonando, la mayoría de las veces, las malas acciones, los cambios conductuales que implican violencia y agresión, las capacidades que se encuentran deterioradas en las personas afectadas pero no los aspectos positivos de sus acciones y de lo que son capaces.

Es **así** como en el abordaje no se puede trabajar aspectos aislados, mas bien deben considerarse al afectado por la enfermedad, como una "persona" teniendo presente un enfoque biopsicosocial y espiritual. Donde el tratamiento sea por supuesto integral y personalizado .

Pensando mas bien que la esquizofrenia es una enfermedad con la que **habría** que aprender a vivir, más que luchar.

Con respecto a las modalidades de tratamiento **se** ha trabajado y **se** sigue haciendo, hoy, existen variadas posibilidades novedosas para las personas con trastornos mentales, pero aun así se mantienen los prejuicios por la esquizofrenia, sigue faltando divulgación y la posibilidad ha cambiado en el tema del estigma que acompaña a las personas que padecen esta enfermedad, y no sólo a ellos, sino que también a sus familias o personas significativas **todavía** es un **gran** tema y un área en la que queda un gran camino por recorrer y una acción concreta que puede contribuir es la psicoeducación.

**Hoy** en día en nuestro país se encuentra contemplado la esquizofrenia dentro del Plan auge, existiendo un Protocolo de tratamiento para las personas con un primer episodio de esquizofrenia, que ofrece un objetivo y garantías **explicitas**.(5)

### **Objetivo:**

Lograr una mayoría sustancial de los síntomas y la recuperación funcional con el acceso oportuno a un tratamiento adecuado a partir del primer episodio de esquizofrenia

### **Atención con garantías:**

- **Confirmación diagnóstica:** Evaluación diagnóstica por equipo especializado, cuando la derivación se estime pertinente, con al menos dos entrevistas por psiquiatra, evaluación psicosocial por profesionales de salud mental, exámenes de laboratorio de rutina y otros según las circunstancias clínicas, pruebas psicométricas y de psicodiagnóstico, de acuerdo a situaciones clínicas específicas
- **Tratamiento integral:** De acuerdo a la fase de evolución (fase aguda, fase de recuperación y fase de integración social) El tratamiento Incluye intervención farmacológica, psicoeducación, intervenciones familiares, intervenciones terapéuticas individuales y grupales y rehabilitación psicosocial. De acuerdo con las condiciones clínicas el tratamiento puede ser ambulatorio, en hospitalización diurna y/o en hospitalización completa de corta estadía.

En este protocolo se presenta un tratamiento integral en donde se realiza una evaluación del sujeto y elabora un plan individualizado de atención. Se considera al usuario y su familia.

Existen fases dentro del tratamiento, estas son: Fase aguda, fase de recuperación y fase de integración social. Cada una de estas; fases contempla objetivos, intervención farmacológica e intervención psicosocial. Dentro de esta última, aparece para las diferentes fases la psicoeducación tanto para usuario como la familia.

### **Revisión Bibliográfica del concepto Psicoeducación**

Dentro de los roles de enfermería se encuentra el educar y el desarrollo de este rol se puede desarrollar a través de un trabajo psicoeducativo

Según Bulacio: "La psicoeducación es un proceso que permite, a los profesionales de los diversos ámbitos de salud, brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo".

Al fortalecer dichas capacidades se influye indirectamente en el incremento de características de autonomía y responsabilidad por el autocuidado elevando de esta manera la autoestima y la propia valoración

El hecho de manejar información adecuada y específica tiene un efecto inmediato en la disminución de la incertidumbre por parte del paciente, posibilitando mayor flexibilidad y realismo en el modo de abordar la problemática y su contexto.

La psicoeducación, instruye acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen los diferentes cuadros psicopatológicos y permite a los pacientes reinterpretar sus síntomas a la luz de la nueva información, de manera tal que el significado atribuido originalmente a los signos y síntomas se transformen en una interpretación catastrófica, reduciendo de esta manera la sensación de incertidumbre.

El estar informados acerca de lo que les pasa favorece a los pacientes a tener una actitud menos alerta o defensiva. Al ser capaces de aceptar sus problemas, comienzan a considerarse iguales a los demás, valoran sus fortalezas y debilidades de forma más realista que la utilizada hasta ese momento.(6)

Según Hogarty, 1986 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.

El modelo psicoeducativo se distingue por ser una aproximación altamente sistematizada, orientada a objetivos muy definidos y que utiliza técnicas pedagógicas.

Las metas de estos procedimientos son impartir información acerca de la enfermedad mental, de los recursos, de los servicios e incrementar las habilidades de autocuidado en la persona con esquizofrenia y de convivencia en el núcleo familiar.

Parte de reconocer el derecho que asiste al usuario y su familia de conocer lo que se sabe hoy de su enfermedad y busca crear una alianza más productiva entre usuarios, familiares y profesionales de la salud mental.

En la psicoeducación se recibe información que permite angustiarse y preocuparse menos y emplear energías necesarias que contribuyan en la resolución de los problemas propios del vivir con la enfermedad.

Se debe tener presente que una psicoeducación también contempla trabajo con personas que no están afectadas por una enfermedad.

### ***Objetivos de Psicoeducación para el trabajo con personas afectadas por la esquizofrenia***

- 1.- Proporcionar información de forma comprensible y asequible teniendo en cuenta las características individuales de la persona a la que va dirigida
- 2.- Asumir que los individuos afectados conservan habilidades que podrán utilizar en su cuidado
- 3.- Este conocimiento mejorará la autopercepción y autoimagen y clarificará las dificultades derivadas del trastorno
- 4.- Pone el énfasis en lo educativo, redefiniendo roles: el ambiente estructurado en una clase, el terapeuta como profesor/facilitador, el de la familia como cuidadores informados y el de la persona afectada como estudiante y participante activo en la resolución de sus problemas.
- 5.- Las situaciones de pequeño grupo ayudan a elaborar la información y proporcionar apoyo, con todas las partes implicadas ayudándose mutuamente.(7)

La participación mutua les infundirá fuerzas y motivará al cambio.

El ambiente terapéutico para personas que padecen esquizofrenia debiera ser un ambiente que favorezca ciertas condiciones como por ejemplo: facilitador, claro confiado, relajado y que no sobreestime.

La importancia de la familia en el abordaje de la esquizofrenia.

Hoy sabemos que la enfermedad de un miembro de la familia se encuentra inextricablemente ligada a la salud de los otros miembros, quienes **influyen** y son influenciados **por** quien padece la enfermedad.

La familia es la red primaria de las personas en sus vidas.(8)

En un paciente **esta red se** toma de vital **importancia**, porque una familia informada **contribuye** en el rol terapéutico dentro del tratamiento integral para una persona. Por lo tanto se debe considerar a la familia como un aliado para tratar a la persona con esta enfermedad.

Muchas veces no es suficiente la motivación, dedicación y ganas de participar en el tratamiento y recuperación que tenga el usuario para aprender a vivir con su enfermedad, por eso el involucrar a la familia no se debe considerar un lujo que dependerá de su tiempo libre, sino que **se** le deberá entender como necesaria para mantenerse todos involucrados, aumentar los logros y disminuir la preocupación y estrés.

Considerando un tratamiento integral no como el que considera solamente por ejemplo: las consultas medicas, el consumo de **fármacos** y algunas intenciones sino como el que considera diversos aspectos (biológico, psicológico, social y espiritual) y la **intersectorialidad**.

Frente a esa mirada **es** de vital importancia la participación de la familia.

Considerando la necesidad de recibir y solicitar información.

Debemos pensar en la sene de sentimientos como temores dudas, frustraciones entre otros que surgen en el inicio de la enfermedad y **aquí se vuelve clave** la entrega de informacibn, sobre algunos aspectos de la enfermedad como su definicibn, sintomatología, etiología, clasificación, areas que considera el tratamiento, fundamento del tratamiento, efectos esperados de un medicamento en relación a sus beneficios v a sus posibles efectos adversos, la importancia de la administración de los medicamentos, su dosis, horarios, entre muchos otros aspectos. Tambien la necesidad de expresar sentimientos ya sea individualmente o en **grupo** en torno a **lo que se está y seguirá viviendo**.

## **Trabajo Docente Asistencial**

Muchas **veces** ocurre que los contenidos teóricos entregados en las aulas no parecen tan aplicables en los servicios clínicos. Por lo cual resulta **importantísimo** realizar un trabajo docente muy de cerca con el asistencial, entendiéndose al profesional docente como la persona que está en contacto directo con el estudiante en las aulas y un facilitador del **aprendizaje** y al profesional asistencial como la persona que se encuentra en contacto directo con los usuario **de salud en los campos clínicos**.

Por lo cual, debiera **existir** una comunicación fluida entre ambos profesionales para una retroalimentación y **enriquecimiento mutuo**.

Durante el **año 2005**, desde el mes de Abril hasta Diciembre se lleva acabo el desarrollo de un trabajo Docente **Asistencial** en el Servicio de Psiquiatna del Hospital Salvador, con usuario ingresados al protocolo del Plan Auge Esquizofrenia primer episodio, con usuarios que consumen un **antipsicótico atípico (clozapina)** y con usuarios del **servicio que seran derivados** al nivel primario de atención.

Para efectos de este trabajo **se hace mención y descripción** solo del trabajo realizado con usuarios con un primer episodio de esquizofrenia.

En este programa participan miembros del Servicio de Psiquiatría, ellos son: psiquiatras, una enfermera y un técnico paramédico. Y desde la Universidad de Chile, participan estudiantes de Enfermería IV año, cursando la asignatura de Enfermería en Salud Mental., a cargo de una docente.

En este trabajo en conjunto se pretende brindar una atención desde la mirada de la gestión del cuidado de Enfermería que este centrada en el usuario y familia como personas que necesitan una atención personalizada e integral, con un abordaje biopsicosocial y con la aplicación del proceso de atención de enfermería. Y también contribuir en la formación de los futuros profesionales de enfermería para que conozcan profesionales que trabajan en el tema de la salud mental y psiquiatría y encuentren concordancia entre lo existente en la literatura, normas técnicas y en este caso protocolo auge, con lo que se realiza.

### **Objetivos académicos**

#### **Los estudiantes:**

- 1.- Establecerán un primer contacto con familiares y usuarios ingresados al programa esquizofrenia primer episodio.
- 2.- Aplicarán el proceso de atención de Enfermería en estos usuarios
- 3.- Realizarán la valoración de usuario y familia con un instrumento de Enfermería basado en el modelo de Marjorie Gordon
- 4.- Se familiarizará con el modelo comunitario de atención en salud mental y Psiquiatría
- 5.- El estudiante integrará contenidos del protocolo auge para primer episodio de EQZ

### **Objetivos con usuarios y familiares:**

- 1.- Lograr la aplicación del proceso de atención de enfermería a través de un abordaje integral e individualizado.
- 2.- Brindar conocimiento de algunos aspectos generales de la enfermedad.
- 3.- Ofrecer un espacio y tiempo que permita la expresión de sentimientos, de los usuario y sus familiares.

En este trabajo la participación de enfermería en conjunto en lo docente y asistencial contempla intervenciones de cuidado, desarrolladas a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería y trabajo psicoeducativo en un abordaje individual, familiar y grupal.

*Este trabajo se realizaba tres días de la semana, durante las mañanas.*

Una primera parte de la mañana se destinaba al trabajo en forma individual con los usuarios ya sea en valoración o evolución de su cuadro. Aplicándose instrumentos de enfermería basados en los patrones de salud de Marjorie Gordon. Su construcción e implementación se realizó en años anteriores también en la modalidad de trabajo docente asistencial .

Y la segunda parte de la mañana se destinaba a la realización de las sesiones psicoeducativas y la preparación de éstas.

**Se estructuró un programa** psicoeducativo que contemplaba *cinco* sesiones, que **se repetían** para los diferentes grupos. El grupo de participantes consideraba usuarios y familiares, cuatro estudiantes de enfermería, (*van rotando* durante el **año** académico) enfermera del programa y enfermera docente. Este grupo se mantenía durante las cinco sesiones y luego se formaba un nuevo grupo con otros usuarios y familiares, al que se le **repetía** el programa **psicoeducativo**.

Los **temas eran**: definición de la enfermedad, causas, sintomatología, tipos, tratamiento integral y lo que involucra, cuidados del cuidador y aspectos muy generales de autoestima y comunicación.

**La metodología utilizada fue muy diversa**, desde dramatizaciones de conflictos familiares, presentación desde *¿quién soy yo?*, discusión de los **mitos** existentes de la enfermedad, lluvia de ideas de cuanto saben de la enfermedad, sesiones de relajación psicofísica, entre otras.

**La evaluación se realizó a través de dos instrumentos**, uno que se aplicó en la primera sesión y pretendía recoger el conocimiento referente a enfermedad y que sabía de ella, y un segundo que se aplicó en la quinta sesión y pretendía lo mismo que el primero pero comparativamente **y se le incorporaron** algunos aspectos concernientes a la percepción que tuvieron acerca del aporte de este programa con las necesidades sentidas por ellos.

## Comentarios

**Se permite** el registro de **lo** realizado en un instrumento de Enfermería, lo que puede ofrecer beneficios como por ejemplo facilitar investigación, respaldo en situaciones judiciales, etc.

**Se trabaja** en una constante retroalimentación tanto asistencial como docente

Existe concordancia entre el contenido teórico recibido **y** la aplicación práctica

**Se contribuye y mantiene** el trabajo educativo con la modalidad de psicoeducación que contempla aspectos particulares.

**Se contribuye** en la optimización de relaciones interpersonales entre usuarios, familiares y equipo de salud.

Existencia teórica de resultados positivos en la realización de un programa psicoeducativo. Como por ejemplo: **disminuyen significativamente** los rasgos de recaída de los usuarios **y el** sufrimiento **y** la carga en los miembros de la familia.

**Trabajar con varias familias** simultáneamente produce menor riesgo de recaídas que intervenciones en familia única

Existencia de un **grupo** fijo de trabajo.

**Possibilidad de ofrecer metodologías** variadas en el desarrollo de las sesiones.

**Creatividad de los estudiantes** en la metodología.

**Los usuarios identifican una actividad** de Enfermería poco habitual.

La **psicoeducación** es **una posibilidad** más dentro de un sistema de cuidados y tratamiento.

**Los estudiantes** aplican e integran el modelo comunitario de atención.

La psicoeducación **está** considerada dentro de todas las fases: aguda, recuperación **y de integración** social.

**Número reducido** de sesiones lo que limita **la** profundidad de los temas.

**Imposibilidad** de desarrollo extenso de los temas **y de** abordar todos los temas necesarios.

**Muchas veces** la situación laboral inestable de los familiares, impedía la asistencia.

**Horario** inatinal.

En la experiencia en este lugar los usuarios y familiares se muestran capaces de aprender y también muy motivados por saber que les ocurre.

#### *Algunos comentarios recogidos de las evaluaciones:*

Me siento escuchado y apoyado.

Pude expresar sentimientos percibidos con negativos, sin sentirme rechazado.

Conocí sobre la enfermedad cosas que no imaginaba.

Escuché a mi familiar.

Comprendí conductas como parte de la enfermedad.

El sentimiento de soledad se revierte al compartirlo con otros.

Me siento tratado como persona por otra persona que usa delantal blanco.

Destaco la disponibilidad de la enfermera del programa.

## **Conclusión**

En el trabajo con personas que padecen esquizofrenia y sus familias o grupo habitual de convivencia es fundamental la intervención integral que es muy propia de enfermería por la formación y mirada holística hacia las personas, donde lo más importante no es el **¿qué** hacer? sino el **¿cómo** hacerlo?.

Principalmente la ayuda de enfermería consiste en dar un espacio de expresión, crear vínculo de confianza, promoción de la pertenencia al grupo de autoayuda, donde no están solos aportar con la psicoeducación necesaria y tal vez lo más importante el Empoderamiento tanto de usuarios como familiares de este tema que los atecta, desde sus necesidades, sentimientos y vivencias, en donde la solución no depende solo del equipo de salud y ellos sino que mas bien de un abordaje intersectorial.

Debemos mirar a la persona con esquizofrenia como una persona diferente y no anormal que sigue conservando áreas sanas que pueden y deben utilizarse.

”Si hubiera conocido esta forma de trabajo antes, creo que mi preocupación y sufrimiento habrían sido menos. o más fáciles de soportar.”

(Comentario de una madre con dos hijos y su esposo con esquizofrenia, participante del grupo de psicoeducativo).

- 
- 
- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe sobre la Salud en el Mundo **2001** "Salud Mental: Nuevos conocimientos, Nuevas esperanzas
  - 2.- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud 2001 Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría **2º** edición
  - 3.- Florenzano, R.,Carvajal, C.; Weil, K. Psiquiatría. Chile: Editorial Mediterraneo **1999**
  - 4.- Huneeus ,T. Chile: Editorial Mediterráneo **2005 2º** edición
  - 5.- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud: Protocolo AUGE tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia 2005
  - 6.- Bulacio, J. Ansiedad, Estrés y Practica Clínica un enfoque moderno, humanista e integral
  - 7.- Rebolledo, S.; Lobato, M. Psicoeducación de personas vulnerables a la Esquizofrenia. España. Fundación Nou Camí 1998
  - 8.- Retamal, P. Enfermedad Bipolar **Guía** para el paciente y la familia. Chile : Editorial Mediterráneo 2003 (p.107)

# I Atención de Enfermería en el Nivel Secundario

*María Eugenia Aranda, Enfermera clínica Servicio de Psiquiatría, Hospital Félix Bulnes, Santiago*

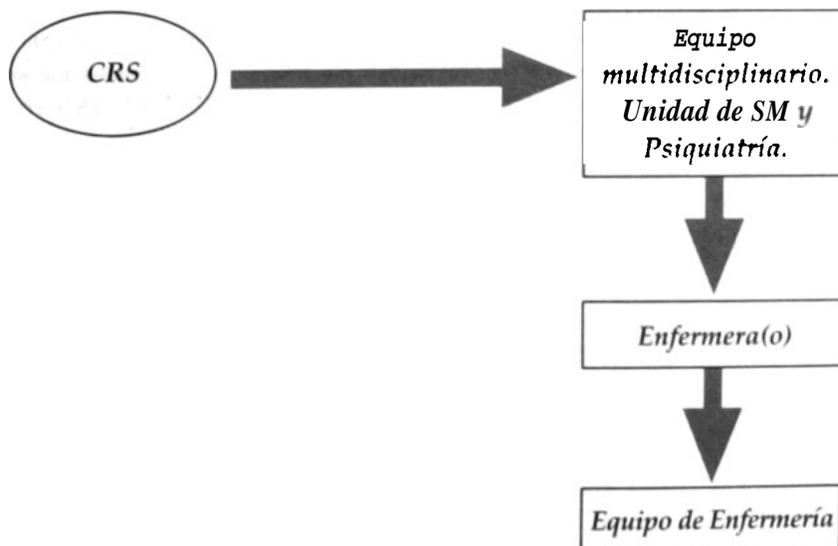
Los centros de referencia de salud, surgen como una respuesta gubernamental a la necesidad impostergable de acercar las especialidades **médicas** a grandes sectores poblacionales, **así es** que a fines del año 1996 inicia sus actividades el CRS Doctor Salvador Allende Gossens como plan **piloto**, primero **en** Chile dependiente del servicio **de** salud, ubicado en el área occidente de la región metropolitana.

EL CRS- SAG se encuentra ubicado en la comuna de Pudahuel y presta atención a 3 populosas comunas: Pudahuel, Lo Prado y Cerro Navia, las cuales en total tienen: 9 consultorios de Atención Primaria, 3 COSAM y 2 SAPU

Este CRS cuenta con un cómodo edificio de dos pisos, con grandes espacios interiores, mucha luz y un gran parque de césped de ante jardín e interior. Ofrece atención en especialidades o unidades como: Medicina, Cirugía, Odontología, Obstetricia, Laboratorio entre otras y Psiquiatría y Salud Mental.



*Los objetivos de la atención secundaria en salud son:*



- Atender consulta especializadas a pacientes derivados de la atención primaria, lo que implica una alta capacidad de resolutiveidad a de **los** problemas de salud derivados al centro y contrarreferencia **al** centro derivador.
- Derivar a la atención terciaria a aquellos pacientes **cuya** complejidad **así lo** amerite; ya sea **esto** para hospitalización o realización de estudios **más** complejos.
- Recibir para continuidad de tratamiento a las personas con trastornos mentales especialmente **los** más graves y crónicos (EQZ, TAB, TR. **PERSONALIDAD, PATOLOGÍA DUAL** ETC..) derivados de la atención terciaria (hospitales Psiquiátricos)

A partir de **los** años 90 Enfermería enfrenta retos muy importantes **que** tienen que **ver** con:

- El aumento de conocimientos científicos que proporciona **nuevas** explicaciones a la enfermedad y su tratamiento
- Avances tecnológicos para evaluar **el** cerebro en **su** estructura y función.
- Cambios en el sistema de prestación de atención (Hospitalarios a ambulatorios)
- **El** numero crecientes de enfermos mentales crónicos.
- Persistencia de estigmatización de **las** personas con Trastornos mentales.
- Cambios **políticos** sociales con la dictamen de leyes que tienen implicancia en la salud mental (ley de VIF, MALTRATO y AUGE)

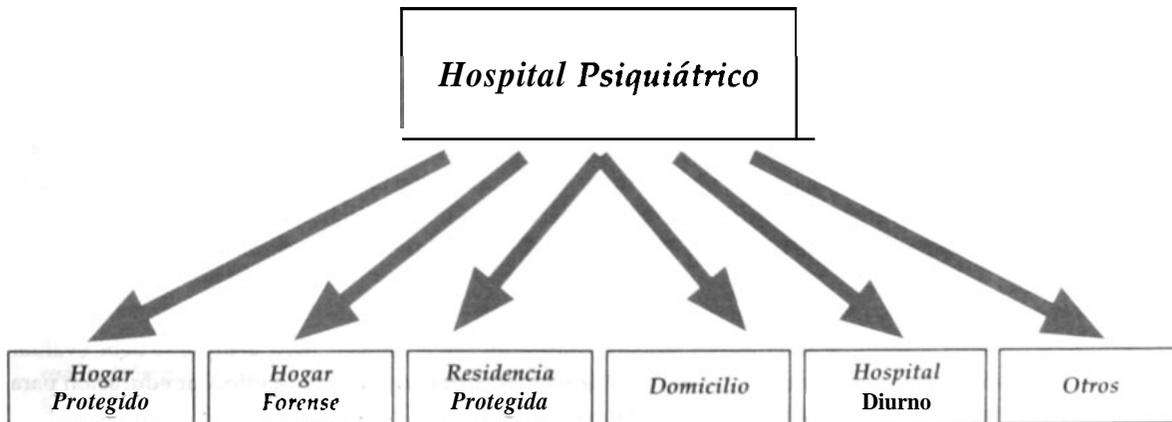
En estas unidades de atención secundaria existen equipos multidisciplinares dentro de **los** cuales se encuentran **Enfermeras/os** que ejercen numerosas funciones una de **ellas** muy importante es la de coordinar programas, liderar **equipo** de Enfermería y llevar a cabo una buena cantidad de trabajo administrativo que el jefe de la unidad le delegue

*Todo lo anterior implica revisión permanentes en el rol de la Enfermera/o que se adecuen eficientemente a las exigencias de la atención en salud mental y psiquiatría de los pacientes que se encuentran en los centros de referencia de salud y centros de diagnóstico y tratamiento.*

Para hacer frente a estos desafíos que nos plantea la atención ambulatoria de pacientes crónicos que puedan reagudizarse traen a la mente la definición de Enfermería como ciencia y arte que proporciona cuidado holístico. Que en la realización de su quehacer, utiliza el proceso de Enfermería en el cual se incluyen acciones y o funciones que son de tres tipos: DEPENDIENTES (relacionada con ejecución de indicaciones médicas), INTERDEPENDIENTES (en coordinación con otros profesionales del equipo) e INDEPENDIENTES (gestión del cuidado). Es en esta última en donde el profesional despliega toda su vocación de servicio, conocimientos científicos, cultura, habilidades técnicas y comunicacionales, personalidad al servicio del cuidado integral de una persona con trastorno mental y su entorno que pueden ser su familia, un hogar protegido y también agrupaciones sociales en la comunidad del paciente.

## Funciones y Roles de la Enfermera de Nivel Secundario

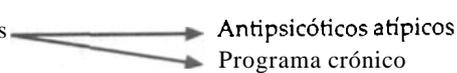
- Gestión de casos individualizados derivados, apoyando el nivel de funcionamiento sano para favorecer desde el inicio **su** autosuficiencia (capacidad auto cuidado )
- Evalúa existencia y capacidad de cuidador ya sea esta familiar o no en donde vive el paciente, además del entorno físico y social del entorno del paciente.
- Evaluar periódicamente los logros del paciente de acuerdo al plan que **se** tiene para reorientar **y** asesorar hacia el funcionamiento cada vez más autovalente.
- Intervenciones psicobiológicas o psicoeducativas en relación a la enfermedad, tratamiento, importancia de respeto a ritmos biológicos etc.. tanto al paciente como **su** cuidador.
- Vistas a terreno al domicilio al paciente donde este se encuentra, tanto para control como para **rescate**.
- Apoyar e interactuar con comité asesores municipales como líderes vecinales para abordar temas relacionados con la Salud Mental.
- Defender y proteger los derechos del paciente.
- Realizar **inter** consulta a otros profesionales.
- Capacitación al personal técnico Paramédico.
- Realizar consulta clínica individual **y** consultoria.
- Apoyar, asesorar y educar a agrupaciones de pacientes **y** familiares con enfermedades mental



Hoy más que nunca el traslado de **los** pacientes crónicos con patología psiquiátrica **mayor** desde los hospitales se hace más intenso y frecuentes hacia **los** dispositivos ubicados en la comunidad **los** cuales **no** siempre existen el número y calidad para la recepción de estas personas que lo requieren, por **otro** lado la ley ACGE que este **año** contempla dentro de las enfermedades atender a **un** EQZ primer episodio; este hecho es un **desafío** muy interesante e imperioso para la adecuación de los procesos de atención de Enfermería de **estos** pacientes **y** sus cuidadores en **los** equipos de nivel secundario y terciario especialmente.

A todo esto se agrega las atribuciones y responsabilidades que trae consigo el código sanitario promulgado el 16 de diciembre de 1997, que establece en el artículo 113, la legislación que rige a todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de los habitantes de la República.

## *Algunos comentarios acerca de las actividades más relevantes que se realizan en la atención de enfermería en el CRS.*

- Consulta individual: vínculo terapéutico.
- Trabajo **en** equipo: planificación y coordinación.
- Psicoeducación: individual - **grupal** 
  - Pacientes
  - Familiares
- Manejo de programas clínicos 
  - Antipsicóticos atípicos
  - Programa crónico
- **Red** asistencial y social.
- Equipo de enfermería.
- Capacitación profesional.

### *1. Consulta individual:*

Oportunidad única en que ha de lograrse un vínculo o dialogo significativo con el paciente, que permita hacer una **valoración** de éste y su entorno, planificar la gestión de los cuidados los cuales, serán compartidos con el paciente y su familia o cuidadores (esto pasará desde las presentaciones formales, verificación de alguna información básica, tratamiento que recibe, historia de enfermedad, rutina diaria, ocupación del tiempo libre, sueño, alimentación, etc; sera **muy** importante escuchar al paciente en lo que respecta a sus dudas e inquietudes al mismo tiempo que **se observa** su comunicación paraverbal o lenguaje corporal, todo lo cual se convierte en insumo para la planificación de los cuidados).

En esta misma consulta, a veces, se administran farmacos indicados por el medico, pero siempre se debe evaluar los efectos colaterales o secundarios de los fármacos, proporcionar educación respecto a esto, dar educación para aminorarlos o derivarlos a la consulta de su médico tratante.

También desde la consulta individual es **donde** se deriva al paciente **y/o** cuidadores a atención de otros profesionales del equipo (A.S., PSI., T.O.); como también a otras especialidades médicas.

Evaluación de hemogramas semanales de los pacientes con clozapina para pesquisar precozmente alteraciones y derivar al médico tratante para su control y tratamiento.

Estimular a **los** familiares de **los** pacientes a participar en agrupaciones de familiares de pacientes con enfermedades **psiquiátricas** que les permitan mejor nivel de desarrollo personal y fomento de la conciencia ciudadana, respecto de la integración de los paciente **psiquiátricos** a la vida comunitaria.

## 2. *Psicoeducación:*

Se realiza tanto a nivel individual en la consulta como a nivel **grupal** con las familias de los pacientes o a grupos de Pacientes.

Aquí el rol de educadora en salud cobra toda **su** importancia, deberá ser capaz de pesquisar las necesidades educativas del grupo, plantearse un programa que satisfaga tales requerimientos, promueva la expresión de los sentimientos, genere en el grupo una sensación de estar capacitado para enfrentar mejor la enfermedad, reconocer síntomas y signos tanto de mejoria como agravamiento y sobre todo ciertas cuotas de esperanza en el futuro, en la medida que se generan lazos de confianza **y** de unidad de los participantes.

## 3. *Trabajo en equipo:*

Va desde conocerse, ponerse de acuerdo en los programas que trabajarán, definiendo las metas programáticas del año en **la** unidad, hasta participar en reuniones convenidas, aportando la visión de enfermería, sobre todo **cuanto** la **enfermera(o)**; es el profesional que está más tiempo en contacto con el paciente **y** es quien lo vincula con **el** resto de los profesionales.

Es habitual que sean los enfermeros(as) quienes coordinen o manejen los programas de la unidad, antipsicóticos atípicos o típicos, programa de pacientes crónicos. Tales responsabilidades son el resultado del reconocimiento por parte de otros profesionales de la formación científica y competencia técnica de las enfermeras/os.

## 4. *Relación con la red asistencial:*

- Con nivel de atención primaria, no sólo debe recepcionar los pacientes que desde allí se derivan, sino **que** además debe proveer de instancias programadas para realizar consultorías, retroalimentar el trabajo recíproco, satisfacer necesidades formativas de este nivel de atención.
- Con nivel de atención terciaria, recepcionar los pacientes derivados para la continuidad de tratamiento **y** derivar también hacia ese nivel de atención a los pacientes que lo requieran como **es** el caso de las hospitalizaciones, realización de exámenes más complejos o supervisiones clínicas.
- Es **importante recordar** que los pacientes pueden transitar por estos tres espacios o niveles de atención, según sean las necesidades. Por lo cual estas instancias deben estar debidamente relacionadas a fin de evitar discontinuidad en el tratamiento, retrocesos ni sensación de inseguridad o abandono por parte del paciente **y/o** familiares.
- Debe considerarse dentro de esta red asistencial a los hogares y residencia protegidas donde viven algunos pacientes a cargo de monitores o cuidadoras de enfermos, personal que habitualmente no tiene la capacitación necesaria para asumir las responsabilidades que esto implica. Por lo cual se hace necesario estimular a las autoridades pertinentes para generar un plan de regularización y supervisión de este personal a cargo de los hogares como también de educación para el auto cuidado de este personal.
- Especial mención merecen las asociaciones de familiares de pacientes con enfermedad mental y los clubes de pacientes, cuya población cautiva permite desarrollar numerosas actividades psicoeducativas, prevención de descompensaciones de la enfermedad **y** fortalecer vínculos entre ellos **y** con el equipo de salud.

## **5. Equipo de enfermería:**

Es fundamental la capacitación de los técnicos paramédico o personal que forma parte del equipo de enfermería. Esta educación debe ser formal e incidental, ya que la mayoría de este personal no tiene experiencia en el área y su formación no contempla pasantía en servicio de psiquiatría.

## **6. Capacitación de la enfermera(o):**

Se hace imprescindible la capacitación permanente en temas de la especialidad dado el ritmo acelerado de los avances científicos y técnicos. Se hace necesario, junto con esto, abrir espacios al conocimiento y práctica de técnicas occidentales, y orientales como la meditación mantra, la acupuntura, yoga, homeopatía, Reiki, dietas y ejercicios como medidas aceptables y complementarias en el alivio del sufrimiento humano.

El compartir con otros colegas de la especialidad experiencias laborales permite acrecentar conocimiento, retroalimentarse, evaluar el propio quehacer, encontrar nuevas estrategias de manejo y descubrir necesidades formales de capacitación. Esto estimula el desarrollo profesional.

Todo lo señalado anteriormente lo pueden realizar enfermeros (as) que cuenten con habilidades terapéuticas, capacidad empática, autoconocimiento y conocimientos científicos sólidos, sentido del humor e interés genuino por otro ser humano en desarrollo.

# II *Psicoeducación a Familiares de Pacientes con Esquizofrenia*

María Eugenia Cárcamo Zamora, Enfermera Matrona, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar

## *Introducción:*

La esquizofrenia tiene un peso importante en la mortalidad y discapacidad de una población, en relación con el AVISA perdidos por enfermedad siquiátrica en Chile la esquizofrenia es la causante del 15% de la pérdida en el grupo de 15 a 45 años, ubicándose tercero en importancia después de la dependencia de alcohol y los trastornos depresivos.

En relación al plan Auge, esquizofrenia se establece que un tratamiento adecuado requiere de un diagnóstico precoz, oportunidad de tratamiento, cuidados planificados a largo plazo y la existencia de soporte social que puede apoyar al afectado a la satisfacción de sus necesidades.

El tratamiento debe contemplar la combinación del tratamiento con fármacos e intervención psicosocial que comprenden medidas dirigidas a minimizar la vulnerabilidad del paciente a situaciones de estrés y reforzar su adaptación y función social.

Una de las estrategias que contribuyen al logro de estos objetivos es la psicoeducación a vulnerables y familiares de afectados por la esquizofrenia, herramienta que se establece como una aproximación sistematizada y orientada a objetivos específicos y que utiliza técnicas pedagógicas, en las que se establecen los principios de la relación de ayuda que fundamentan la intervención de enfermería y que son cruciales para el trabajo eficaz, empático y genuino con personas vulnerables y familiares, como seres necesitados de ayuda.

En este contexto, el trabajo se formula para familiares de afectados de esquizofrenia **1er brote 2004** en base a la valoración de sus necesidades de intervención en psicoeducación.

## **Psicoeducación en enfermería.**

La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno.

## *concepto de psicoeducación*

"El modelo de psicoeducación se **distingue** por ser una aproximación sistematizada, orientada a objetivos **específicos** y que utiliza **técnicas** pedagógicas. **Las** metas de estos procedimientos son, impartir información acerca de la enfermedad mental, de los **recursos** y de **los** servicios, e **incrementar** las habilidades de autocuidado en el paciente **esquizofrénico** y de convivencia en el medio familiar. Parte por reconocer el derecho que asiste al enfermo y a su familia, de conocer lo que **se sabe** hoy de su enfermedad y busca crear una alianza más productiva entre pacientes, familiares y profesionales de la salud mental." <sup>14</sup>

## *Objetivos de la psicoeducación*

- Proporcionar información en forma comprensible.
- Asumir que los individuos afectados conservan habilidades que pueden utilizar en su autocuidado.
- Conocimiento que mejorará la autopercepción y autoimagen.
- Pone énfasis en lo educativo, redefiniendo roles, el ambiente estructurado a una clase, el terapeuta, como profesor facilitador, el de la familia como cuidador informado y el de la persona afectada como estudiante y participante activo en la resolución de sus problemas.
- Las situaciones de pequeños grupos ayudan a elaborar la información y proporcionar apoyo.

## *La Psicoeducación como abordaje desde la Enfermería de Salud Mental.*

"El enfermo mental no es ese individuo indigente, menor de edad e irresponsable, al que nos tienen acostumbrados los circuitos ideológicos oficiales. Su personalidad esta enferma, ciertas actitudes son antisociales, pero ello no quiere decir que **la** totalidad de su ser sea patológica, por el contrario, es capaz de asumir responsabilidades **y** actuar en relación a unas normas **Solo** espera que nosotros seamos capaces de comprenderlo. ( Joseph M. Bofereñi Alvarez).

Si los profesionales de Salud Mental, somos capaces de comprender al paciente psíquico, seremos, probablemente, capaces de hacer comprender a la familias qué es el trastorno mental, específicamente, qué es la esquizofrenia, tomando en cuenta **las** grandes interrogantes que aún plantea la enfermedad mental a la psiquiatría y o a la sicopatología como ciencia. No **será** difícil comprender que a la familia le cueste entender y aceptar a un ser querido afecto a un trastorno mental **y** específicamente esquizofrenia.

Diversos autores, (Anderson, 1988, Fallon, 1984, Leff 1985) plantean la importancia e incidencia que el medio **y** las relaciones socio familiares ejercen sobre las personas que padecen trastornos conductuales o psicopatológicos.

Se ha determinado que existen factores en el medio familiar que son capaces de generar y sostener conflictos interpersonales, **asi** como actitudes de los miembros del **grupo** familiar que se traducen en lo que se ha dado por llamar "expresividad emocional" y, como ésta incide **y** esta relacionada con las recaídas de los pacientes psíquicos diagnosticados de esquizofrenia.

<sup>14</sup> Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia, Sergio Rebolledo Moller, M<sup>o</sup> Jose Lobato Rodriauez. Fundació nou Camí Pg 45

Por otro lado, algunos autores sostienen que los resultados obtenidos **en** los tratamientos que involucran de forma **activa a la familia**, son muy superiores a aquellos tratados individualmente y sin interacción familiar.

Estudios llevados a cabo en la Universidad de California del Sur (Fallon et al.,1982) y en Londres (Leff et al, 1982), revelan que entre el 6% y 9% de los pacientes tratados con terapia familiar experimentaron recaída al cabo de nueve meses, contra el **44%** al 50% de los testigos tratados con drogas y terapia individual. Estudios que proporcionan **una** confirmación de la eficacia de las terapias familiares, por lo menos, para prevenir una recaída psicótica. Esto aumenta, a la vez, las posibilidades de ayudar a pacientes a reintegrarse a su comunidad.

Los pacientes sometidos a tratamiento con implicación familiar presentan:

- Menor numero de reagudizaciones de la esquizofrenia.
- Menor numero de ingresos hospitalarios.
- En ocasiones, necesitan dosis mas bajas de neurolépticos.
- Disminuyen los síntomas positivos.
- Y, los síntomas son menos groseros.

La psicoeducación de pacientes y familias, combinada con otros tratamientos, **es** una alternativa de abordaje terapeutico, tiene por objeto lograr mantener al paciente con el mejor nivel de autonomía posible **y** con la calidad de **vida** necesaria, así como reducir el numero de recaídas y aliviar y o eliminar el estrés del núcleo familiar.

Además:

- Posibilita una relación de ayuda enfermero(a) -paciente-familia.
- Informa al paciente y familia acerca del trastorno mental y su manejo, promoviendo de esta forma el autocuidado.
- Promueve un ambiente familiar sosegado que sustenta la permanencia del paciente en su comunidad.
- Posibilita la integración del paciente en roles sociales, familiares, laborales.

En definitiva, con la psicoeducación podemos crear un espacio en que los familiares de los pacientes tengan la oportunidad de participar en el proceso terapéutico, colaborando con el equipo asistencial a través de la información que pueden ofrecer, al tiempo que reciben un apoyo que les permita rebajar el nivel de tensión en sus hogares y les permita también facilitar un mayor desenvolvimiento del familiar en la vida cotidiana.

### **Modelo de psicoeducación a Familiares.**

El modelo de psicoeducación a familiares de pacientes esquizofrénicos es un modelo terapéutico que pone énfasis en la importancia de la relación (de trabajo, buena y armónica) con familias. Para ser consistente con el modelo, los terapeutas no deben criticar o culpar a la familia. (aparte de ser un modelo de rol indeseable para los pacientes, cualquier crítica probablemente será traspasada al paciente).

Los principios de la relación de ayuda, (Rogers), son cruciales para el trabajo eficaz, empático, cálido y genuino con familias. Los terapeutas deben mostrar la calidez adecuada hacia los individuos de las familias, como seres necesitados de ayuda. Para estos efectos, se define la empatía como la habilidad de entender la perspectiva de otras personas con precisión. Además, los terapeutas deben ser abiertos y genuinos, cualquier promesa poco realista o irrealizable sería juzgado por familias como insincero.

Es importante que los terapeutas no adopten una actitud autoritaria ni traten de imponer una visión oficial sobre la esquizofrenia. Es más relevante obtener la visión de la familia con el objeto de obtener su colaboración. Deben respetarse los sentimientos de los miembros del grupo familiar, sus experiencias, fortalezas y necesidades.

Es imprescindible tomar en cuenta que la familia en cuyo interior existe un miembro con una enfermedad como la esquizofrenia, tiene que lidiar con las consecuencias del estigma que posee. In enfermedad mental, el estigma trae como consecuencia, la mayoría de las veces, el ser marginado y repudiado.

La psicoeducación es, entonces, necesaria e imprescindible toda vez que con ella se enseña a la familia a aut.

## **Introducción a la Implementación de un programa de psicoeducación**

### **Descripción de la situación**

Actualmente y con la instauración del programa AUGE en el año 2004 para pacientes con primer brote de esquizofrenia, se aumenta la cantidad de recursos humanos y materiales especialmente fármacos y a su vez se establece la psicoeducación a pacientes y familiares como una de las actividades terapéuticas a realizar en el tratamiento integral del primer brote de esquizofrenia.

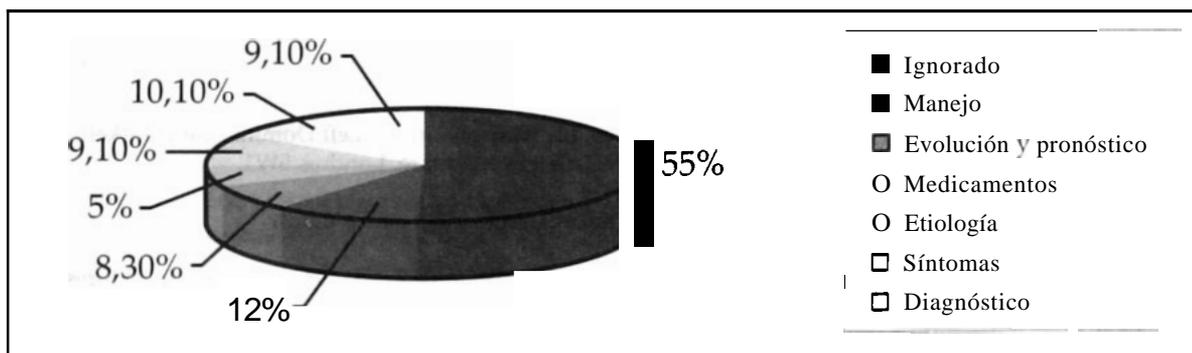
Esta necesidad ha motivado el desarrollo de un proyecto de psicoeducación a familiares de pacientes, y se ha seleccionado como grupo objetivo a los familiares de las personas incluidas en los procesos diagnósticos del año 2004 primer brote de esquizofrenia.

## Metodología

Con el objetivo de realizar un diagnóstico de las necesidades de psicoeducación de los familiares se aplicó un instrumento: "Entrevista de conocimientos sobre la esquizofrenia" (anexo 1) y posteriormente se utilizó la pauta de evaluación "Criterios de puntuación de la entrevista de conocimientos acerca de la esquizofrenia" (anexo 2), ambas traducciones de los instrumentos elaborados por el Dr. Julián Leff.

Esta actividad se realizó en modalidad de taller al grupo de familiares, fueron citadas las cinco familias y participaron cuatro de ellas reuniendo a ocho familiares y dos enfermeras.

## Resultados de la valoración



Posteriormente se planificaron un taller por mes con el grupo de familiares en una sala de grupo del hospital puntualmente algunas sesiones se realizarán en el hogar y en el hospital de día se utilizarán técnicas como discusión de grupo, lluvia de ideas, plenarias, resúmenes, tareas para la casa, discusión de la realización de la tarea. Al término de 6 meses se evaluará con las mismas pautas utilizadas en el diagnóstico y se identificará la necesidad de incluir otros temas y su manejo.

## Principales Necesidades de Psicoeducación detectadas en el taller con la aplicación de la pauta y la observación de la dinámica familiar:

- Etiología
- Medicación
- Evolución y Pronóstico
- Comunicación Alterada
- El Paciente Asume la Responsabilidad
- Ira, Conflicto y Rechazo
- Trato con Sobreinvolucramiento
- Estigma
- Miembros de la Familia Ausente

## *Evaluación*

- **Después** de seis meses de aplicación del taller, **con** sesiones de una al mes **se** volverán a aplicar los instrumentos **en un** taller de evaluación.
- Evaluación e informe de la **evolución** clínica de la persona afectada por esquizofrenia, hijo de los familiares del taller.

## *Bibliografía*

- Esquizofrenia. Teresa Huneuss, 2º edición. Editorial Mediterráneo. Santiago - Chile.
- Trabajo Familiar para esquizofrenia. Una Guía Práctica, Liz Kuipers - Julian Leff: Dominic Lam. Gaskell. Universidad de Psiquiatría Real 1992 Reimpresión 1997. Belgrave Square, Londres SW1.
- Esquizofrenia y Familiar, Guía Práctica de psicoeducación. Carol Anderson Douglas
- **Guía** práctica de psicoeducación. Reiss y Gerard Hogarty; The Guilford Press, 1986- Amorrutu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Psicoeducación de Personas vulnerables a la Esquizofrenia 1998. Sergio Rebolledo Moller - María José Lobato Rodríguez, FUNDACION NOU CAMI. España.
- Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia. División Programa de las personas/Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.

# *Intervención de Enfermería en Salud Mental en el Centro de cumplimiento penitenciario de Talca*



*María Isabel González Cáceres, Académica Escuela de Enfermería, Universidad Católica del Maule*

## *Introducción:*

En la actualidad nuestro país se ve enfrentado a un aumento de los problemas de salud mental en la población general, principalmente en lo que respecta a violencia no solo intra familiar sino también callejera, en los espacios de trabajo, escuelas, etc.

La drogadicción es otro de los grandes problemas que afecta no sólo a los jóvenes sino también a otros **grupos** etáreos. Ambos problemas pueden desencadenar situaciones de crisis como la delincuencia, suicidio, homicidios, etc. Por lo tanto, nuestros estudiantes deben estar preparados para trabajar con las personas que enfrentan alguna situación de riesgo y ayudar en lo posible a quienes han entrado en conflicto con la justicia, para que estos puedan reinsertarse de mejor manera a la sociedad.

Es así como en el año **1997**, la enfermera de Gendarmería de la Séptima Región Sra. Ximena Soto, realizó un estudio en los Centros de Cumplimiento Penitenciario de la Séptima Región cuyo **propósito** era detectar problemas de drogadicción entre los reclusos. Los resultados obtenidos dieron origen al planteamiento de algunas estrategias de acción entre las que se propuso utilizar como recurso a los estudiantes de la asignatura de Salud Mental de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica del Maule.

Por tanto, en octubre de **1998** se firma el Convenio de Cooperación Institucional entre la **Universidad Católica del Maule** y la Dirección Regional de Gendarmería de la Séptima Región, siendo gestora la enfermera docente responsable de la asignatura de Salud Mental, Sra. María Isabel González Cáceres.

Para los estudiantes y la docente era un gran desafío, puesto que nunca habíamos realizado una **actividad de docencia** al interior de una cárcel, por lo que surgieron ciertas aprehensiones, por otra parte, ésta era una actividad pionera en nuestro país y en la región, por lo tanto no se tenían referentes.

A partir del mes de mayo de **1998** y hasta la actualidad los alumnos del 5º semestre de la carrera realizan su práctica clínica de salud mental en el Centro de Cumplimiento Penitenciario de Talca. El período práctico tiene una duración de **2 meses** (de Mayo a Julio). El curso se divide en grupos de **5** estudiantes y acuden a dicho Centro de lunes a viernes en las mañanas durante **5 días**, bajo la supervisión de la docente de la asignatura.

## Propósito

Que los reclusos aprendan a socializar a través de técnicas de comunicación efectiva, adquiriendo conocimientos sobre temas de interés como: asertividad, complicaciones del abuso de alcohol y drogas, autoestima, familia, sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

## Objetivos

- Lograr la participación activa de los internos
- Entregar conocimientos sobre diferentes temas de salud
- Propiciar el trabajo en pequeños grupos
- Entregar conocimientos sobre comunicación efectiva, asertividad, consecuencias de la drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, Autoestima, enfermedades de transmisión
- Favorecer un ambiente terapéutico

## Participantes

La asistente social del recinto realiza una selección previa de los participantes, los cuales acuden voluntariamente a los talleres. Se ha trabajado con un promedio anual de 90 persona.; correspondientes a grupos de menores (menos de 18 años), con cinco galerías (N° 1, 2, 3, 5 y h), con portadores de VIH y población penal. Participan activamente un máximo de 18 personas por grupo.

Número de cesiones por grupo: 5

Duración de cada sesión: 3,5 horas

La edad de los participantes fluctúa entre los 16 y 60 años, la gran mayoría tienen pareja e hijos, el lugar de residencia es variado, provienen de Taka, de diferentes regiones del país y algunos son extranjeros.

Trabajos grupales de 4 o 5 personas

Técnicas lúdicas

Rol play

Reflexiones

Plenario

Videos

- Talleres de relajación

## *Resultados de la intervención*

### *Para los reclusos*

- Siempre están muy motivados debido a que son escasas las instancias de participación en actividades de este tipo dentro de este recinto carcelario.
- Mejora la conducta de los reos (por referencia de la asistente social)
- Existe un aprendizaje interpersonal, aprenden a respetarse entre los participantes, a "saber escuchar" y expresar sentimientos.
- Transmiten los conocimientos adquiridos a otros reos y a sus familiares, principalmente a sus hijos.
- Logran descubrir **sus** talentos y habilidades
- Les permite salir de su rutina y sentirse "libres" durante las horas de los talleres
- Se sienten valorados como personas, debido a que no se les enjuicia por los actos cometidos
- El grupo actúa como familia básica correctora
- Les permite desarrollar habilidades sociales

### *Para los estudiantes*

- Les facilita su labor porque se trabaja con una población cautiva que asisten en forma soluntaria a los talleres.
- Les permite vencer temores y aprehensiones que surgen previo a la práctica.
- Ayuda en su crecimiento personal, debido a que son acogidas, respetadas y valoradas en su quehacer por parte de los reclusos.
- Aprenden a valorar a su familia y entorno
- La Institución de Gendarmería también valora el trabajo realizado por los estudiantes, enviando felicitaciones a través de la rectoría de la universidad.
- Son capaces de demostrar su creatividad, entusiasmo y empatía
- Descubren un campo laboral diferente.
- Aprenden a trabajar con grupos y a ejercer liderazgo
- Los estudiantes tienen la posibilidad de aplicar no sólo los conocimientos adquiridos en la asignatura de salud mental, sino además aplicar lo aprendido en otras áreas.

### *Debilidades*

- No siempre se cuenta con la infraestructura adecuada para la realización de los talleres, en algunas salas se observa la falta de sillas, uso de bancas de fierro, ventanas sin vidrios, algunas salas con luz natural deficiente, sin calefacción y falta de pizarrones.
- Los estudiantes deben costear gastos de materiales a utilizar.
- Los talleres se realizan por un período muy corto en opinión de los reclusos



## *Amenazas*

- Actualmente existe un proyecto de construcción de un nuevo recinto penal en un sector rural, lo cual haría difícil el acceso de los estudiantes.
- 

El tipo de intervención que ~~se~~ realiza con los reclusos, ha sido bien evaluado por los estudiantes, por la oportunidad de conocer una realidad distinta y enfrentar temores y prejuicios que como sociedad tenemos. Para los reclusos el brindarles la posibilidad de sentirse "personas", porque se les acepta como tal y se les acoge con ~~su~~ lenguaje, creencias y su manera de ser, manifiestan su agradecimiento cada vez que finaliza un taller, con la esperanza de poder verlos más adelante en la calle, junto a ~~su~~ familia y tratando de reintegrarse a la sociedad que no siempre les brinda las oportunidades por el estigma de haber estado "presos".

# Experiencia de Trabajo en

## Centros de Cumplimiento Penitenciario:

### Una experiencia de vida

Lidia Osorio Olivares - Ximena Soto Rodríguez, Académicos Escuela de Enfermería, Universidad Arturo Prat, Iquique

Nuestros alumnos nacieron a fines del siglo **XX**, en medio de avances tecnológicos que ellos fueron incorporando a **sus** vidas desde siempre y conviviendo con padres, con abuelos que asombrados trataban de incorporarse a este nuevo mundo, al transcurrir sus vidas y llegado el momento de decidir su formación profesional decidieron ingresar a estudiar Enfermería, ciertamente con vocación de servicio público pero muy mediada, esta por la imagen construida socialmente de la enfermera, una mujer sonriente, caritativa, sumisa, que usa un uniforme atractivo y que con **su** presencia alivia males a doquier, entran soñando ser parte de esta romántica *visión* a la que se disponen agregarle el uso avanzado de moderna tecnología, quieren aprender muchos procedimientos, manejar aparatos de última generación, saben que ya no es una profesión exclusiva de mujeres, ahora y cada vez más; los hombres se incorporan a estudiar una profesión que asegura empleo, a poco de iniciar su formación profesional descubren que la formación abarca materias que no contemplaban, que el grado de dificultad *es*; mayor al considerado, pero aún así se esfuerzan y continúan, a medida que avanzan su mirada se amplía, conocen nuevas áreas que hacer, inician **sus** experiencias prácticas, descubren que la salud *es* algo más que enfermedad, que Enfermería es un arte a realizar con conocimientos teóricos, con disciplina y rigurosidad, descubren que el cuidado de la salud es que hacer prioritario, sin embargo el modelo biomédico *es* fuerte, el mundo tecnológico sigue avanzando y deslumbrando, las alumnas, los alumnos, difícilmente *se* sustraen de esto, entienden que el ser humano debe ser atendido integralmente, pero muy temprano entran a un sistema de salud en el que no se logra superar la visión centrada en la patología física, en la técnica, en el hacer, lo cual *es*; sin duda necesario pero pierde sentido, en nuestra opinión, sin una mirada integral del ser humano.

El desafío del docente que tiene la tarea de formar en el área de enfermería en salud mental *es* grande, hacerles comprender su importancia, la necesidad de incorporarla de manera transversal al que hacer profesional, y esto en nuestra opinión requiere de estrategias educativas innovadoras, provocadoras, en las que *estos* alumnos con poca capacidad de asombro, expertos en el manejo de técnicas y tecnologías, con potencialidades que ellos mismos ignoran, logren incorporar no solo en su vida profesional, sino que también en su vida personal elementos que aporten a una salud mental positiva.

La Escuela de Enfermería de la Universidad Arturo Prat de Iquique, desde su creación el año 1997 ha trabajado en pos de que *sus* egresados sean personas con mirada integral sobre la vida y la profesión, la asignatura Salud Mental se ha caracterizado por dictarse de manera creativa, diferente. *Es así* como desde el año 2002 al trabajo desarrollado en el Servicio de Psiquiatría, Experiencias de salud mental comunitaria, y en hogares protegidos, se **sumo** práctica en los Centros de Cumplimiento Penitenciario de Iquique y Pozo Almonte, en sus inicios se observó cierta resistencia, temor, *expectación* de todos los actores involucrados en la experiencia, los excelentes resultados alcanzados se han traducido en un cambio de actitud, ahora todos esperan con ansias este trabajo. *Los* internos de **los** Centros de Cumplimiento Penitenciario, tienen una oportunidad de contacto con personas en otras circunstancias lejanas como son **los** estudiantes universitarios, los profesionales del **equipo de salud** de estos centros se han transformado en los principales colaboradores, especialmente los de Enfermería, y no podría ser de otro modo ya que quienes **hoy** allí trabajan fueron alumnos de la Universidad Arturo Prat y en esta práctica de salud mental, conocieron esta interesante área de trabajo, los alumnos conocen *de* la experiencia de *sus* compañeros anteriores y aunque expectantes, han vencido el temor de **los** primeros grupos.



### ***Los objetivos de esta práctica son:***

- Lograr que el alumno valore la salud mental en diferentes situaciones vitales
- Favorecer la adquisición de experticia en el manejo de grupos y trabajo en trastornos emocionales
- Estimular el trabajo en equipo
- Incentivar creatividad y flexibilidad
- Contribuir al auto análisis y revisión de actitudes estigmatizantes

La experiencia se desarrolla en diferentes sectores de los centros penitenciarios Menores, Mujeres, Homosexuales, Adultos Mayores, Centro Rehabilitación Adicciones, los alumnos, a un diagnóstico de salud mental realizado mediante uso de algunos instrumentos, de entrevistas y observación, sigue la implementación de talleres en base a las inquietudes y necesidades de las poblaciones penales objetivas, de ahí que se consideraron temas como las ETS, TBC, primeros auxilios, sexualidad, intoxicaciones alimentarias, tabaco, adicciones entre otras, en un escenario donde estuvo presente la expresión de sentimientos, terapia de relajación e imagerías, aromaterapia, autocuidado en un entorno carcelario, mediantr estos diferentes temas los alumnos coniprendcn que la salud mental cruza a todos, que no se circunscribe solo a lo patológico.

Es así que alumnas y alumnos, debieron desarrollar estrategias de promoción y prevención con muchas limitantes. ¿Cómo explicarles a nuestros pacientes internos una alimentación adecuada ,rica en residuos y fibras, si no está permitido el consumo de frutas al interior, puesto que la utilizan para la fabricación de "chicha artesanal", ¿cómo le explico a nuestro paciente que utilice su tiempo libre, si permanece encerrado con 50 personas más en su pabellón por más de 12 horas diarias?. ¿ cómo enfoco mi intervención de prevención de sida y uso de preservativos si los "alumnos" tienen en común haber cometido delitos sexuales?.

Pues bien se creo un ambiente entre alumnas y alumnos, de responsabilidad y credibilidad ante la población penal, donde fueron desarrollando nuevas estrategias educativas que lograran por un lado crear la motivación de una población tan carente de necesidades y tan dañados socialmente, es así que a través de actividades lúdicas se desarrollaron los temas señalados, logrando una participación activa de los participantes, que día a día esperaban ansiosos la llegada de las "señoritas y caballeros", se fue generando al interior del recinto un clima de conversación, participación y competencia en los talleres, pues para poder participar había tareas que cumplir como por ejemplo, describir por escrito los momentos más felices de su vida, sus sueños, proyecciones, mensajes a sus familias, en fin, lo mismo se hizo con los familiares quienes fueron filmados en el momento de la espera de la visita, a los cuales se les solicitó enviar un mensaje de bien para su familiar recluso, se vivieron momentos de emociones y sentimientos encontrados, donde el homicida, el violador, el traficante se encontraba consimismo y se enfrentaba a nosotros como un ser humano que sufre y siente, y ahí estaban nuestras alumnas, nuestros alumnos con su mensaje valórico, con su juventud, su motivación y con un tremendo respaldo académico que permitía intervenir en este ser humano, aportando desde la enfermería un nuevo enfoque de la vida, una esperanza, un sentido, la energía necesaria para que el tiempo de la condena fuera algo más llevador.

La creatividad de los alumnos no tiene límites, cual magos de la nada construyen espacios en que ahora nosotras las docentes somos las sorprendidas, es así como en una oportunidad descubrimos la desvencijada sala de trabajo transformada en un elegante Teatro Municipal, en el que se entregaban certificados a los participantes, en otra oportunidad se convirtió en un cine al estilo actual, la entrada por supuesto se cobraba y así cada hombre que llevaba en su cara marcada la tragedia de su vida, hombres duros, recios, llegaban con el pago preparado, un papel con un poema o un pensamiento, luego de entregarlo recibían sonrientes su paquete de cabritas, la cara se transformaba y aparecían sonrisas nacidas del alma, no faltó el humor es así como el trabajo con el grupo de travestís finalizó con la sala convertida en el Caba Pub, donde este particular grupo de personas, tan estigmatizadas mostró sus habilidades artísticas, compartió sus sentimientos, sus tristezas, los alumnos en estos encuentros crecían aprendían en el aula de la vida...

Año a año la población las espera, eran las palomas blancas de la esperanza... eran las enfermeras que traían "la calle a la cana", que los trataba de "señores", que los escuchaban y que los orientaban....

Se fue forjando un nuevo quehacer en el mundo de la enfermería, el profesional enfermero, enfermera tiene una proyección pendiente en este campo penitenciario, que alberga al ser humano en toda su evolución y con todos sus problemas (desde el Recién nacido al anciano).

La motivación también se vio reflejada en nuestras alumnas, en nuestros alumnos, quienes tuvieron que verse enfrentadas a sus prejuicios, estigmas y por que no decirlo a uno de los ladrones de su casa ¿cómo me enfrentaba a este delincuente?, con altura de mira y profesionalismo vencieron el miedo y la duda, cómo no recordar aquella alumna que en estado de depresión amenazaba de suicidio, y posterior a su práctica reconoció que sus problemas personales eran mínimos en relación a sus pacientes ....

El tiempo y la experiencia de práctica y de vida llevaron a golpear las puertas de Gendarmería de las colegas ya tituladas, se presentaba una nueva opción, es así que en la actualidad 2 de las ex alumnas que tuvieron su práctica de salud mental se encuentran trabajando en el Centro de Cumplimiento Penitenciario de Iquique

Sin duda que el campo clínico dentro de un recinto penitenciario reúne las condiciones apropiadas para la formación profesional en salud mental de las enfermeras o enfermeros, profesionales considerados en la implementación del Recursos Humanos en las nuevas cárceles concesionadas, donde se contempla no sólo uno sino mínimo 4 profesionales, donde nuestras alumnas de la Universidad Arturo Prat, contarán con un plus importante en la postulación.

Otro aspecto de gran relevancia en esta experiencia ha sido la integración [docente asistencia], el trabajo conjunto y coordinado entre académica y enfermera del Centro Penitenciario, ha enriquecido el trabajo, ha fortalecido los vínculos entre el mundo del trabajo y el académico, ha servido de modelo para nuestros alumnos.

"tengo **45** años soy "jugoso" he pasado **casi** toda **mí** vida en cana, **y** nunca en mi vida había sentido **que soy** persona, que **mí**s emociones importan, gracias con **mucho** respeto a estas "palomas", ojalá que cuando scan profesionalesigan igual...."

"cuando **nos** dijeron que la experiencia seria en la cárcel, sentí miedo, ahora pienso que ha **sido** la mejor de todas, aprendí cosas que ningún libro tiene, aplique mis conocinientos, me sentí útil, revise **mí** vida, sin duda **soy** mejor **y** hasta pienso trabajar aquí"

"Me recibí hace dos años, trabajo en un servicio clínico estoy contenta, me gusta **y** muchas ceces recuerdo mi practica en la cárcel, me permite atender a los pacientes de manera integral, sin prejuicios, con más humanidad"

*Una práctica de formación profesional, una experiencia de vida ...*

**Iquique, Octubre 2005**



# Salud Mental Comunitaria. Hacia un cambio de Paradigma en Salud

**Patricia Viguera** Cherres, *Magíster en Educación Superior, Académico Escuela de Enfermería, Universidad Arturo Prat, Iquique*

El concepto de paradigma procede de Kuhn (1962,1970), basándose en su trabajo Patton (1978)<sup>15</sup> define un paradigma como "una visión de mundo, una perspectiva general, un modo de desmenuzar la complejidad del mundo real. Como tales los paradigmas se hallan profundamente fijados en la socialización de adictos y profesionales; los paradigmas les dicen lo que es importante, legítimo y razonable. Los paradigmas son también **normativos**; señalan al profesional lo que ha de hacer sin necesidad de prolongadas consideraciones existenciales o epistemológicas".

En salud los paradigmas han sido claros, la objetividad de las ciencias y el método científico se han impuesto a lo **fenomenológico y cualitativo**. Por siglos las ciencias duras han dado respuestas a las grandes problemáticas del proceso salud - enfermedad, negando con esto todo lo que no es científico, incluyendo aquí la salud indígena, las enfermedades y terapias ancestrales que no tenían una explicación científica.

Para clarificar los conceptos señalaré algunos atributos de los paradigmas cuantitativo o positivista y el paradigma cualitativo o fenomenológico, mediante una aproximación de Bodgan y Taylor.

## ***Paradigma Cuantitativo o Positivista***

- Emplea métodos cuantitativos
- Busca **los** hechos o causas de los fenómenos sociales prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos. (Positivismo lógico)
- Medición Penetrante y controlada
- Orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencial e hipotético reductivo
- Orientado al resultado
- Fiable: Datos sólidos y repetibles.
- Generalizable: Estudios de casos múltiples
- Particularista
- Asume una realidad estable

---

<sup>15</sup> Patton (1978)



## ***Paradigma Cualitativo o Fenomenológico***

- Emplea métodos cualitativos
- interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa
- Observación naturalista y sin control
- Subjetivo
- Próximo a los datos, perspectiva desde adentro
- Fundamentado en la realidad, orientado a los descubrimientos, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo.
- Orientado al proceso
- Válido: datos reales y profundos
- No generalizable, estudios de caso aislados
- Holista, integral
- Asume una realidad dinámica <sup>16</sup>

Para las ciencias de la salud, la realidad objetivable del proceso salud - enfermedad se centra en la historia natural de la enfermedad protagonizada por la triada ecológica "agente - huésped - ambiente". Llamaremos agente al elemento externo que puede ser biológico, físico o químico que provoque la enfermedad, Huésped es la persona o reservorio en el cual el agente desarrolle sus procesos invasivos, el huésped puede ser visto desde la perspectiva biológica, psicológica y/o social y el medio ambiente se considera a los factores externos; físicos, químicos, biológicos o socioculturales que pudieran afectar positiva o negativamente el proceso de salud-enfermedad.

El paradigma dominante y hegemónico en salud es el Bio-médico, aquí la enfermedad es producto del desequilibrio de la triada ecológica, se enferma el órgano y es éste el que se trata alejado de la persona o la integralidad de ésta.

La sanación viene de afuera, es externa y uniforme, misma enfermedad, mismo tratamiento, mismo trato. La enfermedad es lo importante, no quien la porta, pasando a ser la vesícula de la cama, el cáncer, el depresivo, la esquizofrenia, el sidoso, centrándose en la enfermedad y no en las potencialidades de las personas, borrando así la humanidad las diferencias de cada ser, las causas de las enfermedades, que si bien podrían presentar sintomatología similar muchas veces las causas son diversas. Según el estudio realizado por Benjamin Vicente sobre salud mental en la primera región, la octava y la metropolitana, indica que el 60% de las personas que consultan por enfermedad en la atención primaria lo hacen por patologías asociadas a problemas de salud mental. <sup>17</sup>

Los centros de salud basan sus logros en el cumplimiento de objetivos y metas rígidas y centralizadas viéndose sumidos en la conexión de registros estadísticos mensuales, encerrados en los boxes y estresados por el cumplimiento de compromisos de gestión puestos desde Santiago. La evaluación de los resultados se realiza en base a actividades realizadas y números de atenciones, sin tomar en cuenta el impacto real de la acción y menos a las personas involucradas en las actividades, que para el sistema de salud son usuarios, beneficiarios, clientes o pacientes, conceptos no menores que indican la existencia de un paradigma donde la persona que utiliza los

---

<sup>16</sup> Bogdan y Taylor (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de la Investigación*. Barcelona: Paidós

<sup>17</sup> Vicente, Benjamin

servicios debe ser paciente, porque la sanación viene de afuera, de los expertos. Clientes en un modelo donde la salud es un bien que se oferta y se demanda.

Los paradigmas han cambiado, el contexto, el entorno, la historicidad, la familia, la construcción del sujeto nos pueden dar pistas claves en la causalidad de las enfermedades y entonces también pueden abrir puertas hacia una nueva forma de tratarlas por una parte y prevenirlas por otra. Es así como la transversalización de las áreas de las ciencias hacen un aporte a la salud. Desde la Historia, la sociología, la antropología es posible comprender la situación actual y resignificar los procesos de salud -enfermedad para buscar nuevas respuestas.

Para orientar la construcción de una práctica profesional o política o para construir identidad, es necesario darle un contenido histórico y determinar cual es el conflicto vigente puesto a que se tiende a construir identidad desde el conflicto. Nuestro problema es que nos cambiaron el sentido y la profundidad del conflicto.

"En los años 50 o 60 el conflicto era claro. El Este, la Unión Soviética, el Oeste; Estados Unidos, Inglaterra, el mundo del bloque socialista, el mundo liberal, el Norte desarrollado, el Sur subdesarrollado, la izquierda, la derecha". "El conflicto central era entre capital y trabajo, el conflicto se entendía claramente. El conflicto estaba fuera de mí, yo podía tomar posición. Nada más ordenador de todas las prácticas que un conflicto así de claro, conflicto estructural, conflicto objetivo, fuera de mí, que no afectaba mi subjetividad"<sup>18</sup>.

El movimiento social se ha caracterizado desde los tiempos de la Educación Mutual de Recabarren, la visión del Pueblo Masa desde el 38 al 73, en los 80 el pueblo protagonizó la supervivencia y la resistencia y luego disminuye el movimiento social en el periodo de transición, 87- 94<sup>19</sup>.

En el último tiempo, el conflicto se centra en lo privado, ya no es el movimiento obrero, sino el cesante en su casa, los problemas se hacen cada vez más individuales. Los conflictos en el mundo privado afectan la subletividad del individuo, esta situación unida al desconocimiento del soporte social está provocando exclusión, problemas de depresión, violencia, stress, desesperanza.

Esta tesis es apoyada por el Informe de Desarrollo Humano de 1996, donde se plantea que en Chile hay una pérdida de la fe, disminuye la participación, reflejándose en la disminución de los votos y aumenta el individualismo. Lo mío, lo propio. El mismo informe en el año 1998 plantea el malestar de la subjetividad. Aparece una modernización con crisis de sentido.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> *Ib. Id.*

<sup>19</sup> PNUD. *Informe de Desarrollo Humano 1996.*

<sup>20</sup> PNUD. *Informe de Desarrollo Humano 1998.*

## *La Crisis de Sentido*

El cambio del conflicto y la subjetivación de éste, provoca en los individuos la crisis de sentido, estamos insertos en un mundo donde **se** contraponen lo global y altamente moderno, con la miseria. No es extraño ver casas **construidas** de cartón con grandes televisores, refrigeradores, enormes equipos de sonido con su música fuerte, "que se escuche", que **se** vea que soy alguien", en Iquique hasta auto en la puerta. **Es** una nueva manera de ser, el tener determina el ser. El tener determina el grupo social que te rodea, si no consumes no eres nadie. La modernidad aumenta la crisis de sentido, la falta de metas, la falta de sueños colectivos.

## *La Experiencia del COSAM de Alto Hospicio*

Surge entonces la necesidad de dar otra mirada a la salud, es urgente un cambio de paradigma que permita observar las causas de las enfermedades y las respuestas a estas. Tomaré como modelo la experiencia del Centro de Salud Mental Dr. Enrique Paris de Alto Hospicio.

Antes de comenzar la atención del COSAM, **se** contempló realizar un diagnóstico participativo con las instituciones que trabajan en Alto Hospicio, las organizaciones de base y los Colegios, desde **ahí** fue posible conocer las reales necesidades de la comunidad en términos de la Salud Mental y las acciones que se ejercían desde las distintas organizaciones para enfrentar los casos de esta área. Fue necesario recuperar antecedentes de la historia de esta localidad, datos que fueron aportados por el profesor de historia del colegio Robert Johnson Patricio Rivera, quien ha venido realizando un riguroso estudio, trabajando con sus estudiantes en la recuperación de historias locales del sector <sup>21</sup>.

El diagnóstico arroja antecedentes sobre factores históricos y culturales que estarían incidiendo en la presencia de patologías de **salud** mental y que serían parte de la normalidad funcional con que las personas se adaptan al medio. estos son:

## *Factores de Normalidad Funcional*

### *El Desarraigo*

La formación del sector de Alto hospicio, **se vio** marcada por la llegada de personas oriundas de toda; las partes del país; **es** cuestión de recordar que **sólo el 5%** de la población proviene de Iquique; **lo** anterior facilita el hecho que los problemas de Salud Mental estén presentes; confirmando elementos como **el** desarraigo y las depresiones que **se** hacen aún más frecuentes, cuando **la** diferencia radical del paisaje y la desarticulación de **las** redes vinculares son consecuencias directas de la migración masiva por medio de la cual se logra conformar finalmente este sector.

21 Ver Planificación Participativa COSAM Alto Hospicio 2002.

## ***La lucha permanente***

Durante los años 96 - 98 a la explosión demográfica que se provoca en Hospicio se agregan factores para el aumento de patologías de salud Mental. El solo hecho de lucha y fuerza que significaron los tomas de terreno por un lado, que por el otro las mínimas condiciones de vida que aún poseen cerca de 6.000 familias en Alto Hospicio se encuentran todavía presentes.

## ***La insatisfacción de necesidades básicas***

La falta de agua potable, red de alcantarillado, entre otras provocan enfermedades tanto en niños como en adultos y por supuesto la falta de luz, en algunos **sectores**, locomoción colectiva, de infraestructura tanto educacional como recreacional, facilitan el provocar un cuadro de desencanto, desesperación y miedo.

## ***La Vulnerabilidad***

Todas estas dificultades se vieron aumentadas, con la desaparición de 6 liceanas, las cuales fueron encontradas muertas durante el **año** recién pasado, cuestión que provocó una mayor sensación de vulnerabilidad en la población. Sumado a esto se encuentran todas aquellas manifestaciones de **clandestinaje**, delincuencia, violencia y **microtrafico** aún presentes en este sector, a las cuales se les agregan ingredientes circunstanciales como lo son la falta de luz en algunos sectores y la escasa locomoción.

## ***Inestabilidad económica***

Sumada a la caracterización del sector antes señalada **se** agrega la gran crisis económica que vive la zona generada gracias a las dificultades en la pesca como también en Zona Franca, que impacta directamente la economía del sector de Alto Hospicio dedicada fundamentalmente al **rubro** servicios, por lo mismo muchos de sus habitantes desarrollan trabajos por cuenta propia, los cuales son **inestables** y pocos rentables; por cierto que esta situación ayuda a generar problemas familiares de Salud Mental.

Los antecedentes nos indican que existen factores del contexto que están **provocando** una mayor prevalencia de casos de S.M. y también un aumento en la incidencia.

## ***Desinformación***

Las instituciones y organizaciones de base presentes en el sector dan cuenta del crecimiento de la demanda por estas patologías, sin embargo son ellos mismos quienes plantean que no existe solución para esto<sup>22</sup>, que desconocen el tratamiento que debe darse a cada caso, como **así** mismo los lugares donde se puede derivar.

## ***Legitimación de patrones culturales de normalidad funcional***

Pese que lo anterior **es** alarmante, **se** vuelve aún más preocupante cuando las situaciones de Violencia intra familiar, consumo de alcohol **y** drogas, como así también las depresiones constituyen una pauta absolutamente legítima de sobre vivencia cuando se cruzan como elementos inherentes a la subcultura.

## ***Descoordinación de los actores comunitarios***

Las principales problemáticas evidenciadas por las organizaciones que actualmente trabajan en Salud mental en Alto Hospicio son; la falta de capacitación de los equipos para la detección de los problemas, el desconocimiento de la Red y la descoordinación de ésta, junto a la falta de políticas sociales que aborden con mayor claridad los problemas de Salud Mental.<sup>23</sup>

Mientras tanto, las organizaciones de base se perciben descoordinadas con relación a temáticas de salud mental, minimizando el enfoque tan sólo en el ámbito individual y muchas veces sin control ni tratamiento.

**Es** por todo esto que se hace indispensable en **Alto Hospicio**, contar con un ente coordinador de la Red que sea capaz de capacitar a los equipos vinculados a ésta en temas de salud mental, atender la demanda que existe **y** por sobre todo provocar la co- responsabilidad entre el consultante - la familia **y** la comunidad. Todo ello exige **un** trabajo en conjunto, coordinado, planificado **y** evaluado, con un seguimiento constante que logre por un lado aprendizajes significativos para la prevención **y** por el otro fortalecer en la comunidad **y** en las personas aquellos factores protectores para la salud mental, junto con la coordinación de **los** niveles secundarios **y** terciarios en salud.

**A** raíz de los antecedentes aportados por el diagnóstico, **el** COSAM planifica su acción, potenciando lo que existe **y** dando solución a las necesidades de salud mental sentidas por los diferentes actores de la comunidad, que en ese momento fueron; conocer la Red de Salud Mental y la Red Social, contar con un catastro de organizaciones **y** por supuesto organizar **y** homogeneizar los flujogramas a seguir en caso de cada una de las patologías abordadas, estas fueron; Depresión, trastornos psiquiátricos moderados, alcohol **y** drogas, violencia intrafamiliar, sexualidad **y** SIDA **y** **se** abrió además una línea de promoción **y** prevención de la salud mental.

Las características del entorno no son casualidad, **se** han ido construyendo a través de largos procesos.

**Es** necesario considerar el tipo de acciones **se** quieren emprender, el por qué **se** quiere hacerlo **y** cómo. Para esto **se** recopiló algunos antecedentes históricos **y** del contexto, junto con experiencias de trabajo comunitario **y** sus metodologías, con el fin de **poder** orientar la acción de este COSAM, de manera que logre provocar un impacto real en el enfrentamiento de la salud mental. tanto desde las instituciones como de las comunidades **y** los individuos/as.

<sup>23</sup> Primer Taller de Diagnóstico Participativo con Organizaciones funcionales de Hospicio. Cosam - 2002

## COMUNIDAD...unidad común

En el área de la salud se plantea cada vez con más fuerza la salud mental comunitaria como una forma de promover la salud y prevenir la enfermedad más que tratarla y curarla, sin embargo en el mundo global de hoy es posible darse cuenta que la comunidad no existe, no existe una unidad común, sino más bien la gente vive junta. Cada vez las rejas son más altas, cada vez la desconfianza es mayor, "no hable con desconocidos", "no le abra la puerta a nadie". Los hechos violentos ocurridos en esta localidad acentúan la psicosis de la desconfianza. Estamos educando a los niños y jóvenes en la desconfianza, en el individualismo. Ya no se saluda al vecino, ya no se compra en el negocio de la esquina, sino en los grandes supermercados y tiendas uniformadas que trae la globalización, da lo mismo comer en el Mc Donals de Iquique, que en uno de Estados Unidos, la globalización aniquila lo local, lo diferente, la historia y la cultura de un pueblo.

Entonces, no basta con pensar en como realizar un trabajo comunitario, sino que hay que pensar en como recuperar la comunidad, la vida comunitaria, los sentidos colectivos, la identidad común, que respeta la diversidad.

## Actores y Sujetos

Para la recuperación de la comunidad y de lo comunitario es necesario contar con los actores, sin embargo mas que actores, es necesario contar con los sujetos. Un actor toma un texto cualquiera y lo actúa, el texto puede ser de otra persona ....un sujeto actúa su propio texto y para esto debe rescatarlo, procesarlo y proyectarlo. <sup>24</sup>

Es necesario rescatar al sujeto que hay en cada individuo, acompañarlos a mirar su historia, a reconstruirla. a contarla, y a escribir textos individuales que den forma a los textos colectivos. En el fondo, para construir comunidad, es primordial, rescatar a los sujetos que la conforman y no sólo actores que repiten el texto de moda o de la tendencia política vigente.

Entonces nuestra labor será acompañar a los sujetos a escribir su propio texto y el texto colectivo para la transformación de la situación actual en otra mejor.

## La Acción Educativa

### *Existen diferentes tipos de acciones;*

- Acción Teleológica: se realiza para cumplir objetivos. La acción está lograda cuando lo están las metas
- Acción Normativa: aquí lo importante son las normas, lo que está escrito se hace y no puede ser cambiado.
- Acción Dramatúrgica: se actúa en base a los roles, las profesiones, los cargos
- Acción Educativa: en este tipo de acción es relevante

- **El Diálogo**, pero un diálogo no basado en los roles, ni en las normas, es un diálogo basado en la **simetría**, la igualdad y la democracia.<sup>25</sup>
- **La Participación**, que contempla la información, incidir, decidir y sentirse parte de algo<sup>26</sup>, la participación de sujetos, no la participación de objetos a la que estamos acostumbrados donde otros determinan como, cuando y dónde participar y cuando dejar de hacerlo.
- El Compartir Experiencias
- La recuperación de las historias locales como memoria no solo para recordar (volver a pasar por el corazón), sino también para actuar. La historia que da contexto, pero también horizonte.<sup>27</sup>

## LA NUEVA MIRADA...un paso más.

La nueva mirada nos propone abordar la temática de la Salud Mental desde la Salud y no desde la enfermedad, esto requiere que la organización del trabajo no se realice en tomo a las carencias.

No debiera separarse a las personas por sus carencias, sino más bien por sus potencialidades, por sus recursos internos que tal vez, en algunos casos es necesario descubrirlos y sacarlos afuera. Entonces, no existirían grupos de depresión, VIF, drogas, etc, lo que discrimina a los consultantes reduciéndolos a una enfermedad, mas bien se propone que los grupos se reúnan en tomo a sus recursos; las artes, la promoción de actividades culturales, de literatura, pintura, folclore, grupos de desarrollo personal, yoga, o simplemente grupos de conversación y camaradería. Así mismo, los equipos de salud mental comunitaria deben organizarse de otro modo, con una nueva mirada enfocada a :

- Recuperar el Horizonte de Sentido<sup>28</sup>
- Reconstruir al sujeto social
- Realizar una acción Colectiva (texto común)
- Aprender a Asociarse
- Aprender el sentido estratégico de la asociación ( no por la gobemabilidad ni la competencia de los fondos)
- Desarrollar Identidad o identidades.
- Potenciar recursos personales
- Potenciar el soporte Social
- Recuperar y construir discursos colectivos a través de un análisis social crítico.  
"La palabras vehiculizan la voluntad" <sup>29</sup>
- Recuperar la cultura ciudadana cotidiana <sup>30</sup>
- Promover la creatividad y la alegría
- Hacer circular la felicidad <sup>31</sup>
- Pertenecer...siendo <sup>32</sup>

25 *Ib. Id.*

26 *Ib. Id.*

27 *Ib. Id.*

28 *Perez Carlos Opus Cit.*

29 *Ib. Id.*

30 *Asun, Domingo. Jornada Drogas construcción social de problemas y ciudadanía. S. de Salud Iquique. Iquique Agosto 2002.*

31 *Perez, Carlos. Opus Cit.*

32 *Ib. Id.*

### ***Promoción y Prevención como Eje***

La línea de promoción y prevención debe dejar de ser una línea y pasa a ser el eje de acción de los equipos de salud comunitaria.

#### ***- La Prevención y Promoción de la Salud Mental ...una tarea en común.***

Frente a la situación histórica, socioeconómica y subjetiva que hoy vivimos la promoción de la salud mental aparece como un ideal lejano y titánico, requiere de un esfuerzo mancomunado de todas las instancias públicas y privadas que estén preocupadas por el tema, desde los organismos que el estado ha propuesto para la difusión y manejo del tema hasta los organismos sociales, colegios, barrios, propia familia, los grupos de amigos.

#### ***- Se Trabaja con Personas ... "Al Rescate de la Integralidad"***

Muchos de los programas de prevención están destinados a "Grupos de Riesgo", (los jóvenes por ejemplo) Estas clasificaciones no hacen más que aumentar la discriminación, por un lado y por otro, parcelar las necesidades de cada grupo.

Los programas pasan a ser específicos para una necesidad determinada y el "paciente" es visto desde esa necesidad, es así como los temas de salud mental son tratados desde la enfermedad y no desde la salud. Los proyectos deben ser integrales, la persona no se limita al apelativo impuesto, ni a la necesidad asignada, sino que, como cualquier ser humano, sus necesidades son diversas, en el ámbito de la salud, educación, afectividad, supervivencia, emocionales, diversión, etc...y cada programa debería dar respuesta a diversas necesidades de las personas a través de coordinaciones, derivaciones y sobre todo deben ser un aporte a la resignificación de la propia identidad.

#### ***- La Participación ... "Recuperando la Experiencia Colectiva".***

El proceso de prevención no puede ser visto como una serie de charlas dictadas por expertos sobre los temas de salud mental, con vocabularios técnicos y frases científicas, al contrario, el impacto de la prevención está centrado en talleres participativos con pequeños grupos de trabajo, donde tiene un énfasis importante la conversación cara a cara., generar vínculos, afectos. Es también importante dentro de la prevención la educación entre pares, es aquí donde se construyen los saberes en el intercambio de experiencias personales que se hacen colectivas y provoca el cuestionamiento y la transformación.

### **- *El Proceso Dialógico... "La Construcción de Nuevos Saberes"***

En esta modalidad educativa que llamamos talleres, cambia el concepto tradicional de educación, donde existe el educador, el que sabe, el que tiene la palabra, y el educando que es quien no sabe, quien es pasivo, el que aprende. En la experiencia de talleres todos sabemos, todos tenemos una experiencia acumulada con respecto a los temas y el rol del profesor aquí se pierde pasando a ser un "facilitador" del proceso educativo, es quien es capaz de sacar las potencialidades del grupo, el que escucha y puede hacer que los demás hablen y participen, el que acoge todas las posiciones y permite la participación.

Es de vital importancia el diálogo, las conversaciones que resultan de estos encuentros educativos, donde la relación de horizontalidad permite un intercambio entre los participantes del taller con un conocimiento de las cosas y un pensamiento propio y el facilitador que también posee un conocimiento tal vez distinto. El proceso dialógico permite la unión de ambos saberes y la generación de nuevos saberes que no es el tuyo ni el mío sino el nuestro.

### **- *La Rearticulación de las Redes Vinculares.. "El Ser con Otros"***

En lo que llevamos de trabajo en el COSAM es posible señalar que muchas de las patologías asociadas a la salud mental tienen causas centradas en sucesos negativos de la vida, pérdida de seres queridos, separaciones, desafectos... Al perder todo vínculo afectivo, o negarlo, la persona adopta identidades desesperadas y comienza el vagabundo, la droga como "posibilidad psíquica de la rebeldía"<sup>34</sup>, como escape a la pérdida de sentido, la delincuencia, la prostitución.

En alto Hospicio cohabitan una gran población de inmigrantes del sur del país como también de países vecinos, ellos también han roto sus redes vinculares, o por lo menos se mantienen distantes de ella. En los casos atendidos por depresión en el COSAM se reafirman la desarticulación de las redes y la necesidad de construir nuevos vínculos significativos.

Es de vital importancia la rearticulación de los vínculos en la construcción de una identidad con otros, Es necesario revertir esta situación y generar lazos de confianza, de amistad... cimiento para el fortalecimiento de la autoestima y por ende, del autocuidado y la prevención.

### **- *El Autocuidado v/s la Autodestrucción.. "Asumir la Propia Historia"***

En las consultas de salud mental se ven permanentemente procesos autodestructivos; el alcohol, la droga, autoagresiones, intentos autolíticos, etc..

Si los consultantes están viviendo estos procesos, malamente podremos hablar de autocuidado y prevención, sin hacer frente primero a los "por qué" de estas autoagresiones. Por lo general tienen que ver con que las historias pasadas no son pasadas sino recientes o siendo de larga data, aún no se le ha dado la cara, es imposible cerrar esa página del libro.

Es necesario acompañar en asumir la propia historia, darle la cara y cerrar la página, luego recién podemos hablar de autocuidado y prevención.

### - *La Pertinencia.*

Un programa de salud mental no puede ser estándar ni replicarse exactamente igual en diferentes ciudades ni países, ni siquiera en diferentes grupos. Debería ser pertinente a las características culturales de cada país y a las motivaciones de cada grupo específico, a sus expectativas y necesidades, a sus procesos históricos, hábitat, situación económica, a las diversidades existentes..

### - *Información v/s Educación.*

Si bien la información es un pilar fundamental para la prevención, un programa de salud mental que quiera lograr un impacto y no solamente cumplir con las tareas que se le encomiendan cuantitativamente, no puede conformarse con entregar decenas de charlas informativas sobre los temas que los equipos propongan, una persona puede estar muy bien informada y no prevenir riesgos. Lo que interesa es que las personas integren el conocimiento a la vida cotidiana y provoquen una transformación hacia un estilo de vida que potencie la salud mental, a través de la construcción de sentidos individuales y colectivos.

### - *La Formación de la Conciencia Crítica. "El Darse Cuenta"*

Para hacer prevención no basta sólo la información, es necesario educar, provocar conversaciones, compartir experiencias, cuestionar e incorporar el conocimiento, no solo por el conocimiento en sí. Se debe provocar un cuestionamiento crítico no sólo de la conducta, sino más bien del momento histórico que se vive y de como en este modelo nos volvemos seres cada vez más individuales, altamente comunicados ciberespacialmente pero cada vez más solos. Es difícil pensar que con un programa de salud mental se logrará cambiar las relaciones sociales y las conductas individuales, pero por lo menos debería inducir al "darse cuenta" del tipo de vida que se está viviendo y al cuestionamiento de ésta.

Podemos dar miles de charlas y no haber provocado un cambio de conducta, no es necesario ser experto en el tema, no es necesario tener un lenguaje técnico que al final nadie entiende, lo que sí hace falta es provocar la duda, el cuestionamiento y el acompañamiento para un cambio positivo hacia la salud mental

## *El Impacto Centrado en el Proceso.*

Solemos realizar proyectos en que miramos el impacto centrado en el producto o en el resultado, aplicamos el costo-beneficio, el ~~costo~~-efectividad. En un trabajo de este tipo son importantes los números, pero más allá de cuántas charlas ~~se~~ dieron y cuantas personas asistieron deben mirarse los procesos de enseñanza-aprendizaje, lo que sucede dentro de las charlas o los talleres, si ~~hay~~ crecimiento, si cambian las relaciones entre vecinos, si hay proyectos comunes, en fin, un sinnúmero de situaciones que no son el producto final y que éste muchas veces no lo contempla.

### *- El Equipo. "Transdisciplinario, Natural y Coherente"*

~~Es~~ claro que para realizar un trabajo de estas proporciones, en un sector con tanto daño como es Alto Hospicio, ~~se~~ necesita un equipo también especial. Cada uno de ~~sus~~ miembros es una parte del todo, si bien cada uno tiene su experticia y su experiencia, la pone al servicio del objetivo común. Debe estar dispuesto a ser facilitador más que protagonista y debe estar constantemente comunicado, coordinado y abierto al apoyo mutuo y al aprendizaje colectivo permanente.

Los equipos de salud tradicional no son precisamente de los que estamos hablando, por esta razón se necesitan personas con un compromiso especial. Algunas de las características principales son el ser natural y coherente; la naturalidad ~~es~~ una característica de profundidad ya que sólo la da el asumir tu propia historia y sus procesos, alguien que ~~se~~ ha dado el trabajo de entender su propia vida puede ponerse en el lugar del otro y compartir los procesos del otro, de no ~~ser~~ así, entonces la prevención es sólo un discurso.

Desde esta posición brota la coherencia, esta característica toma fuerza en la prevención, ya que el mensaje es bien recibido cuando ~~es~~ visible la coherencia del discurso y de la praxis, difícilmente se provoca un cambio de conducta en otros si uno mismo no la asume.

La horizontalidad es vital a la hora de la llegada y de la transmisión del mensaje. Aquí se valora la educación entre pares ya que éstos conocen las Características del grupo, el lenguaje, las vivencias, etc.

El modelo biomédico choca con esta mirada, puesto que estamos acostumbrados a una relación vertical entre profesionales de la salud y pacientes, los profesionales saben, los profesionales curan, hacen esperar, lo que dicen ~~es lo~~ correcto, no aparece la humanidad, sino más bien aparece una barrera entre las personas y una actuación según ~~el~~ rol, es decir una acción dramática.

## La Realización de Talleres

**Son un espacio de participación** democrática y activa, donde es muy importante relevar que:

- la verdad no está dada, se construye entre todos
- El sujeto está presente
- **Los** contenidos **son** compartidos
- Desarrolla Identidad
- Potencia Recursos personales, grupales y comunitarios
- Las técnicas y procesos son coherentes
- nunca se parte de **cero**
- nadie ignora todo, nadie sabe todo
- la información es sólo un apoyo.
- La educación es un proceso permanente
- El error es parte del proceso
- Pronunciar el mundo nos hace protagonistas
- Contribuyen al análisis social crítico
- La crítica es bienvenida
- La educación Libera
- Desarrollan la creatividad y la alegría
- Hacen circular la Felicidad <sup>35</sup>



En el COSAM hoy en día si bien hay una intención de hacer un trabajo en salud comunitaria centrada en las personas construyendo relaciones, posicionando a los sujetos y las sujetas, la verdad es que aun está el equipo encerrado en los boxes atendiendo "pacientes" y contándolos para el registro estadístico mensual. Habría que preguntarse por qué la declaración de Alma Ata, las conferencias, las declaraciones muestran una salud integral y comunitaria y en la realidad **no es** así. ¿Dónde está entonces el nudo que impide la concreción de los deseos de mejorar la salud en el mundo planteados por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y presentes en el Plan Nacional de Salud Mental?.

Las convicciones deben ir acompañadas de la formación de los equipos, no sólo en la teoría, porque asumir nuevos paradigmas para la salud es también asumir nuevos paradigmas para la vida. Es el desafío que nos planteamos en la formación de los nuevos profesionales que sean capaces de incorporar estas nuevas formas de pensar donde las disciplinas se complementan y se apoyan para una mejor comprensión de la realidad, que no puede quedar en el conocimiento por el conocimiento, sino que debe tender a la transformación de la realidad.

## Bibliografía

1. Patton (1978)
2. Bodgan y Taylor (1990). Introducción a los métodos cualitativos de la Investigación: Barcelona: Paidós
3. Vicente, Benjamin. Salud mental en la Región de Tarapacá. 2000
4. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Informe de Desarrollo Humano 1996.
5. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Informe de Desarrollo Humano 1998.
6. Planificación Participativa COSAM Alto Hospicio 2002. Documento
7. Segundo Taller de Diagnostico Participativo con Organizaciones de Base. Cosam • 2002. Documento
8. Primer Taller de Diagnostico Participativo con Organizaciones funcionales de Hospicio.  
Cosam • 2002. Documento
9. Bustos, Luis. Plenaria Encuentro del Ministerio de Educación Metodista. Iquique, Agosto de 2002.
10. Perez Carlos **Opus** Cit. Jornada Drogas construcción social de problemas y ciudadanía.  
Servicio de Salud Iquique. Iquique Agosto 2002.
11. Asún, Domingo. Jornada Drogas construcción social de problemas y ciudadanía.  
Servicio de Salud Iquique. Iquique, Agosto 2002.
12. Viguera, Patricia. "La Historia de Una ...La Historia de Todas". Editorial CEPAS. Coronel, 1999.  
Adaptación al tema de la salud mental.

# I

## Experiencia Clínica

# Enfermería en Salud Mental Comunitaria

Edda Bustos Benavides, Académico Escuela de Enfermería, Universidad de Chile, Santiago

## Introducción:

El estado de salud de las personas pertenece a la categoría de Derechos naturales, es decir, aquellos que emanan de la sola condición de ser humano. El objetivo general de las políticas de salud es garantizar el bienestar y acceso universal de la población a los servicios de salud integrales como un derecho ciudadano. Sus principios rectores son la solidaridad, equidad, participación, descentralización y satisfacción del usuario

Coherentemente con la alta prevalencia poblacional de los trastornos mentales y su probable incremento para el futuro, existe coincidencia respecto a la importancia y urgencia de desarrollar nuevos servicios de Psiquiatría y salud mental en Chile que respondan a las necesidades de las personas y al diagnóstico epidemiológico actual.

**Así surge el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, una forma concreta de fijar objetivos y metas y orientar acciones para elevar el nivel de bienestar y Salud Mental de los chilenos.**

El Plan Nacional de Salud Mental plantea un nuevo modelo de atención a la persona con Enfermedad Mental consistente en un cambio del enfoque desde la atención asilar tradicional a la Psiquiatría Comunitaria, donde la atención es entregada en una Red de Servicios cuyas características esenciales son:

- Centrado en el Nivel Primario de Atención.
- Con servicios de especialidad ambulatorios y cerrados que apoyen al nivel primario.
- Con una organización territorial de la atención de problemas y trastornos de Salud Mental.
- Integral en el sentido que atiende todo motivo de consulta de la población de un territorio determinado.
- Integrada donde cada instancia se interrelaciona con las demás de acuerdo a necesidades de los pacientes, sus familias y comunidad, Trabajo en Red.
- Con un enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario.

Que abarque desde la Promoción de la Salud Mental, la Prevención, detección, tratamiento integral y oportuno hasta la Rehabilitación psicosocial

Este Plan Nacional apuesta fuertemente a la integración de la Salud Mental en las estructuras de Salud Primarias y Secundarias con un fuerte énfasis en lo Preventivo y Promocional, fortaleciendo las redes sociales y los factores considerados protectores, teniendo siempre presente el bienestar psicosocial de personas, familiares y comunidades.

La Detección Temprana y el acceso a Tratamiento y Rehabilitación de personas con trastornos mentales y sus familias a través de acciones que tienden a que la persona utilice al máximo sus recursos y capacidades, las que quedan y puedan construir un contexto social normal y que lleguen a desenvolverse al mejor nivel posible.

Promoviendo la Reinserción Social de personas con enfermedades mentales, mediante la creación de redes de apoyo social para ellos y sus familias y evitando la estigmatización y aislamiento social.

## Enfermería en Salud Mental Comunitaria

El debate que se plantea hoy para el equipo **multiprofesional** y en especial para Enfermera es en torno al nuevo **rol** que nos **corresponde** frente a la alta **prevalencia** nacional de trastornos mentales y **su** probable incremento para el futuro, asumiendo la urgente necesidad de adherir al nuevo modelo de salud mental comunitaria desarrollando acciones de Promoción, Prevención del desequilibrio y también estrategias de cuidado integral con una actitud terapéutica para personas y familias que sufren enfermedad mental.

Para Enfermera es esencial una visión de las personas como seres Únicos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, **con** historia de vida personal, familiar y cultural que les son propias. Desde esta perspectiva Enfermera brinda cuidado dentro de una relación empática conducente a un desarrollo de las personas y superación de los problemas que les aquejan, teniendo en cuenta principios éticos como lo derechos de las personas y la satisfacción de necesidades fundamentales de alimento, abrigo, vivienda, tratamiento a **sus** problemas de salud mental y física, un cuidado digno y respetuoso resultan un imperativo en el ejercicio profesional.

La misión de la escuela de Enfermera es formar profesionales con competencias que les permitan responder de manera efectiva a las demandas reales de las personas, familias y grupos sociales, para lograrlo es necesario establecer alianzas con instituciones de salud e integrarse a un trabajo **interdisciplinario** y multisectorial.

Para cumplir estos propósitos en el campo de la salud mental y psiquiatría, nos integramos a un dispositivo de salud mental Comunitario (COSAM) y es el equipo de profesionales quienes nos invitan a trabajar con:

1. Grupo de personas con patología psiquiátrica de larga evolución, estabilizada, en control y tratamiento que asisten regularmente a COSAM actividades propuestas en el marco de la Rehabilitación social, familiar y en lo posible laborales.
2. Colaborar con intervenciones de ayuda para una familia que por largo tiempo ha expresado al sistema de salud múltiples necesidades y demandas que por **su** multiplicidad y complejidad se ha convertido en una situación crítica de difícil abordaje.
3. Trabajo personalizado con usuarios y sus familias que requieren un manejo integral, sea en **su** domicilio o en la institución.

Aceptamos el desafío, presentamos la siguiente propuesta de trabajo de Enfermería que se desarrolló entre los meses de **Abril** y diciembre del año 2005.

## *Fundamentos*

Enfermería de hoy siente la urgente necesidad de sumarse y avanzar en el nuevo modelo de Salud Mental Comunitario vigente en nuestro país y poner mayor énfasis en el desarrollo de prácticas sanitarias de Promoción de la salud, Prevención de enfermedades, Rehabilitación y Reinserción social del enfermo mental incluyendo a su familia y la comunidad.

En definitiva se trata de construir un nuevo Modelo de Cuidado de Enfermería en Salud Mental coherente con la Política Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Definimos Cuidado de Enfermería como un proceso interactivo por el que enfermera y enfermo se **ayudan** mutuamente para avanzar en su desarrollo, actualizarse y transformarse hacia niveles de mayor bienestar.

El cuidado de Enfermería considera dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y ambientales como factores importantes en la generación y mantención del desequilibrio, asimismo relevantes para la recuperación, rehabilitación y reinserción familiar, social y laboral.

En este contexto se pretende que el estudiante de enfermería, sea capaz de **ayudar** a conservar y restituir la salud mental y fomentar modos de vida conducentes a un funcionamiento adecuado, teniendo siempre presente que toda alteración individual necesariamente repercute en el funcionamiento de la familia y de la comunidad

## *Objetivos Generales:*

- 1.- Organizar y proporcionar cuidado de Enfermería a personas, familias y/o **grupos**, de acuerdo con el concepto de atención integral basado en sólidos conocimientos del área científica y humanista, aplicando el proceso de Enfermería como herramienta fundamental de la práctica profesional.
- 2.- Proponer y desarrollar intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida tanto de personas que sufren trastornos mentales, como aquellas que se encuentran en situaciones de riesgo, poniendo énfasis en la salud integral y potenciando entornos saludables.
- 3.- Desarrollar estrategias que satisfagan las necesidades que presentan las personas con discapacidad de causa psíquica, relacionadas con el contexto social y cultural, promoviendo una accesibilidad equitativa a la salud y mejorando su integración a redes de apoyo comunitario.

## *Objetivos Específicos:*

- 1.- Familiarizarse con el nuevo modelo de salud mental comunitario.
- 2.- Desarrollar el cuidado de Enfermería y una actitud terapéutica en la relación con el enfermo, la familia y la comunidad.

- 3.- Desarrollar habilidades para establecer una comunicación empática y conducir una entrevista, elementos fundamentales del quehacer profesional.
- 4.- Adquirir habilidad en el reconocimiento y búsqueda de formas de satisfacción de las necesidades de predominio psicológico tanto del individuo como de su grupo familiar.
- 5.- Aplicar el **proceso** educativo como estrategia para elevar el nivel de salud mental de la población, en la promoción de estilos de vida saludable, prevención del daño y recuperación y rehabilitación de las personas, en los distintos niveles de atención.
- 6.- Dar apoyo al enfermo y al grupo familiar mediante la entrega de información, análisis de situaciones, búsqueda de nuevas alternativas de solución de problemas y la utilización de técnicas para el control del desequilibrio.
- 7.- Orientar al individuo, familia y comunidad en medidas de promoción de la Salud Mental, tales como revisión de las relaciones familiares, fomento de los aspectos positivos de la relación y fortalecimiento de la capacidad de enfrentamiento de situaciones adversas.
- 8.- Reconocer capacidades residuales del enfermo mental y permitir el desarrollo de otras potencialidades que hagan útil a la persona.
- 9.- Fomentar la participación de la familia y comunidad en la prevención, la rehabilitación y la reinserción **del** enfermo mental.
- 10.- Evaluar la calidad e impacto del cuidado de Enfermería a nivel individual, familiar y comunitario.
- 11.- Contribuir al trabajo de salud mental, proponiendo sistemas de información que permitan articular formas de referencia y contrarreferencia del enfermo y **su** grupo familiar entre los diferentes niveles de atención.

## *Descripción*

Este trabajo se sustenta en la incorporación del alumno al equipo de profesionales del área asistencial, donde **desarrolla** una actitud analítica frente a los problemas de la psiquiatría y la salud mental. Además propone y **ejecuta** acciones de cuidado de Enfermería a enfermos, familias o grupos comunitarios en los diferentes niveles de atención

## Actividades Propuestas y Desarrolladas, durante el año 200

A.- Grupo de personas con patología psiquiátrica de larga evolución, estabilizada, en control y tratamiento que asisten regularmente a COSAM actividades propuestas en el marco de la Rehabilitación social, familiar y en lo posible laborales.

1.- Proponer, desarrollar y aplicar Instrumento de referencia y contrarreferencia, que facilite la derivación del enfermo entre los diferentes niveles de atención. (ANEXO 1)

2.- Proponer, desarrollar y aplicar Instrumento de Valoración Integral de la persona, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales culturales y ambientales, que permita identificar aspectos positivos posibles de potenciar para el desarrollo de la persona y también áreas problema que constituirán la base para la elaboración de plan de cuidados de enfermería. (ANEXO 2)

3.- Mantener sistema de Valoración integral continua de todos los usuarios, utilizando instrumento antes señalado:  
Identificación de problemas  
Cuidado específico de acuerdo a necesidades o problemas detectados

4.- Integrarse al equipo de Rehabilitación, organizando cuidados de Enfermería que contribuyan  
Al restablecimiento del equilibrio biológico  
Optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona dentro del contexto social y familiar  
Minimizar la probabilidad de recaídas  
Recuperar aspectos sanos de la persona y mejorar su Calidad de Vida  
Establecer un ambiente terapéutico que proporcione oportunidades para el logro de conductas de vida más adaptativas

5.- Estructurar y desarrollar trabajos con grupos de usuarios, teniendo como eje conductor el Desarrollo humano  
Mediante la implementación de diversas estrategias de interacción y comunicación, se pretende compartir experiencias de vida y conocimientos en forma horizontal y circular, donde cada persona se torne activo y responsable en la búsqueda de soluciones y formas de superación a los desafíos que encuentra en el diario vivir.

Temas propuestos y trabajados son:

- Autoestima
- Comunicación e interacción social
- Desarrollo de Habilidades para la vida
- Autocuidado en salud
- Estilos de vida saludables
- Participación en Red de apoyo social
- Otros de acuerdo a interés o necesidades de los usuarios.

6.- Sumarse a las actividades ya programadas por la comunidad de usuarios/ familiares o equipo de salud, que tengan relación con rehabilitación o reinserción social o laboral, apoyando su desarrollo.

## Actividades Propuestas y Desarrolladas, durante el año 2005:

B.- Colaborar con intervenciones de ayuda para una familia que por largo tiempo ha expresado al sistema de salud múltiples necesidades y demandas que por su multiplicidad y complejidad se ha convertido en una situación crítica de difícil abordaje.

C.- Trabajo personalizado con usuarios con patología psiquiátrica severa y sus familias, que requieren un manejo integral, sea en su domicilio o en la institución.

Propuesta de Enfermería en Salud mental comunitaria que se construye desde una mirada fenomenológica que nos lleva observar a las personas tal cual son, su acontecer, su visión de mundo, su historia personal y familiar con normas y valores, en fin, conocerlos desde su mundo subjetivo, sus conflictos, ideas, sentimientos, temores, angustias, sufrimientos, necesidades, sus desequilibrios e insatisfacciones, significados que dan a sus experiencias de vida personal y familiar.

Esta observación objetiva nos lleva a identificar los manifiestos desequilibrios o enfermedades orgánicas y mentales que les afectan ubicándolos en un entorno con todas sus deficiencias para la satisfacción de necesidades. Personas y entorno constituyen un conjunto de interrogantes, una realidad compleja que requiere ser conocida, analizada y comprendidas en un encuentro interpersonal significativo que nos conducirá a planificar en conjunto un plan de trabajo con acciones de cuidado integral, intervención de salud mental comunitaria multicausal, sistémica y biopsicosocial

Asumir el liderazgo de cuidado integral de personas y familias que desde la Óptica de la docencia se convierte en una situación de aprendizaje para los estudiantes de enfermería que cursan la asignatura de enfermería en Salud mental comunitaria.

Un escenario que permite al estudiante desarrollar una nueva forma de ver el mundo, conociendo una realidad que sobrecoge, aplicar los patrones de conocimiento de enfermería que llevan al análisis y reflexión y derivar en un cuidado eficiente y eficaz a personas y sus familias con condiciones de vida y de salud particulares.

### Propósito:

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y su familia, con énfasis en sus integrantes portadores de patología mental.

### Objetivos:

- Develar una realidad de vida de personas con patología psiquiátrica severa y sus familias, para aproximarse a lo que ellos esperan, necesitan, temen y merecen como enfermos y en especial como personas.
- A partir del genograma familiar caracterizar a sus integrantes, identificar necesidades, problemas, alianzas entre ellos y su relación con el entorno.
- Convocar a los equipos de salud comunitaria y actores sociales involucrados a definir en conjunto las estrategias conducentes a dar respuesta a cada una de las necesidades y problemas de salud de las personas y del entorno.
- Asegurar un enfoque biopsicosocial integral en todas las acciones de cuidado

## Actividades

- Aplicar proceso de atención de enfermería a partir de la valoración integral de todos los integrantes de la familia en estudio, en el marco de una relación interpersonal significativo y de confianza.
- Establecer una relación de cuidado terapéutico realizada en su propio hogar, que considera acercamiento a las prestaciones de salud que requieren de acuerdo a patologías y/o problemas de salud identificados.
- Educación y asesoría a la familia en la toma de decisiones acerca de las necesidades de atención de salud especializada para las personas con enfermedad mental, quienes permanecen sin control ni tratamiento.
- intentar acercar a las personas con enfermedad mental al equipo de salud especializado, con el propósito de confirmar diagnóstico y obtener un plan terapéutico actualizado.
- Visitas domiciliarias periódicas, con el propósito de identificar conductas anormales y analizar la repercusión que esto tiene en toda la familia.
- Brindar apoyo emocional permanente y desarrollar habilidades de autoayuda y solución de problema.;
- Iniciar actividades de rehabilitación social y laboral , como una forma de recuperar y fortalecer partes sanas o capacidades remanentes.
- Entrenamiento en habilidades de la vida diaria como alimentación, higiene, vestuario y otros, como una forma de recuperar armonía en el hogar.
- Fomentar el desarrollo de actividades laborales y apoyo mutuo, para mejorar sus condiciones de vida.
- Sensibilizar y convocar a instituciones sociales y de salud para la satisfacción de necesidades fundamentales identificadas.

## *Evaluación de resultados que permite medir efectividad y eficiencia de las intervenciones desarrolladas.*

Se estableció en conjunto con usuarios, familiares más comprometidos y los involucrados sociales, un plan de seguimiento que consideró:

- Manejo y evolución de las personas con enfermedades psiquiátricas severos
- Manejo y evolución de otros problemas de salud general identificados.
- Solución de los problemas médicos y sociales identificados

## Indicadores:

- Usuarios y sus familias harán uso de los servicios de salud, manifestando adherencia a controles médicos y a tratamiento indicado.
- Adherencia a tratamiento y disminución de la severidad de los cuadros psiquiátricos.
- Mejorar calidad de vida como consecuencia de alimentación diaria y equilibrada, abrigo y vivienda digna y funcional.
- Expresión de habilidades de socialización y armonía familiar.
- Desarrollo de actividades laborales productivas que permitan cubrir necesidades básicas.
- Reinserción de usuarios y sus familias a la comunidad.

- 
- Morrison: "Fundamentos de Enfermería en Salud mental"  
Harcourt Brace. 1ª Edición, Madrid 1999.
  - ISAACS: "Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría".  
Mac Graw-Hill Interamericana. 2ª edición • España 1999.
  - Hall y Redding: "Enfermería en Salud Comunitaria, un enfoque de sistemas"  
OPS/OMS • Washington D.C. 1990.
  - R. Florenzano, C. Carvajal: "Psiquiatría".  
Editorial Mediterráneo, Santiago - Chile. 1999
  - Criterios Diagnósticos de Investigación CIE 10:  
"Trastornos Mentales y del comportamiento".
  - Kotliarenko M.A. y otros. Resiliencia. Construyendo en adversidad.  
CEANIM • Santiago - Chile. 1996.
  - Jeanette Lancaster: "Enfermería Comunitaria"  
Editorial Interamericana, Mexico D.F. 1984.
  - Aunie Laurie Craroford: "Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental".  
Editorial El Manual Moderno México D.F. 1987.
  - Ministerio de Salud "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría", Chile 2000.



8383

WM29  
M665  
2005

**CENTRO DE DOCUMENTACION**

**MINSAL/OPS/OMS**



