

# **EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL, EN UNA COMUNIDAD DE LA CIUDAD DE CALI**

*Rosalba Mera R.\**

## **Resumen**

*El artículo presenta la planeación y el desarrollo de actividades de enfermería en salud mental, desarrolladas durante un período de diez años consecutivos, a fin de transmitir al futuro profesional el enfoque preventivo en la atención al individuo, la familia y la comunidad.*

## **Introducción**

La organización de actividades de salud mental a nivel ambulatorio, es un medio que permite brindar atención en esta área, a personas en diferentes etapas de la vida a fin de promover el desarrollo de comportamientos y actitudes que favorezcan la salud mental; identificar tempranamente patrones incipientes de inadaptación e intervenir oportunamente, previniendo la aparición de trastornos más graves en épocas posteriores. También facilita que las personas con trastorno mental puedan ser tratadas en su medio sociocultural, sin desplazamiento a instituciones especializadas o asistiendo a éstas, cuando la situación lo amerite.

\* Profesora asistente, Departamento de Enfermería, Facultad de Salud-Universidad del Valle. Magister en Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental.

Con relación a los problemas de salud mental, la información existente es escasa y no refleja la magnitud de la problemática. Estudios realizados en Latinoamérica muestran tasas de prevalencia para retardo mental que oscilan entre 10.0 y 33.5 por 1.000 habitantes y una frecuencia para epilepsia que varía entre 3.0 y 21.7 por 1.000 habitantes.

Para alcoholismo, estudios epidemiológicos realizados en Chile dan tasas de prevalencia aproximadamente del 5% para la población mayor de 15 años<sup>1</sup>.

Con relación a la salud mental infantil, estudios realizados reportan que del 13%, al 18% de todos los niños que entran en contacto con los servicios de salud de las zonas rurales, padecen de alguna forma de trastorno mental. En las zonas urbanas marginadas, ésta proporción alcanza al 25% o 30%<sup>2</sup>.

En Colombia, para 1981 las primeras cinco causas de morbilidad por consulta externa fueron: Sicosis esquizofrénicas, trastornos neuróticos, epilepsia, sicosis afectivas y retardo mental.

En cuanto a morbilidad siquiátrica por egresos hospitalarios, las cinco primeras causas correspondieron a: sicosis esquizofrénicas, sicosis afectivas, otras sicosis orgánicas, otras sicosis no orgánicas y trastornos neuróticos<sup>3</sup>.

- 1 GONZALEZ UZCATEGUI, René. Salud mental en América Latina: problemas y perspectivas. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LXXXI, No. 22, Agosto 1976, p. 96.
- 2 SARTORIUS, Norman Graham Philip. Salud mental infantil: experiencia de ocho países. Crónica de la OMS, Vol. 38, No. 5, 1984, p. 214-215.
- 3 MINISTERIO DE SALUD. División de Salud Mental. Macrodiagnóstico de salud mental. Subsector oficial directo. Bogotá, Colombia, 1981, p. 20-21.

En cuanto a epilepsia, estudios realizados en Colombia en las ciudades de Bogotá<sup>4</sup>, Girón<sup>5</sup>, y Jamundí (Valle del Cauca)<sup>6</sup> reportan tasas de prevalencia de 19,5%, 17% y 20% respectivamente.

Las políticas de la División de Salud Mental del Ministerio, enfatizan la integración de actividades de salud mental en los programas de los hospitales generales y centros de salud, proyectando estas acciones a la comunidad, a fin de aumentar la cobertura de atención y desarrollar acciones de promoción de salud mental.

Por tanto, los profesionales que integran el equipo de salud mental, deben estar capacitados para trabajar con el enfoque de atención primaria.

El profesional de enfermería como parte del equipo debe participar activamente en programas de atención y orientación al individuo sano y enfermo, su familia y el grupo de la comunidad al cual pertenece, utilizando los recursos existentes en la institución y en la comunidad.

Con tal propósito, el personal docente de la Sección de Siquiatría y Salud Mental del Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle, por 10 años consecutivos (1974-1984) realizó actividades educativas y asistenciales del área de influencia del Centro de Salud Santiago Apóstol, con el fin de transmitir al futuro profesional el enfoque preventivo en la atención al individuo y su familia y brindar atención de enfermería en salud mental a la comunidad mencionada.

- 4 GONZALEZ, I.; ARCINIEGAS, E.; TORRES, J. Prevalencia de la epilepsia en Bogotá, Colombia; NEUROL/COL., 1978, 28:90-94.
- 5 PRADILLA, G.; PUENTES, F.; PARDO, C. Prevalencia de enfermedades neurológicas, Girón, Santander. NEUROL/COL., 1984, 3: p.133-139.
- 6 ZUÑIGA, Arcesio; ANTOLINEZ, Bertha Rebeca. Prevalencia de enfermedades neurológicas en Jamundí, Valle, Colombia, 1984. Colombia Médica, Vol. 17, No. 3, 1986, p. 151-153.

A partir de esta fecha, por cambios de políticas de dicha institución, las acciones se continúan desarrollando en el Centro de Salud "LUIS H. GARCES" de la Unidad Regional de Salud de Cali.

El presente trabajo tiene como propósito describir las experiencias obtenidas en la realización de las actividades enunciadas anteriormente.

### **Marco de referencia**

Al evaluar las necesidades y problemas de una persona, es preciso considerar el ambiente familiar y social en el cual se desenvuelve, pues se ha demostrado que muchas de las enfermedades prevalentes están asociadas con estructuras sociales determinadas y con el comportamiento individual.

El tamaño de la familia, el funcionamiento de la misma, las relaciones entre sus miembros y las crisis que suceden en un momento dado, guardan relación con el estado de salud de los miembros. Es así como los problemas que padece un miembro de la familia afectan el nivel de funcionamiento individual y este a su vez, altera el funcionamiento de la familia como grupo.

Igualmente, los factores sociales incluyen en la vida emocional de las personas y de las familias: el desempleo, el subempleo, el hacinamiento y la falta de oportunidades, pueden ocasionar frustraciones, dificultades en la adaptación, desorganización en las familias y por consiguiente aumentar el riesgo de enfermedad mental.

Un ambiente familiar funcional, conjuntamente con el crecimiento y desarrollo de sus miembros, puede facilitarse mediante intervenciones educativas y asistenciales, que ayudan a sus integrantes a comprender los cambios biosociales que suceden en las diferentes etapas de la vida, a buscar formas constructivas de adaptación y a participar en la búsqueda y ejecución de alternativas de solución a los problemas del diario vivir, aprovechando los propios recursos y los que el medio le ofrece. Caplan al respecto dice: "La resistencia al trastorno mental puede aumentarse, ayudando al individuo a extender su repertorio de habilidades efectivas, para resolver problemas, de manera que no necesite recurrir a formas regresivas, no ba-

sadas en la realidad o socialmente inaceptables, al enfrentar las situaciones difíciles”<sup>7</sup>.

### **Objetivos generales**

1. Planear y desarrollar actividades tendientes a la promoción de la salud mental.
2. Proporcionar atención de enfermería al individuo sano o enfermo y su familia, para contribuir a la promoción, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas con trastorno mental.

### **Objetivos específicos**

1. Brindar orientación en salud mental al individuo y su grupo familiar, con base en las necesidades identificadas durante la visita familiar.
2. Por medio de la evaluación del estado físico y mental del individuo, identificar situaciones específicas o problemas emocionales que requieran intervención de enfermería y remitir a otros profesionales cuando se requiera atención especializada.
3. Brindar educación sobre salud y enfermedad mental a las personas que asisten a consulta al centro de salud.
4. Proporcionar atención de enfermería al individuo con alteración mental por medio de la entrevista de apoyo terapéutico y orientación a los miembros del grupo familiar.

7 CAPLAN, Gerald. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires. Paidós, 1966.

## Metodología

### *Descripción del área*

El Centro de Salud Santiago Apóstol, estaba situado en la zona suroriental de Cali y cubría los barrios de: San Carlos, Jardín y Boyacá, con una población aproximada de 20.000 habitantes, pertenecientes a clase socioeconómica baja, en su gran mayoría. Este centro, ofrecía a la comunidad servicios de salud, de educación, recreativas y de bienestar social.

En el área de salud tenía programas de control prenatal, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, vacunación, atención a personas hipertensas, diabéticas y consulta médica al adulto y al niño.

### *Procedimientos*

Luego de un reconocimiento del área de influencia y de la divulgación de las actividades a realizar, se llevó a cabo el entrenamiento en salud mental al personal auxiliar de la institución.

La detección de personas que requieran ayuda, se obtuvo mediante los registros médicos y de enfermería y las visitas familiares programadas por el personal de la entidad.

Seguidamente, se les practicó visita familiar para evaluar su estado emocional y brindar la información pertinente.

También, se organizó la consulta de salud mental, buscando dar continuidad en la prestación del servicio tanto en período académico como no académico. Esta actividad ha sido ofrecida por una docente especialista en el área, que atiende las personas que requieren atención de enfermería, trabaja coordinadamente con el equipo de salud y hace las remisiones correspondientes.

### *Actividades realizadas*

De acuerdo con los objetivos planteados, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- **Visita familiar.**
- **Entrevista de apoyo terapéutico.**
- **Educación a grupos comunitarios.**

### *Visita familiar*

- a) **Se realizaron visitas a familias consideradas “sanas,” porque éstas no habían consultado al centro de salud por problemas emocionales, o éste no había sido identificado por el personal auxiliar durante las visitas del programa a su cargo. El fin era realizar actividades tendientes a la promoción de la salud mental. A través de la entrevista con la madre o con una persona adulta y mediante la aplicación de una guía, el estudiante obtenía información relacionada con: características sociodemográficas, valores, creencias, costumbres y tipo de comunicación más frecuente utilizada, existencia de normas y flexibilidad de las mismas, motivos de preocupación más frecuentes en la familia, empleo del tiempo libre y estado de salud de los miembros del grupo. Cuando algunos de estos individuos padecía trastorno orgánico, se exploraba la aceptación y cumplimiento del tratamiento, la participación familiar en el mismo o se hacían las remisiones correspondientes.**

Del análisis de la información obtenida, se identificaba las actitudes positivas hacia la salud mental que ameritaban un reforzamiento, al igual que los factores de riesgo modificables mediante la educación y la orientación hacia la búsqueda y ejecución de alternativas de solución más constructivas, las cuales daban las bases para planear, ejecutar y evaluar las actividades.

- b) **En las familias donde existía una persona con problema emocional, las visitas se realizaron para identificar: el comportamiento del enfermo en la vida cotidiana, actitud de los miembros del grupo hacia el mismo y fuentes de tensión familiar; brindar orientación acerca del manejo del paciente y hacia la búsqueda y ejecución de alternativas**

de solución a las situaciones encontradas, aprovechando los recursos familiares e institucionales. Si la persona que ameritaba la ayuda era un escolar, se hacía contacto con el profesor, para conocer su percepción acerca del estudiante y ofrecerle pautas para su orientación.

### *Entrevista de apoyo terapéutico*

Al individuo con dificultades emocionales se le realizó seguimiento por medio de entrevistas de ayuda terapéutica, a fin de explorar la percepción acerca de su propia experiencia, el autoconcepto, manejo de situaciones difíciles y la interacción con su familia y su grupo social; brindar apoyo emocional, orientar sobre importancia de continuar el tratamiento y hacia la búsqueda y ejecución de alternativas de solución a los problemas planteados. La entrevista se realizó una vez por semana, con una duración de más o menos 30 minutos, en el domicilio de la persona o en el centro de salud, de acuerdo a las circunstancias. El tratamiento farmacológico era prescrito por el médico del centro en su gran mayoría y el resto en instituciones especializadas. Las actividades se consignaban en los registros establecidos en la institución.

### *Educación a grupos comunitarios*

- a) Se realizaron charlas educativas, a las personas asistentes a las consultas de los programas ofrecidos por la institución, con una duración aproximada de 30 minutos. Inicialmente, el tema se seleccionaba con base en el tipo de consulta que la persona esperaba, (ejemplo: en la consulta pediátrica, el tema se orientaba a la importancia de la salud mental del niño y factores que favorecen la misma) y posteriormente, por las inquietudes y sugerencias de los mismos participantes.
- b) Se realizaron actividades educativas y recreativas, a grupos escolares, de embarazadas, personas hipertensas y diabéticas. Estas actividades se llevaban a cabo una vez por semana, durante más o menos una hora. En la primera reunión se explicaba al grupo el objetivo de la actividad, la frecuencia y con las inquietudes y sugerencias de los participantes se estructuraba el programa el cual era conocido con anterioridad por todos los asistentes.



## **Análisis de resultados**

La presentación de los resultados de este trabajo, se ha organizado en dos partes:

En la primera, se analiza las situaciones y problemas de salud mental encontrados en las familias estudiadas. En la segunda, se describe algunas características de los grupos familiares.

Durante el período del trabajo se atendieron 230 familias.

En 150 familias (65.2%), se realizaron visitas, con el fin de trabajar a nivel de promoción de la salud mental.

En las 80 familias restantes (34.8%), se llevaron a cabo visitas familiares y la entrevista de apoyo terapéutico, por existir en cada grupo familiar personas con problemas emocionales.

### **Situaciones de salud mental identificados**

Al analizar las 230 familias atendidas, se encontró en los primeros tres lugares: dificultad en las relaciones interpersonales con un 34.6% (101); presencia de cuadros angustiosos y depresivos 24% (70) y situaciones especiales de la adolescencia 8.2% (24). Sigue en frecuencia: dificultades en el aprendizaje, neurosis, cuadros sicóticos, epilepsia, retardo mental, drogadicción, alcoholismo y dificultad en las relaciones sexuales (Cuadro 1).

Según la distribución por edad y sexo de las personas que presentaron dificultad en las relaciones interpersonales, el primer lugar correspondió al grupo de 13 a 24 años de edad con un 44.5% (45), seguido por los de 46 años y más con 31.6% (32) y en tercer lugar el grupo de 25 a 45 años de edad con un 13.9% (14). En cuanto a sexo, el mayor porcentaje correspondió al grupo de mujeres 59.4%. (Cuadro 2).

Retomando lo anterior, el mayor número de personas con dificultad en las relaciones interpersonales se encuentra en el grupo de 13 a 24 años de edad. Uno de los factores que podría explicar esta situación, son los com-

portamientos que se generan por los cambios biosociales que se presentan en la adolescencia, los cuales pueden originar interferencias en el proceso de la comunicación y ocasionar alteraciones a nivel individual y familiar.

**CUADRO 1**  
**SITUACIONES Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**  
**ENCONTRADAS EN LAS 230 FAMILIAS ATENDIDAS**

Situación o Problema	Número Personas	%
- Dificultad en las relaciones interpersonales	101	34.6
- Cuadros angustiosos y depresivos	70	24.0
- Situaciones especiales de la adolescencia*	24	8.2
- Dificultad en el aprendizaje	22	7.5
- Neurosis	22	7.5
- Cuadros sicóticos	12	4.1
- Epilepsia	11	3.8
- Retardo mental	10	3.4
- Drogadicción	8	2.7
- Alcoholismo	7	2.4
- Dificultad en las relaciones sexuales	5	1.7
<b>TOTAL</b>	<b>292</b>	<b>99.9%</b>

\* Comportamientos originados por los cambios biosociales propios de la adolescencia, en ausencia de enfermedad mental.

**CUADRO 2**  
**PERSONAS CON DIFICULTAD EN LAS RELACIONES**  
**INTERPERSONALES SEGUN EDAD Y SEXO**

Grupos de Edad	SEXO				Total
	Hombres		Mujeres		
	No.	%	No.	%	
Menores de 13	4	4.0	6	6.0	10
13 a 24	16	15.8	29	28.7	45
25 a 45	5	5.0	9	8.9	14
46 y más	16	15.8	16	15.8	32
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>40.6</b>	<b>60</b>	<b>59.4</b>	<b>101</b>

Aspecto a tener en cuenta en esta problemática, es que las dificultades en las relaciones interpersonales originan conflictos a nivel de la familia y son susceptibles de mejoramiento, al ser tratados oportunamente a nivel ambulatorio.

Con relación al total de las personas que presentaron cuadros de ansiedad y depresión (70), el mayor número (49) correspondió a situaciones de ansiedad y el resto a depresión (21).

Las personas que presentaron cuadros de ansiedad, en su gran mayoría eran adultos, seguido por escolares y adolescentes. Entre los motivos causantes de ansiedad los principales fueron problemas económicos y de interacción a nivel familiar, escolar y laboral.

De las 21 personas que presentaron cuadros depresivos, la tercera parte (8) presentó ideas e intentos de suicidio, por lo cual fueron remitidos a consulta especializada.

Con relación a lo encontrado en el tercer lugar, (situaciones especiales de la adolescencia), los padres de familia consideraban los comportamientos

de sus hijos como sinónimo de enfermedad, ya que alteraba la interacción entre los miembros del grupo familiar o aumentaban las dificultades existentes, especialmente entre padres e hijos o entre las parejas. También, la actitud tanto de los padres como del mismo adolescente frente a la situación de conflicto, hacía que el manejo de la misma se tornara aún más difícil.

Es de interés destacar que las situaciones encontradas en las familias, frecuentemente estaban asociadas con escasos recursos económicos, desempleo, alimentación y saneamiento ambiental deficientes y reducidas, inexistente o inadecuada recreación; aspectos éstos que influyen negativamente en el estado de salud física y emocional de las personas y de la familia como grupo.

Con base en lo anterior y retomando lo expuesto en el marco de referencia, la mayoría de las situaciones de salud mental encontradas en las familias son de manejo ambulatorio, lo que amerita realizar actividades comunitarias, tendientes al fomento y mantenimiento de la salud mental, para orientar a las personas en la búsqueda de alternativas más constructivas en el manejo de las situaciones del diario vivir. También identificar tempranamente personas con factores de riesgo para la salud mental, a fin de ofrecer un tratamiento oportuno y evitar cuadros severos de patología mental en épocas posteriores, dificultándose de esta forma su manejo y rehabilitación correspondiente.

#### *Características de las familias*

Con relación al tamaño de las familias, se encontró en promedio, 8 personas por grupo familiar.

La distribución por edad de las personas que conformaron los grupos, es la siguiente: el mayor porcentaje, 36% (633) para el grupo de 13 a 24 años de edad, seguido por los de 25 a 35 años con 21,4% (377) y en tercer lugar, los de 46 y más años de edad 16,4% y el resto para otros grupos (Cuadro 3).

**CUADRO 3**  
**DISTRIBUCION DE PERSONAS DE LAS FAMILIAS ESTU-**  
**DIADAS SEGUN GRUPOS DE EDAD**

Grupos de Edad en Años	Número	%
Menores de 5	121	6.0
5 a 12	210	12.0
13 a 24	633	36.0
25 a 35	377	21.4
36 a 45	128	7.3
46 y más	289	16.4
<b>TOTAL</b>	<b>1.758</b>	<b>100%</b>

### Conclusiones y recomendaciones

El considerar la familia como unidad de atención, permite identificar el funcionamiento de esta institución como grupo, evaluar el estado de salud de todos sus miembros, reforzar comportamientos y actitudes positivas hacia la salud mental, identificar factores de riesgo e influir sobre estilos de vida individuales o familiares potencialmente nocivos para la salud mental. También lograr la participación activa de la familia en el tratamiento y rehabilitación de las personas con alteración emocional.

Las situaciones de salud mental encontradas más frecuentemente en las familias atendidas fueron: dificultad en las relaciones interpersonales, cuadros angustiosos y depresivos y las situaciones especiales de la adolescencia, situaciones éstas que en su gran mayoría son de manejo ambulatorio, lo que amerita programas en la comunidad, tendientes al fomento y mantenimiento de la salud mental, la identificación precoz, el tratamiento y la rehabilitación adecuada de las personas con alteración emocional.

Es importante brindar educación a las familias sobre el proceso de crecimiento y desarrollo del individuo, sus necesidades y la forma de satisfacerlos, a fin de facilitar un ambiente que permita el desarrollo sano de la persona.

El desarrollo de actividades de salud mental a nivel ambulatorio, facilita que las personas con trastorno mental puedan recibir tratamiento en su medio, sin romper los vínculos emocionales y sociales habituales y asistiendo a las instituciones especializadas solo en casos específicos.

El integrar actividades de salud mental en los programas generales de salud, contribuirá al fomento de la salud mental de los usuarios, las familias y la comunidad; a la identificación temprana y al tratamiento y rehabilitación adecuada de los individuos con alteración emocional, teniendo en cuenta a la persona en su contexto familiar y social.

## Bibliografía

- ACKERMAN, Nathan W. Diagnóstico y tratamiento de relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- BOWIBY, John. Los cuidados maternos y la salud mental. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 164, 1968.
- CALDERON, Guillermo. Salud mental comunitaria. México, Trillas, 1983.
- CAPLAN, Gerald. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- COBOS, Francisco. Psiquiatría infantil, Bogotá, Pluma, 1980.
- COLOMBIA, MINISTRO DE SALUD. Dirección Atención Médica. División de Salud Mental. Macrodiagnóstico de Salud Mental. Subsector Oficial Directo, 1981.
- \_\_\_\_\_. Dirección de Atención Médica, División de Salud Mental. Manual general de organización. Modelo normativo para enfermería. Vol. I, II, 1982.
- ERIKSON, Erik R. Infancia y sociedad. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- MAY, A. R. Kahn et al. La salud mental de los adolescentes y los jóvenes. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1971 (cuaderno de Salud Pública 41).

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Necesidades de salud de los adolescentes. Ginebra OPS/OMS, 1977. (Serie de informes técnicos).
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Dimensiones sociales de la salud mental. Washington, Publicación Científica No. 44, 1983.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Salud mental y desarrollo sicosocial del niño. Ginebra. (Serie de informes técnicos 613), 1977.
- \_\_\_\_\_. Atención de salud mental en los países de desarrollo: Análisis crítico de los resultados de las investigaciones. Ginebra, 1984. (Serie de informes técnicos 698), 1984.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Serie PALTEX No. 1, Washington, 1983.
- ROBERT C., Kolodny; WILLIAM H., Master; JOHNSON, Virginia E. Tratado de medicina sexual. Barcelona. Salvat. 1985.
- SHIRES, David, HENNEN, Brian K. Medicina Familiar. México, McGraw-Hill, 1983.
- UCROS CUELLAR, Antonio. Medicina del adolescente.