

19

Enfermería en Salud Mental

*Informe de Reunión,
San Juan, Puerto Rico,
9-10 de Febrero de
1998*

Marzo de 2000

**Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de
Salud (HSO)**
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)



*Organización Panamericana de la
Salud*
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2000

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ASPECTOS PRINCIPALES	5
3. ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES PLANIFICADAS	7
4. PROGRAMA DE SALUD MENTAL - OPS/OMS	14
5. . AGRESIÓN: ELEMENTO PARA VIOLENCIA (POLÍTICO, SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICO)	25
6. .. ACERCAMIENTOS INNOVATIVOS PARA ALCANZAR LAS NECESIDADES DE SALUD DE UN PAÍS: UN CASO DE ESTUDIO.....	39
7. . INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA PERSPECTIVAS Y RETOS DE LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA PARA EL SIGLO XXI.....	53
8. “EMPODERAMIENTO” PARA EL SIGLO XXI - APOYO PARA LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y FAMILIAS.....	59
9. . LA CURACIÓN INDÍGENA: UNA AYUDA O UN IMPEDIMENTO EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD MENTAL.....	77
10. ... EDUCACIÓN POST-BÁSICA EN ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: UNA METODOLOGÍA NO TRADICIONAL.....	85
11. SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE JAMAICA	93
12. NOTAS PARA UNA CONCEPCIÓN CRÍTICA DE LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL	99
13. EDUCACIÓN A DISTANCIA COMO UNA ESTRATEGIA DE DESARROLLO DE PODER	121
14. MANUAL DE AUTOAYUDA PARA MUJERES ADULTAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.....	126
15. . PANEL DE ESPECIALISTAS CLÍNICAS SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA	129
16. ... LOS PERFILES DEL MMPI-A DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES Y NORMALES.....	131
ANEXO A: AGENDA.....	133
ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES.....	135

1. INTRODUCCIÓN

El decenio de 1990 se ha caracterizado por el énfasis puesto en la reforma de los sistemas de salud en la mayoría de los países, en el marco de un proceso general de reforma del Estado. Dicha reforma afecta la forma de planificar, financiar, proporcionar y evaluar los servicios de salud. Si bien ciertos aspectos de la reforma varían de un país a otro, hay elementos de la misma que son comunes a todos ellos. Existe una preocupación creciente sobre los costos y la relación costo-beneficio de los servicios, velando al mismo tiempo por brindar una cobertura básica de atención de la salud. Paralelamente, se tiende a reducir el tamaño de los gobiernos y a embarcarse en un proceso constante de descentralización. Visto el renovado hincapié que se hace en la participación social, y dado que el personal de enfermería conforma entre el 50% y el 80% de la fuerza laboral en el ámbito de la salud, la participación activa de la enfermería en el proceso de reforma ya aludido resulta esencial.

Conforme se avecina el año 2000, y en vista del avance registrado en el logro de la meta de la Salud Para Todos, la OMS/OPS y nuestros gobiernos miembros están profundizando su compromiso en favor de esa meta y de los principios que deberán orientar nuestra labor futura. Las personas que integran el personal de enfermería, y los trabajadores de salud que las mismas supervisan, constituyen el contacto constante y más estrecho del sector de salud con los individuos, las familias y la comunidad en todos los entornos de atención de salud. Por ello, los servicios de enfermería y de atención de salud que esas personas brindan deberán constituirse en piezas fundamentales de los programas, proyectos e intervenciones que se formulen para colmar las carencias en cuanto a estado de salud y acceso a la atención de la salud, carencias éstas que son una realidad para los grupos vulnerables de nuestros países.

Las enfermeras en salud mental psiquiátrica, desde su óptica biopsicosocial, aportan al cuidado de los pacientes y sus familias intervenciones de calidad, resultados seguros y mejorados con oportunidades para el fomento de la salud mental, la enseñanza, el mantenimiento terapéutico, la integración con todo el espectro de intervenciones, y la colaboración interdisciplinaria con otros proveedores de atención de salud. Estas funciones establecidas de la enfermería se enmarcan en la práctica de la enfermería de salud mental psiquiátrica, y son recibidas en forma positiva por los pacientes y sus familias.

La enfermería en salud mental y psiquiátrica y en adicciones comprende el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas efectivos o potenciales de salud mental o adicción.

Se trata de un campo especializado de la práctica de la enfermería que utiliza las teorías del comportamiento humano como ciencia y la dedicación de sí mismo/a a un buen propósito como arte. Las enfermeras en salud mental-psiquiátrica y en adicciones brindan una atención que incluye los servicios constantes e integrales requeridos para el fomento de la salud mental óptima, la prevención de enfermedades mentales y adicciones, el tratamiento para el mantenimiento de la salud y/o la derivación de los casos de problemas de salud mental y física, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales y sus secuelas y rehabilitación. Debido a su alcance, la enfermería en salud mental-psiquiátrica y adicciones es una disciplina holística, que hace hincapié en las necesidades y los puntos fuertes de la persona en su totalidad. Las enfermeras en cuestión aplican la teoría a los fenómenos humanos a través de los procesos de evaluación, planificación, intervención o tratamiento y nueva evaluación. Las teorías que constituyen la base de la enfermería de salud mental-psiquiátrica y sobre adicciones se nutren de distintas fuentes, que incluyen factores biológicos, culturales, ambientales, psicológicos y sociológicos, además de la propia enfermería.

La atención y el cuidado han sido, y siguen siendo, el elemento básico del suministro de los servicios de enfermería. Los adelantos científicos del último decenio están cambiando la comprensión que se tiene del cerebro humano, las enfermedades mentales y los tratamientos bioquímicos de los trastornos mentales. Las enfermeras psiquiátricas deben integrar constantemente las neurociencias, y en su práctica profesional en particular, la psicofarmacología, para brindar una atención segura y eficaz a las personas con enfermedades mentales, y fomentar el progreso de la especialidad. Las enfermeras psiquiátricas forman parte de los profesionales de la atención primaria de salud que se ocupan a diario del tratamiento a largo plazo de pacientes psiquiátricos, en el proceso continuo de prevención, diagnóstico, tratamiento, mantenimiento y rehabilitación. Vista la actual variedad de tratamientos posibles, ese cuidado de enfermería obliga a prestar suma atención a los problemas médicos conexos y a las interacciones complejas entre hechos conductuales, emocionales, fisiológicos y psicofarmacológicos. Las enfermeras en salud mental psiquiátrica tienen características singulares en el sentido de que su adiestramiento y experiencia les permite evaluar las necesidades tanto biológicas como psicosociales de los pacientes. Las intervenciones de enfermería ofrece a los pacientes y sus familias una atención de gran calidad en forma rentable. Las enfermeras en salud mental psiquiátrica de todo el mundo seguirán perfeccionando y demostrando su función de creciente importancia en el campo de la salud mental.

Del 8 al 11 de febrero de 1998, un grupo de destacadas personalidades en la enfermería de salud mental de la Región de las

Américas se reunió en San Juan, Puerto Rico, para llevar a cabo una consulta grupal sobre cuestiones actuales y estrategias para mejorar los servicios y programas de salud mental a través de la enfermería.

La reunión tuvo lugar en el Club del Profesorado del Recinto Universitario de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, y contó con el copatrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Puerto Rico y el Secretario de Salud de Puerto Rico.

1.1 LA REUNIÓN TUVO LOS SIGUIENTES OBJETIVOS

- Proporcionar información actualizada sobre enfermería de salud mental y psiquiátrica para las enfermeras puertorriqueñas y preparar una videocinta sobre ciertas presentaciones, para utilizarlas en el futuro.
- Analizar experiencias pasadas y presentes de cooperación técnica en enfermería de salud mental y formular recomendaciones para trabajos futuros a cargo de la OPS, en colaboración con otros socios, para mejorar los servicios de salud mental a través de la enfermería.
- Reunir las ponencias en un documento científico-técnico sobre enfermería de salud mental para distribuirlo en la Región.

1.2 PARTICIPANTES

Este destacado evento incluyó a participantes de nueve países miembros, representantes de los Centros de Colaboración de la OMS, asociaciones de enfermería y otras personas interesadas provenientes de toda la Región.

2. ASPECTOS PRINCIPALES

Se trataron los siguientes temas comunes a toda la Región en el ámbito de la enfermería en servicios de salud psiquiátrica y mental:

2.1 ELEMENTOS POSITIVOS

- Experiencias positivas en la Región:
 - La enfermera de atención primaria psiquiátrica en Belice y Guyana;
 - Proyecto del Banco Mundial sobre la reforma de salud mental en Jamaica; y
 - Proyecto Rockefeller sobre educación de las enfermeras psiquiátricas: reunión de Italia.
- Pruebas del funcionamiento de la red de enfermeras de salud psiquiátrica y mental.
- Ejemplos de enfermeras líderes competentes y bien preparadas.
- Ejemplos de buenos programas de especialización.

2.2 PROBLEMAS

- Con frecuencia, una asignación en enfermería psiquiátrica se considera un castigo. Al igual que otros campos clínicos, los servicios de enfermería sufren una escasez grave de personal, y una mala distribución del mismo.
- Material didáctico inadecuado (idioma/cultura/nivel de desarrollo).
- En algunos países, los programas básicos de enfermería (profesionales y auxiliares) no preparan a las enfermeras para prestar servicios de salud mental y psiquiátricos a nivel de atención primaria.
- Preparación en especialidades: acceso insuficiente para las enfermeras que ocupan cargos destacados (servicios y educación).
- El contenido didáctico en cuanto a enfermería de salud mental está “menos” integrado en los programas de estudio.

2.3 OPORTUNIDADES

- El Programa de Salud Mental de la OPS considera que las enfermeras son proveedoras claves de servicios.
- La salud mental y las enfermedades psiquiátricas son objeto de renovada atención.
- Se hace nuevo hincapié en los enfoques interdisciplinarios.
- Proyectos regionales sobre depresión y epilepsia.
- Reestructuración de la atención psiquiátrica - Nuevas oportunidades para la enfermería psiquiátrica a nivel comunitario.
- Estado profesional de los trabajadores de salud y valoración de los aportes de distintas disciplinas.

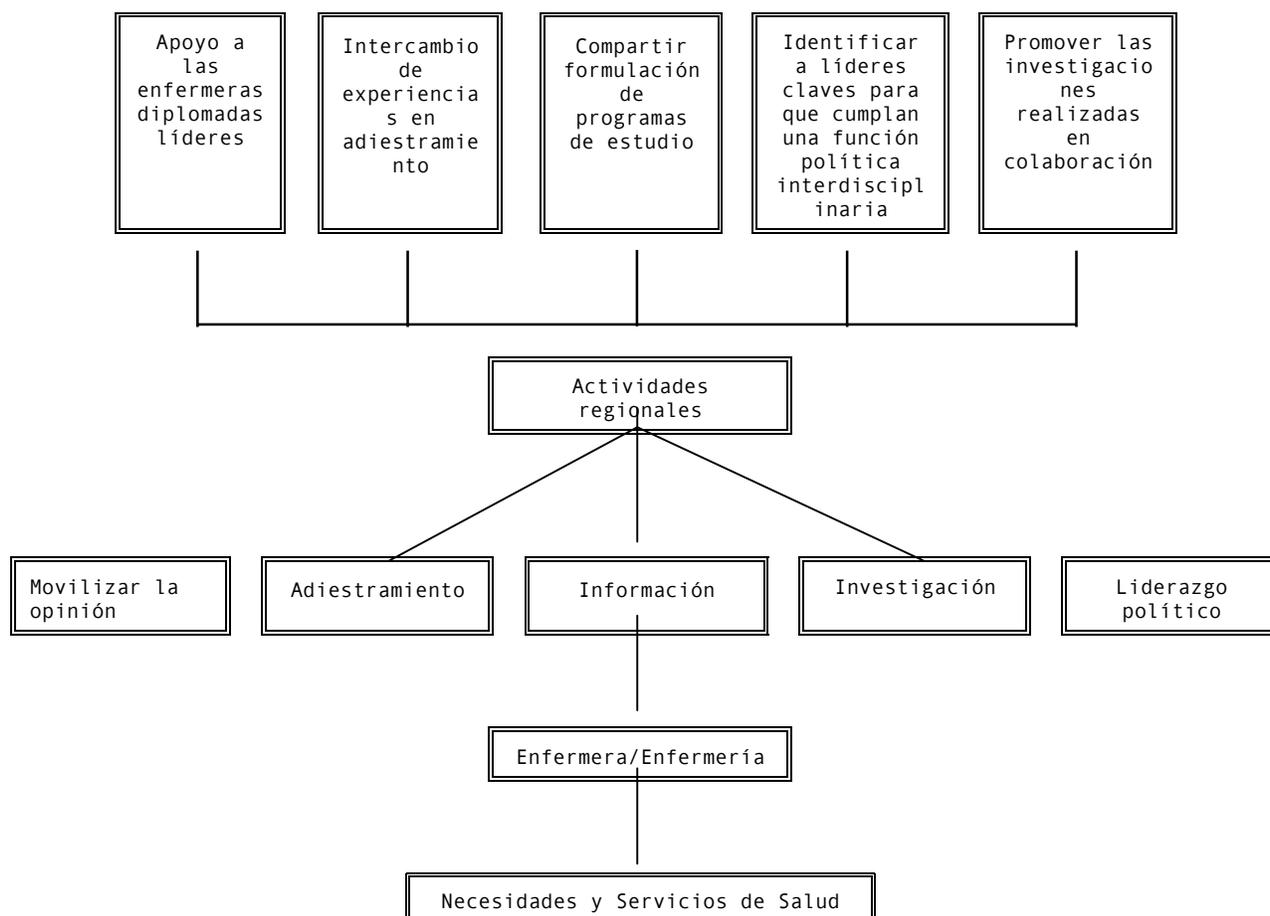
2.4 PELIGROS

- Desvalorización de la profesión, debido, en parte, a problemas de género.
- Las enfermeras no están incluidas en las actividades interdisciplinarias.
- Las enfermeras no figuran en la lista de consultores para trabajos interdisciplinarios.
- Las estructuras de enfermería se van perdiendo en las reorganizaciones del sector de salud.
- La educación en especialidades tiene un carácter cada vez más interdisciplinario y las enfermeras tienen acceso limitado a esos programas.

3. ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES PLANIFICADAS

Cinco grupos, en representación de tres subregiones, Puerto Rico y el nivel regional, analizaron estas cuestiones y tendencias, y propusieron estrategias para trabajos futuros que serán llevados a cabo por la OPS con los países miembros y con los socios representados en la reunión. Los allí presentes se comprometieron a responsabilizarse por tareas específicas que deberán llevarse a cabo, y a trabajar en constante colaboración. No obstante, pese a la existencia de estrategias comunes, se pueden observar ciertas diferencias.

3.1 ESTRATEGIAS GRUPALES REGIONALES



3.2 GRUPO REGIONAL –ACTIVIDADES PLANIFICADAS

- Apoyo al liderazgo de enfermería en salud pública mental, por medio de artículos del *APNA Journal* (Boletín de la Asociación Estadounidense de Enfermeras Psiquiátricas) en los que se entrevistó a enfermeras de América Latina y Central. (APNA).
- Respaldo a un centro de intercambio de documentación existente sobre enfermería de salud pública mental (Universidad de Puerto Rico).
- Actualización de información sobre las normas correspondientes a la práctica de la enfermería clínica, para un taller de enfermeras de salud pública mental. Sitios subregionales seleccionados (Asociación Estadounidense de Enfermeras, o ANA).
- Recopilar programas de estudio adicionales en los sitios (escuelas de enfermería), para someterlos al análisis de un panel de expertos interdisciplinarios, a fin de seleccionar los componentes básicos y necesarios y los ámbitos que hay que resaltar; determinación de ventajas y carencias. El resultado final de esta labor se compartirá a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Elaborar un cuadernillo de normas sobre “¿cómo formar enfermeras con carácter de líderes políticas en el campo de la salud pública mental?” (ANA y ANF [Fundación Estadounidense de Enfermeras]).

3.3 GRUPO DEL CARIBE –ESTRATEGIAS

3.3.1 Estrategia No. 1

Incrementar el nivel educacional de las enfermeras en salud mental del Caribe (BSN-MSN).

- Universidad de Puerto Rico }
- Universidad de las Indias Occidentales } Nexos
- Universidades a distancia (Centros de la OMS)
- Reunión anual de académicos y facultativos
- Elaborar e implantar en el Caribe normas mínimas para la educación de enfermería en salud mental y psiquiátrica.

3.3.2 Estrategia No. 2

Intensificar el programa de intercambio (académico y clínico) en el Caribe e iniciar programas de intercambio con otras partes del mundo.

- Estudiantes
- Docentes
- Enfermeras en ejercicio de su profesión.

3.3.3 Estrategia No. 3

Reducir el estigma relacionado con las enfermedades mentales.

- Participación de las enfermeras a nivel comunitario básico.
- Facilitación de grupos de apoyo por parte de las enfermeras.
- Empleo de los medios de comunicación por parte de las enfermeras con fines educativos y de concientización.
- Dar participación a la comunidad religiosa y el sector encargado de la ejecución de las leyes.
- Recurrir a las celebridades de la Región para apoyar causas.

3.3.4 Estrategia No. 4

Aumentar la sensibilidad cultural en la enfermería de salud mental.

- Cursos sobre aspectos culturales
 - creencias históricas
 - valores políticos
 - aspectos étnicos
 - aspectos religiosos
 - aspectos socioeconómicos
 - a nivel formal (universidades)
 - a nivel de la educación sobre servicios
 - administración
- Iniciativas de investigación
 - (teoría participatoria-práctica)

Cuadro 3.1: Grupo del Caribe - Actividades planificadas

Quién	Cuándo
Estigma - Producción de videocinta Solicitar a la OPS que proporcione aportes de Agustina Eligio Tina y la Dra. Purnima Sen Programa de Belice Cheryl Killion colaborará en las investigaciones para un libreto Tricia Stiles - Aporte de imagen canadiense	1 año (comunicaciones telefónicas tipo conferencia)
Intercambio Cheryl Killion puede llevar un(a) docente de la Universidad de Michigan Tricia Stiles puede llevar una enfermera para observar las distintas funciones de las enfermeras psiquiátricas en Canadá	Dentro del transcurso de un año En los próximos seis meses

3.4 GRUPO MÉXICO –AMÉRICA CENTRAL

- Elaborar y actualizar materiales educativos en español para la educación formal de enfermería en todos los niveles.
- Establecer programas de educación continua con asesoría de las instancias de enseñanza en salud mental y psiquiatría para mejorar los servicios asistenciales.
- Establecer convenios con los ministerios de salud y los directivos educacionales de las escuelas de enfermería.
- Apoyo financiero para adiestrar personal de enfermería en salud mental-psiquiátrica.
- Brindar asesoría o material de apoyo para la elaboración de indicadores de salud mental.

3.5 AMÉRICA CENTRAL Y MÉXICO

- Inventario de materiales educativos en español disponibles en América Central (Sara Torres, Marlene Farrell).
- Examinar materiales para su utilización en nuestra Región (Torres/Farrell).

- Elaborar y preparar materiales útiles en un país piloto (Torres/Farrell/Orozco).
- Examinar fuentes de financiamiento y convenios con instituciones (Farrell/Torres).
- Revisar el programa de los distintos niveles de atención del JMP, enviar dichos programas a los países de la Región para su adaptación, al personal de enfermería responsable del área de Salud Mental y Psiquiatría (Orozco).
- Normalizar en los planes de estudio de enfermería los niveles mínimos de teoría y práctica de Salud Mental y Psiquiatría en la Región.
 - Realizar un inventario de los planes de estudio de enfermería en la Región (OPS, ANA)
 - Solicitar apoyo financiero para una reunión con los directivos de las entidades oficiales que se ocupan del adiestramiento de enfermería en la Región (Farrell/Torres).
- Mejorar la administración de los servicios de enfermería en los ámbitos de Salud Mental y Psiquiatría.
 - Elaborar un manual de administración de los servicios de enfermería en el campo de la Salud Mental y la Psiquiatría (Alas).

3.6 GRUPO DEL CONO SUR –ESTRATEGIAS

3.6.1 Enfermería de Salud Mental

- Establecimiento de un consorcio de recursos de enfermería en salud mental del Cono Sur y los Estados Unidos.
- Estrategias educacionales para servicios de enfermería en salud mental nuevos e innovadores:
 - Educación básica para personal de enfermería y ayudantes en los servicios psiquiátricos;
 - Especialización y credenciales en educación a distancia para enfermeras diplomadas;
 - Educación permanente para el establecimiento de modelos nuevos basados en las poblaciones y la salud mental.
- Prueba de modelos de enfermería, intervenciones y resultados en sitios múltiples (evaluación e investigación); publicaciones.
- Difusión en reuniones profesionales
 - Academia Estadounidense de Enfermería, y

- CIE
- Red de Internet relacionada con la enfermería estadounidense de salud mental
 - Página de la Web;
 - Correo electrónico;
 - Listas de discusión; y
 - Elementos varios.
- Prácticas y servicios innovadores de enfermería en salud mental, hacia la transición de conceptos psiquiátricos tradicionales a conceptos y prácticas de salud mental en un modelo integrado de prestación de servicios.
- Cooperación y colaboración interdisciplinarias en la ejecución de las estrategias. Relaciones con otros grupos y asociaciones profesionales.

3.7 GRUPO DEL CONO SUR -ACTIVIDADES

Actividades por Llevar a Cabo

3.7.1 Estrategia No. 1

Consorcio de recursos de enfermería en salud mental del Cono Sur

- Movilizar las universidades de Córdoba, Argentina, República de Chile, República de Uruguay, Asunción, Paraguay, Iyui, Brasil, y difundir el proyecto (Silvina Malvárez).
- Organizar la primera reunión en Córdoba, Argentina en agosto de 1998 (Silvina Malvárez con la OPS) para la planificación.
- Movilizar la obtención de apoyo de la Universidad de Washington para un intercambio inicial y una ejecución constante (Marilou Siantz).
- Ubicar recursos disponibles en salud mental, investigación y educación en apoyo de distintas actividades.
- Formular una propuesta en cuanto a financiamiento (Marga Coler).
- Movilizar la Universidad de Paraiba para una reunión del consorcio (Marga Coler).

3.7.2 Estrategia No. 4: Difusión

- Participar en la reunión de la AAN (Academia Estadounidense de Enfermería) en Acapulco donde se presentará nuestro SCP de enfermería en salud mental.
 - asiste Marilou Siantz -llamar a Afaf Meleis

- Itzhak Levav
- Sandra Land
- Silvina Malvárez asiste con apoyo de Kellogg
- Marga Coler - Rita Carty
- Enviar a la WFMH (Federación Mundial de Salud Mental) y el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) un breve informe sobre la reunión y el proyecto en cuestión (Marilou Siantz y Marga Coler).
- Comenzar a desarrollar una red de enfermería a nivel internacional (S. Malvárez).

Las estrategias Nos. 2, 3, 5 y 6 se planificarán específicamente en agosto.

3.8 PUERTO RICO

3.8.1 Fortalezas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Puerto Rico

- Preparación académica (Facultad);
- Idioma;
- Apoyo administrativo;
- Reforma sanitaria;
- Carácter interdisciplinario;
- Instalaciones;
- Persona versada en asuntos internacionales, y
- Programa de educación continua.

3.8.2 Inconvenientes

- Revisión de programas de estudios y aspectos educacionales;
- Pocos proyectos de investigación;
- Datos estadísticos actuales, y
- Método deficiente de fomento de la salud mental por la Facultad de Profesionales en Enfermería.

3.8.3 Estrategias

- Fortalecer la investigación;
- Enfoque interdisciplinario;

- Creación de un centro internacional;
 - Enfermería en salud mental y psiquiatría.
- Elaboración y puesta en práctica de programas para la educación en cuanto a necesidades sociales, y
- Promoción masiva.
 - Organizaciones de Enfermería.

3.9 ACTIVIDADES PROGRAMADAS

3.9.1 Promoción

- Facultad de Profesionales en Enfermería;
 - Cursos de educación continua.
- Crear grupos de trabajo;
 - Instituciones educacionales.
 - ASSMCA.
 - Profesionales de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.
- Recursos de adiestramiento de ASSMCA para fortalecer el enfoque interdisciplinario, y
- Promover cursos interdisciplinarios a nivel universitario en Salud Mental y Psiquiatría.

3.10 ENLACES

Puntos de enlace para el seguimiento inicial:

- Región: Sarah Raphael
- Caribe: Hemsley Stewart
- América Central: Sara Torres
- Cono Sur: Silvina Malvárez
- Coordinación general: Dr. IZELIAN LEVAY, Dra. SANDRA LARA.

4. PROGRAMA DE SALUD MENTAL - OPS/OMS

Resumen del documento presentado al Consejo Directivo de la OPS en septiembre, 1997

Las **crecientes** necesidades de atención en salud mental en la Región, tanto actuales como futuras, requieren programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos. La distribución de esas necesidades no es aleatoria, son tanto mayores cuanto más adversas son las condiciones de vida. De ahí que la inversión en programas y servicios de salud mental que lleve a su preservación y recuperación en todas las edades, acrecentará el número de personas en las poblaciones que alcanzan un desarrollo humano sostenible. Las respuestas a esas necesidades se hacen posible gracias a los notables avances logrados en el conocimiento del cerebro y en las áreas psicológica y social, y en el desarrollo de modelos y tecnologías en todos los niveles de prevención.

El documento examina las bases para la acción, el objetivo del Programa y sus **componentes principales de Salud Mental**, así como los enfoques funcionales de cooperación técnica. En el documento se discuten **en especial dos** iniciativas: 1) la reestructuración de la atención psiquiátrica, que promueve el mejoramiento de los servicios psiquiátricos y su traslado a la comunidad, facilitando así su integración a la atención primaria y el desarrollo de programas dirigidos a disminuir la prevalencia de la depresión, las epilepsias y las psicosis, y 2) la promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.

Se solicita a los Cuerpos Directivos que examinen la orientación del Programa, revisen sus objetivos y estrategias, y formulen un conjunto de recomendaciones destinadas a dar seguimiento al proyecto de resolución del Comité Ejecutivo que dice: 1) **apoyar las acciones de promoción y prevención en salud mental por medio de la elaboración de planes nacionales de salud mental incorporados a los de salud y desarrollo humano**; 2) **asegurar la inclusión de la atención de salud mental en la prestación de todos los servicios de salud**; 3) **apoyar la reestructuración de la atención psiquiátrica en todo el conjunto de acciones que ésta implica**; 4) **desarrollar programas comunitarios para disminuir la prevalencia no tratada y el impacto psicosocial de los trastornos antes citados**; 5) **realizar acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez**; 6) **fortalecer la capacidad gerencial de las divisiones/departamentos de salud mental o establecerlos en su defecto**, y 7) **promover**

el desarrollo de cuadros técnicos líderes en salud mental.

4.1 INTRODUCCIÓN: LAS BASES PARA LA ACCIÓN

La cooperación técnica que presta el Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud responde al análisis de factores vigentes en los países de la Región, tanto de carácter conceptual (v.g., definición de salud), como operacional (v.g., epidemiológicos), o mixto (v.g., políticas de salud y desarrollo humano, estado de los servicios). La formulación de la respuesta técnica reconoce también que al Programa le cabe interpretar las políticas y prioridades programáticas establecidas por los cuerpos directivos, expresados en mandatos al nivel global (1) y al nivel regional (2, 3).

4.1.1 Definición de Salud y Vida Mental

La definición de salud adoptada por los Estados Miembros incluye al componente mental como parte integral de la misma. No obstante, sociedades y gobiernos aún distan de concederle la debida importancia. En efecto, se ha señalado reiteradamente que la vida mental no ocupa el lugar que merece en la escala de valores de la sociedad, a pesar de que caracteriza a los seres humanos con mayor especificidad. Esta condición de minusvalía se expresa de múltiples maneras, v.g., en la ausencia de políticas nacionales de salud mental y en la limitada asignación de recursos a los programas nacionales.

4.1.2 Integralidad de la Salud

La salud y la enfermedad son de naturaleza integral. Notables descubrimientos en los aspectos biológicos de la medicina, empero, han nublado la visión del papel que juega la conducta en la salud, sea en su promoción (v.g., en la adquisición de hábitos de vida saludables), preservación (v.g., en la reducción de los agentes tóxicos del ambiente físico), o recuperación (v.g., en la adhesión a un tratamiento). Cabe señalar que por lo menos 4 y 6 de las 10 primeras causas de defunción en el mundo (1990) en las regiones en desarrollo y desarrolladas, respectivamente, implican a la conducta como factor crucial (4). No obstante, la conducta es un factor frecuentemente soslayado en las políticas y acciones de salud, tanto al nivel individual como colectivo.

4.1.3 Desarrollo y Salud Mental

La sociedad ha comenzado a reconocer la íntima relación que existe entre el desarrollo social humano y la salud en general. Esa interdependencia es igualmente válida para la salud mental y, en especial para las poblaciones en situaciones de adversidad. En efecto, cuanto mejor estas poblaciones logren preservar o recuperar su salud mental tanto mejor podrán negociar soluciones exitosas o, como mínimo, evitar aquellas conductas que añaden nuevos obstáculos (v.g. alcoholismo o violencia). El desarrollo socioeconómico en las Américas ha traído aparejado numerosos cambios; uno de éstos es el generado por modificaciones en el hábitat por el cual grandes grupos poblacionales se han trasladado de las zonas rurales a las urbanas sufriendo en el proceso cambios y pérdidas (de sostén, de valores, etc.). Esto ha afectado los mecanismos de adaptación personales y grupales, lo cual se traduce en variadas expresiones de trastornos mentales y problemas psicosociales tales como: conductas violentas, uso de sustancias adictivas y desmoralización.

4.1.4 Necesidades de Atención

La epidemiología de los trastornos psiquiátricos y de los problemas psicosociales en la Región indica que su magnitud es abrumadora. En los Estados Unidos de América el estudio ECA (“Epidemiologic Catchment Area”), que comprendió varias poblaciones urbanas y una rural (N=19.640), informó una prevalencia de vida del 32% y una tasa de casos activos durante el año precedente del 20% (1991) (5). En Canadá, un estudio realizado en la ciudad de Edmonton aplicando un método semejante arrojó una tasa de prevalencia de vida del 33,8% (1988) (6). Una investigación multicéntrica en Brasil (1993) informó tasas de prevalencia que oscilaban entre el 19% y 34% para un conjunto de trastornos psiquiátricos que requieren atención (7). En Chile, la tasa de prevalencia de vida calculada en un estudio fue de 33,7% (1993) (8). Cabe señalar que estas tasas son el resultado de estudios seleccionados y no incluyen el total de trastornos psiquiátricos. En cuanto a la niñez, ésta no es menos inmune a los trastornos psiquiátricos. Un estudio efectuado en Puerto Rico informó una tasa de prevalencia de trastornos psiquiátricos moderados y severos del 16% (9). La proyección de esta tasa a la población de América Latina y el Caribe indicaría que 17 millones de niños de 4 a 16 años estarían afectados por trastornos que ameritan intervención (10). En cuanto a las epilepsias, las tasas de prevalencia informan para América Latina un rango de 1,3% a 5,7% de la población general (13). Las tasas de prevalencia (un año) de los trastornos afectivos es de alrededor del 4,1%, y de 1,1% para las psicosis esquizofrénicas (ambas en América Latina y el Caribe). Las tasas de prevalencia del alcoholismo y el abuso de sustancias adictivas son

igualmente altas y son tema de responsabilidad del programa de OPS correspondiente.

Con referencia al impacto de las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe, el Banco Mundial ha estimado que el 8% de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad son atribuibles a las mismas, proporción mayor que la atribuida al cáncer, 5,2%, o las enfermedades cardiovasculares, 2,6% (11). Se ha igualmente estimado que 5 de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo (1990) son psiquiátricas, siendo la depresión la primera de todas (4). La carga económica también es alta, como ilustración, en los Estados Unidos de América se ha estimado en \$43.000 millones por año el costo de los estados depresivos (1990) (12).

Cabe recordar que la distribución de los problemas mentales en la población no es al azar, y que hay una relación inversa entre estrato socioeconómico y la tasa agregada de trastornos. Las necesidades son también más altas en poblaciones de mayor riesgo, tales como los pueblos indígenas (14) las víctimas de la guerra, los grupos perseguidos y desplazados. Por lo tanto, estos hallazgos epidemiológicos deben servir de base a las políticas de equidad y accesibilidad de los servicios.

4.1.5 Necesidades Futuras

Las necesidades actuales de atención de los países aumentarán aún más hacia comienzos del siglo en razón de los cambios demográficos que se producirán. Como resultado **de ellos**, un mayor número de personas entrarán en las edades de riesgo de los trastornos psiquiátricos. No menos de 88 millones de personas tendrán algún trastorno mental o emocional en América Latina y el Caribe en el año 2000 (15); el aumento proporcional será mayor que el de la población general. Es posible estimar que para el año 2010 habrá en América Latina y el Caribe más de 2 millones de personas con trastornos esquizofrénicos y más de 17 millones con trastornos afectivos.

Salud para Todos será una meta que eludirá a sociedades y gobiernos a menos que se implementen políticas y programas de salud mental creativos respaldados por una firme voluntad política.

4.1.6 Estado de los Servicios

Frente a la magnitud de las necesidades presentes y futuras contrasta la organización de la atención psiquiátrica y el estado de los servicios y programas que si bien varían a lo largo de la Región, muestran deficiencias preocupantes. Por lo general, la atención se apoya en acciones desarrolladas desde los hospitales mentales, instituciones de baja cobertura y accesibilidad y

frecuentemente estigmatizantes. Frecuentemente, esas instituciones se encuentren aisladas, geográfica, física o socialmente, y en ellas se violan los derechos humanos de los pacientes, por acción u omisión. Además, su integración dentro del sistema de salud es vaga o inexistente. Ese tipo de organización desconoce que la red de atención es más amplia e incluye al individuo (autocuidado), a la familia, al grupo social de apoyo, a líderes comunitarios, promotores de salud y a los distintos niveles de atención de salud en general (16). Desconoce también que los servicios de atención especializada son múltiples y diferenciados de acuerdo a las necesidades psicopatológicas y psicosociales cambiantes del paciente. Una organización de servicios así concebida no permite que la reforma del sector de salud asumida por los países (v.g., descentralización, participación social, enlaces intra e intersectoriales, promotoras de la salud, incluyendo el fomento de políticas públicas saludables) pueda cumplirse enteramente.

Esta situación de los servicios es doblemente preocupante dado que la enseñanza de pre y postgrado impartida en los hospitales mentales no proporciona al profesional de la salud –especializado o no– la posibilidad de adquirir los conocimientos, las destrezas y las actitudes necesarias que permiten ejercer una práctica integral en la comunidad y su rápida incorporación a los programas de control de la depresión, las epilepsias y las psicosis.

4.1.7 Políticas de la OPS

El Programa de Salud Mental es responsable de interpretar e implementar en su área de competencia las resoluciones de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Organización, 1995-1998 (2). De esas resoluciones emergen nuevos desafíos para los programas de salud mental de la Región, en cuanto a la promoción de políticas sociales que buscan mejorar la calidad de la vida de los individuos, la familia y la sociedad en general, y a reforzar la interacción entre la salud y el desarrollo humano que lo engloba.

4.1.8 Avances Científico-Técnicos

Los avances científico-técnicos en el área de salud mental son considerables. De proseguir con el ritmo actual, es de esperar que se produzcan aun mayores progresos en el conocimiento del cerebro, la psicología y la psiquiatría social. Los modelos de intervención y los recursos tecnológicos también han aumentado y, de ser instrumentados adecuadamente, podrán tener el impacto deseado sobre la salud de las poblaciones. Le cabe al Programa utilizar debidamente estos nuevos desarrollos en su cooperación técnica y difundirlos en los países.

4.2 OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

El Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud tiene como objetivo general colaborar técnicamente con los países en la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales en todos los niveles, en el enfoque de los componentes psicosociales en la salud y en el desarrollo social. El Programa utiliza los enfoques funcionales comunes a todas las unidades técnicas (promoción de políticas, planes y programas; capacitación; movilización de recursos; investigación; información, y cooperación técnica directa) con el propósito de colaborar con los países de la Región en la preservación y recuperación de la salud mental, de la salud en general y en la promoción del desarrollo humano.

4.3 LAS ÁREAS DE ACCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

- Control de los trastornos neuropsiquiátricos;
- promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos psiquiátricos;
- intervención sobre los factores psicosociales en la salud y el desarrollo.

4.3.1 Control de los Trastornos Psiquiátricos

La cooperación técnica que brinda el Programa resultado de las necesidades identificadas en los países, gravita más hacia el control de los trastornos psiquiátricos que hacia otros componentes.

La reestructuración de la atención psiquiátrica, que OPS iniciara conjuntamente con los países y organismos regionales e internacionales, es una iniciativa destinada a reorientar la organización de ésta a fin de dar una respuesta más adecuada a las necesidades y a fin de estimular su orientación "comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva" (Declaración de Caracas, 1990). La iniciativa es respuesta al sesgo aún vigente en la organización de la atención psiquiátrica alestigma que genera su aislamiento del resto del sector salud y de otros sectores sociales (17,18).

La implementación de la iniciativa es compleja y la cooperación técnica se hace por medio de varios ejes **de apoyo**:

- apoyo a la vigilancia del respeto a los derechos humanos en la atención (21);

- apoyo al fortalecimiento de toda la red de atención, lo que incluye la activación de agentes comunitarios de dentro y fuera del sector salud;
- apoyo a las acciones tendientes a incorporar los usuarios en la atención;
- apoyo a la promoción de cambios legislativos que proveen el marco legal para la reorientación de los servicios y asegure la salvaguarda de los derechos humanos;
- apoyo a las acciones tendientes a adecuar la enseñanza de pre- y postgrado y de educación continua con las necesidades de atención en la comunidad;
- apoyo al desarrollo de investigaciones operativas de servicio;
- apoyo a la promoción de una cultura social y profesional consonante con los principios de la Iniciativa (14).

La cooperación técnica se guía por la Declaración de Caracas, adoptada en noviembre de 1990 por la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que convocara técnicos, políticos, juristas, comunicadores sociales y usuarios y que fue auspiciada por varios organismos internacionales, entre ellos la OMS y la OEA (17). La Iniciativa es periódicamente objeto de seguimiento por el Programa (14). Los resultados, no obstante los formidables obstáculos que debe sortear, muestran que en casi todos los países latinoamericanos en mayor o menor grado se han realizado actividades tendientes a reorientar los servicios. **Ejemplo**, en siete países la iniciativa ha sido objeto de atención de los parlamentos y de debates en los medios de comunicación, lo que permite a la sociedad informarse mejor sobre el tema. Recientemente, el Programa ha comenzado acciones destinadas a estudiar los costos de la atención comunitaria con el fin de generar información que facilite una toma de decisiones más objetiva.

Esta reorientación comunitaria de los servicios facilitará la ejecución de los programas destinados a controlar los trastornos depresivos, las epilepsias y las psicosis por medio de la reducción de la prevalencia no tratada y de su impacto individual y social. Con ese propósito se propone utilizar los recursos del nivel primario de atención (v.g., para la identificación y manejo de la intervención clínica), así como los existentes en la comunidad dentro y fuera del sector salud (v.g., movilización de grupos de apoyo mutuo), la adopción de políticas públicas (v.g., destinadas a permitir el ejercicio pleno de la ciudadanía a las personas) y la comunicación social (v.g., para erradicar o disminuir el estigma). Igualmente permite mejorar la prestación de atención a los grupos poblacionales en mayor riesgo, tales como los pueblos indígenas y los desplazados y afectados de guerra.

Esta iniciativa, que ha tenido como foco a la América Latina, será estudiada en el Caribe de habla inglesa con miras a su adopción para el **mejoramiento de la atención** en una reunión convocada para 1997.

4.3.2 Promoción de la Salud Mental y Prevención Primaria de los Trastornos Psiquiátricos y Emocionales

Esta es una área de cooperación técnica de reciente desarrollo que se realiza en cumplimiento con el Plan de Acción Regional de Promoción de la Salud (CE113/15, 2 de mayo de 1994) aprobado por los Cuerpos Directivos. Este componente incluye:

- 1) Apoyo a las acciones tendientes a aumentar la importancia de la salud mental en la escala de valores de la sociedad instrumentado con ese fin la movilización de figuras claves en los países, como las Primeras Damas (19), el uso de la comunicación social y la concertación de alianzas intra e intersectoriales. El propósito de éstas es integrar los conocimientos y técnicas de la salud mental a las políticas, programas y servicios dependientes de otros sectores.
- 2) El fomento de cambios de conducta con el fin de adoptar estilos saludables de vida (3) v.g., la reducción de las conductas violentas y el estímulo de la convivencia pacífica).
- 3) La coordinación con otras unidades de OPS y organizaciones internacionales y regionales (v.g., OEA, UNICEF, UNESCO, Instituto Interamericano del Niño) a fin de implementar conjuntamente un plan de acción regional de promoción de la salud destinado a fomentar el desarrollo psicosocial y mental de la niñez que tiene dos áreas de acción principales: estímulo del desarrollo temprano (afectivo y cognoscitivo) y la reducción de las conductas violentas contra la niñez (castigo corporal y maltrato). Este plan se discutió por subregiones con el propósito de que los países que las integran adopten estrategias análogas de características integrales e intersectoriales.

Las posibilidades que se ofrecen al Programa en promoción de la salud mental son múltiples, no obstante la relativa novedad de los marcos conceptuales y operativos y la relativa escasez de evidencias empíricas. Con este propósito, el Programa está preparando documentos que orienten las tareas de cooperación técnica.

En cuanto a la prevención primaria de los trastornos mentales y psicosociales, en 1988 la OMS preparó un documento que lista intervenciones efectivas (21). Algunas de esas intervenciones se

recogen en el plan de acción regional interagencial de promoción de la salud mental y del desarrollo psicosocial de la niñez (10).

4.3.3 Aspectos Psicosociales en la Salud y el Desarrollo

Las acciones en este sector son de carácter variado y comprenden el apoyo técnico para promover la inclusión de componentes conductuales en la capacitación del personal de salud, de manera de aumentar la efectividad de las intervenciones y en la difusión de conocimientos y técnicas que permitan a las comunidades estimular mejor el desarrollo humano. El Programa busca realizar acciones de apoyo técnico a países que directa o indirectamente sufrieron las consecuencias de los conflictos armados en la Región y que generaron grupos de poblaciones en alto riesgo en su carácter de desplazados y/o refugiados y traumatizados.

5. AGRESIÓN: ELEMENTO PARA VIOLENCIA (POLÍTICO, SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICO)

Sara Torres

5.1 INTRODUCCIÓN

La agresión es un fenómeno que ocurre en todas partes del mundo, aunque no se manifiesta en la misma forma o intensidad en todos los individuos. La conducta agresiva o abusiva puede ser definida como cualquier acción por la que una persona trata de controlar a otros o imponer sus deseos infligiendo daño físico y psicológico a los demás. La violencia doméstica abarca un comportamiento agresivo en una pareja que puede ser físico, psicológico y sexual. Esta ponencia pretende presentar el impacto político, sociocultural y económico de la violencia doméstica, así como de programas comunes de prevención y tratamiento.

5.2 VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LATINOAMERICA

En el 1986 ocurrieron 517.465 muertes por causa de violencia, siendo éstas reportadas en 28 países de las Américas (Yunes, 1993). Las muertes violentas como proporción del total de muertes, alcanzan el 3,7% en Jamaica y el 26,8% en El Salvador. La tasa de muertes en infantes (menos de un año de edad) debido a la causa de violencia fue más alta que la tasa correspondiente a las enfermedades infecciosas en ciudades con baja mortalidad, tales como: Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico, Trinidad y Tobago y Chile. Para aquellas personas entre 5 y 24 años de edad, todos los países en la región presentan una tasa de mortalidad más alta debido a la violencia que a las enfermedades infecciosas. La misma relación fue observada en aquellas que estaban entre 1 y 4 años de edad en todos los países, con excepción de Brasil, Ecuador, México, Panamá y Paraguay, los cuales tienen más altas tasas de mortalidad debido a enfermedades infecciosas que la mortalidad por causa de violencia en ese grupo de edad.

Cuando se observa la tasa de muertes violentas en ambos sexos, la tasa es más alta en hombres que en mujeres (Yunes, 1993). El autor interpretó que esto se debe a que el hombre está más expuesto a ciertos factores de riesgo, comparado al riesgo al que las mujeres usualmente se exponen en su estilo de vida. Además, el autor sugirió que como la mujer ha aumentado su logro educacional y se ha incorporado a la fuerza trabajadora, la tasa es aproximada la de los hombres. El autor encontró que comparado a otros países en la región, en los Estados Unidos, Argentina y Cuba, donde hay

relativamente más oportunidades para ambos sexos, hay menos diferencia en la tasa de mortalidad con relación al género debido a la violencia (1,9/1 tasa de mujer a hombre en Cuba y 2,7/1 tasa de hombre a mujeres en Argentina y Estados Unidos). Aunque este estudio no separa las muertes debido a daño intencional por una pareja íntima (violencia doméstica) de aquellos que ocasionaron daños a otras personas, la intervención legal o como un resultado de una guerra, esto indica que la mortalidad debido a causas violentas merece una gran atención.

La información reciente indica que la violencia doméstica en Latino América es un serio problema. En estudios nacionales en Antigua, Barbados, Chile, Costa Rica, Guatemala, México y Suriname del 22,6% al 54% de las mujeres entrevistadas reportaron haber sido abusadas físicamente por su pareja (Naciones Unidas, 1995). El Secretariado de las Naciones Unidas, División para la Promoción de la Mujer (Naciones Unidas, 1991) en información recopilada en varios países sobre la violencia doméstica encontró que 1.170 casos de daños corporales en Colombia ocurrieron durante el 1982 y 1983, una de cada 5 fueron debido a violencia conyugal y el 94% de estas fueron por golpizas. Díaz Chalaca (1997) en su encuesta del 1990 sobre Demografía y Salud Colombiana informa que una de cada cinco mujeres en Colombia son forzadas por el esposo o novio al tener relaciones sexuales.

Un estudio reciente de 300 mujeres en Chile y Nicaragua encontró niveles asombrosos de violencia doméstica (Morrison & Orlando, 1997). En Chile más del 40% de las mujeres sufren algún tipo de violencia doméstica y en Nicaragua el 52% fueron abusadas. En un estudio con 359 mujeres en Perú, González de Olarte y Gavilano Llosa (1997) encontraron que el 88% de las mujeres sufrieron de algún tipo de abuso por parte de sus parejas durante el último año. La manera más común de la violencia fue el abuso psicológico, el cual fue reportado por el 84% de las mujeres, el 31% reportaron violencia física y el 13% reclamó tener algún tipo de sufrimiento por daño físico como resultado de abuso físico, la coerción sexual fue reportada por el 49% de las participantes en la muestra.

5.3 POLÍTICA Y VIOLENCIA EJECUCIÓN DE LEYES Y LEGISLACIÓN

En junio de 1994 la Asamblea General de la Organización de los Estados Unidos adoptó la Convención Interamericana de Prevención, Castigo y Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem Do Para) firmada en Brasil el 9 de junio de 1994 (Organización de Estados Americanos), la que estableció una serie de normas y mecanismos a ser implantados por los estados para tratar de eliminar la discriminación y la violencia contra la mujer. Entre las acciones adoptadas por los estados se incluye la pena y la legislación necesaria para prevenir, castigar y eliminar

la violencia contra la mujer, modificar y abolir leyes o práctica judicial que tolere la violencia contra la mujer, establecer métodos justos y legalmente eficientes para las mujeres sujetas a la violencia, lo cual incluye medidas protectoras y tratamiento justo.

Al nivel nacional algunos países han tomado acción en respuesta a la violencia contra la mujer. Leyes de violencia doméstica han sido aprobadas en las Bahamas, Barbados, Costa Rica, Trinidad y Tobago y Estados Unidos (Naciones Unidas, 1995). Generalmente esas acciones clasifican la definición de violencia doméstica y da poder a las cortes a emitir órdenes de protección a la mujer. En Brasil, medidas protectoras inmediatas son provistas por la policía y organizaciones no gubernamentales para las víctimas de violación doméstica, abuso y violencia sexual (Mesquita da Rocha, 1997). Jamaica provee refugios, organizaciones no gubernamentales y/o ayuda financiera a víctimas de violencia doméstica, incesto, abuso y violencia sexual (Macaulay, 1997).

Costa Rica ha implementado planes dentro de las instituciones para formular soluciones comprensibles al problema la violencia doméstica. En el 1994 Costa Rica desarrolló un plan nacional para tratar y prevenir la violencia intrafamiliar, el cual fue coordinado por el Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia y fue proporcionado por la Oficina de la Primera Dama de Costa Rica (Villanueva, 1997). El plan es de una naturaleza multidisciplinaria e interinstitucional y envuelve varios ministros de gobierno: justicia, seguridad pública, salud, trabajo y seguridad social, vivienda, información y cultura, juventud y deportes, así como otras instituciones y oficinas públicas entre las universidades del estado, la oficina de protección pública y las organizaciones no gubernamentales relacionadas al área.

Las medidas a largo plazo para reducir la violencia doméstica incluyen amplias reformas legislativas y programas legales para la protección de la mujer asegurándole sus derechos, como vemos en Argentina. En este país se ha creado una agencia de gobierno, La Dirección General de la Mujer, encargada de formular políticas públicas para el desarrollo de la mujer y fomentar su participación en la comunidad mediante diversos programas y proyectos (Dirección General de la Mujer, 1997). Su misión es combatir el problema de la violencia familiar a través de intervención externa de agencias de la comunidad, la policía, los jueces de familia y los consultores de asistencia legal.

5.4 IMPACTO SOCIOCULTURAL DE LA VIOLENCIA

Varias características socioculturales han sido identificadas en mujeres abusadas y sus abusadores. En un estudio conducido en Perú

se encontró que las mujeres pobres sufrían más de violencia de todo tipo (físico, psicológico o sexual) que aquellas mujeres que no eran pobres (González de Olarte & Gavilani Llosa, 1997). Además de la pobreza, otros factores importantes en la explicación del abuso fueron la juventud del hombre, el bajo nivel de educación de ambos y el no estar casados. Al revisar la incidencia de violencia doméstica reportada a una unidad especial de policía en Brasil, se encontró que las parejas eran típicamente pobres, con poca educación y que en términos culturales eran caracterizadas por la fidelidad de la mujer y el honor del hombre (Mesquita de Rocha, 1997). La mujer, quien típicamente solicita ayuda a una unidad especial, ha sido abusada muchas veces y no desea romper la relación en la cual la violencia irrumpe. El acudir a la unidad especial ocurre a menudo por las mediaciones de la familia, los vecinos o la comunidad son efectivos.

En muchos de los casos de violencia doméstica reportados en una línea de emergencia en El Salvador el abusador fue el esposo o acompañante de la víctima (Valdéz, 1997), en menos de la mitad de los casos el responsable del abuso estaba bajo la influencia de drogas o alcohol. Los abusadores tienden a tener un empleo estable.

La violencia doméstica es un problema social que se expresa en la salud mediante daño físico y mental que debilita a la mujer y destruye su autoestima.

5.5 IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA SALUD

La violencia doméstica tiene repercusiones psicológicas y médicas devastadoras en la familia. La madre transmite a los niños sus propios sentimientos de baja estima, desesperanza e desigualdad. Los niños pasan a ser víctimas del abuso de su padre si tratan de defender a su madre. Los varones, quienes son testigos de la paliza (golpes) que su padre propicia a su madre, son propensos a emular dicha conducta.

La violencia doméstica contra la mujer también impacta al logro educacional en los niños. En Chile y Nicaragua los niños que proceden de hogares de violencia doméstica se ha encontrado que parecen sufrir más problemas disciplinarios en la escuela que aquellos niños que proceden de hogares donde no existe la violencia doméstica (Morrison & Orlando, 1997).

Los niños que son testigos de violencia son profundamente afectados. En una revisión de estudios sobre niños que han sido expuestos a comunidades con violencia (Putnam y Trickett, 1993) sugieren que la violencia en la comunidad resulta con dificultades en atención, conocimiento y memoria.

La exposición a actos agresivos tales como la guerra parece ser estresante y contribuye a problemas de salud mental inmediatos y de

largo plazo en adultos y niños. En una revisión de literatura relacionada a las consecuencias de la violencia ética y política (Ladd y Carns, 1996) reportaron que los niños expuestos a violencia ética y política están más propensos a desarrollar problemas de conducta, disturbios en el patrón del sueño, quejas somáticas y alteración en el nivel de funcionamiento cognitivo y razonamiento moral. Los niños expuestos a las guerras en América Central también han demostrado los síntomas de la salud mental y sus madres tienen manifestados desórdenes de estrés post-traumático (Lokce, Southwick, McCloskey y Fernández-Esquer, 1996). Hallazgos similares fueron reportado por Diehl, Zea y Espino (1994) en un estudio con 52 niños de América Central entre las edades de 7-16 años. Los autores encontraron que la exposición a la guerra de la violencia era un fuerte y consistente predictor de sujetos con síntomas de desorden de estrés post-traumático y del funcionamiento cognitivo. Los autores interpretaron esto muy significativo, y que tal exposición tiene efectos negativos en el desarrollo cognitivo y emocional.

La mujer abusada o golpeada sufre de serios daños físicos como el aborto, enfermedades transmisibles sexualmente, incluyendo SIDA y desórdenes ginecológicos recurrentes como resultado de los golpes propiciados por la pareja (Campbell & Alford, 1986, Chapman, 1989 y Smith & Gittlemen, 1994). Además de los daños físicos, las víctimas sufren a menudo de dependencia, depresión y ansiedad, desorden de estrés post-traumático, un ataque incapacitado a su estima propia, respeto, confianza, síndrome de intestino irritado, dolor crónico, abuso de sustancias e intento de suicidio más allá del evento traumático inicial (Bergman & Busman, 1991; Campbell, 1989' Hilberman, 1980' Kerovac, Taggart, Lecop & Fertin, 1986 y Kurz, 1983). Dabash y sus colegas (1992) reportaron una tasa de 43% a 65% de las mujeres pacientes hospitalizadas en un hospital de Estados Unidos han sufrido de abuso físico o sexual.

En los años recientes, inmigrantes chilenos y salvadoreños han dejado sus países después de torturas experimentadas o una experiencia traumática vinculada a represión política. En un estudio de inmigrantes saladoreños y chilenos, quienes han experimentado tortura o trauma Thompson & McGarry (1995) encontraron que los sobrevivientes de torturas demostraron altos niveles de desorden de estrés post-traumático, alteraciones psicósomáticas y disturbios en respuesta al estrés que el grupo de trauma y el grupo que no había tenido la experiencia de ninguna tortura o trauma.

5.6 IMPACTO ECONÓMICO DE LA VIOLENCIA

El costo económico al tratar la sociedad este problema de violencia es enorme en términos de tratamiento y consejería para la

víctima, introducción de medidas preventivas y las mujeres abusadas reducen la capacidad de ingresos. El costo económico de la violencia doméstica para el desarrollo de las sociedades es mayor. Se condujo un estudio en Chile y Nicaragua (Morrison & Orlando, 1997) que demostró que la violencia doméstica impacta el ingreso a la mujer. En un estudio en Chile las mujeres que sufrieron de violencia física severa solamente tenían el 38% de ingreso de aquellas mujeres que no sufrieron abuso. En Nicaragua el por ciento fue de 57%. Los autores indican varias razones del impacto en el sueldo, incluyendo el aumento de ausentismo, reducida habilidad para concentrarse en el trabajo o el impacto en la productividad.

5.7 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Algunas ciudades han iniciado programas de tratamiento de violencia doméstica para las golpeadas. En la ciudad de México la organización cívica Men Collective for Egalitarian Relationship A. C. o CORIAC estableció un programa de auto-ayuda de grupo para re-educar al hombre que se considera por sí mismo violento (Cervantes Islas, 1997). Este programa está basado en: (a) hay una condición necesaria para la violencia (ejemplo: la existencia de un desbalance de poder que culturalmente puede ser definido por contexto o por las manipulaciones interpersonales controlando la relación) y (b) la masculinidad ha sido basada en la cultura mexicana en la creencia de la superioridad sobre la mujer en general y en particular en el hombre. La red de creencias, valores, actitudes y comportamientos con los cuales el hombre constituye su identidad sexual es un proceso de códigos de aprendizaje que refuerzan constantemente la posición del hombre particularmente mediante la implantación y la verificación diaria de la identificación con la posesión de poder real o simbólico.

Desde febrero de 1993 el programa voluntario ha estado tratando continuamente a hombres, quienes desean parar de ser violentos (Cervantes Islas, 1997). El modelo en general incluye tres niveles de adiestramiento: (1) explorando los elementos de la violencia, cómo esto es diariamente practicado; (2) identificando las necesidades y emociones de los participantes y (3) aprendizaje y consolidación de estrategias para buscar mayor equidad con la pareja. Cada nivel tiene 16 sesiones con una duración de dos horas por sesión.

De una muestra en el 1997, el 100% de los participantes del programa encontró tener abuso psicológico, 38% violencia física y un 29% abuso sexual de sus parejas (Cervantes Islas, 1997). El 50% fue atendido solamente una vez y el 30% atendida por más de 5 sesiones. El 20% restante completó el primer nivel de las 16 semanas. Durante los 54 meses que el grupo de auto-ayuda había estado operando, un promedio de 8 a 12 hombres nuevos fueron atendidos mensualmente.

Hay muy poca información disponible a los efectos del tratamiento de intervención del programa con niños expuestos a situaciones de conflicto. En algunas ciudades la falta de entrenamiento al personal es un impedimento serio (Richman, 1993). La prolongación del conflicto de otros estresores y la falta de presupuesto son limitaciones para proveerse apoyo material y emocional.

En Guatemala un programa reciente, Taller Creativo para Niños, indica que estos talleres son importantes en el proceso de recuperación de los niños en ese país que experimentaron situaciones de guerra y el estado de terror en Guatemala (Lykes, 1994). El taller de trabajo está organizado en un programa internacional interdisciplinario por trabajadores de salud mental de Argentina, Guatemala y Estados Unidos. Mediante el uso de dibujos, el decir historieta, "collage" (recortes de periódico, revistas) y la dramatización en un proceso de grupo, el taller busca crear el espacio y el tiempo en el cual el niño pueda expresar por el mismo las experiencias a otros y descargar energía y emociones conectadas a las experiencias traumáticas previas. El taller de trabajo mejora el significado natural del niño para una comunicación que facilite la expresión de tensiones físicas y mentales y el desarrollo de una capacidad para construir una identidad que no está exclusivamente sujeta a la deshumanizante y traumatizante realidad de la guerra.

5.8 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Algunos países han desarrollado programas de prevención de violencia doméstica. En Puerto Rico la línea de emergencia provee un medio para las mujeres víctimas de violencia para preguntar por información. En El Salvador el gobierno ha iniciado la prevención y ha erradicado la violencia doméstica, refiriéndolo Programa de Saneamiento de la Relación Familiar (Valdéz, 1997). Este programa asociado al Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer provee un conjunto de servicios comprensivos para ayudar a la persona en el área metropolitana de San Salvador, quien conecta a la línea de emergencia, teléfono amigo de la familia, el cual opera las 24 horas al día, 365 días al año. Este programa provee a los miembros de la familia con un alcance de servicios emocionales, psicológicos, sociales, médicos y legales y pretende tratar y prevenir la violencia doméstica con particular referencia a su impacto al niño y a la mujer. En dos años de operaciones que tiene el programa se han beneficiado directamente 22.500 personas. Muchas de las cuales han sido abusadas emocionalmente (67%), violencia intrafamiliar (24%) y abuso de niño (6%).

En Brasil las mujeres están haciendo activamente esfuerzos para hacer uso de recursos disponibles, tales como: unidades de policía

especial para parar la violencia de sus parejas (Mesquita da Rocha, 1997). En el 1991 esas unidades especiales o Unidad Especial para Atender a la Mujer recibieron 2.685 reportes de daños corporales en mujeres y 82 incidentes de raptó. En el 1996 ambas categorías de informes aumentaron dramáticamente a 6.264 de daño corporal en mujeres y 228 incidentes de raptó. Mesquita da Rocha opinó que este aumento en informes de daños corporales injustos describe la altísima visibilidad de ataques, por lo cual fue una de las razones del éxito de la unidad especial, o sea enfatizarle a las víctimas el hacer querrelas y buscar ayuda. Además, las víctimas estaban seguras de la ayuda, recibían atención especializada, una recuperación de su auto-estima y atención comprensiva. Mesquita Rocha cree que las unidades especiales deben servir para prevenir la ocurrencia de la violencia severa tal como homicidio, el cual puede surgir cuando la mujer va a informar sobre las amenazas y golpes, que pueden ser ignorados a nivel de la estación local de la policía o quien no ve algo de importancia para investigar.

En Venezuela una organización sin lucro, la Asociación Venezolana para la Educación Sexual Alternativa (AVESA) fue creada en el 1984 con el propósito de investigar y proveer servicios educativos y psicoterapias a víctimas de abuso sexual y pareja abusiva. Estos servicios directos más tarde fueron aumentando con proyectos educacionales y talleres de trabajo para acudir a la policía en la prevención de abuso sexual. Estos proyectos enfocan en factores que contribuyen al abuso sexual y en las necesidades específicas de la persona abusada. De acuerdo a AVESA, las víctimas de abuso sexual y físico tienden a reportar que están siendo tratadas malamente, no están siendo entendidas o son culpadas por la policía y los profesionales, lo cual es indicativo de la concepción social, mitos y prejuicios que operan en contra del problema de violencia sexual y doméstica en Venezuela.

El programa AVESA ha tenido éxito en sus planes al incluir en los talleres de trabajo de centros de entrenamiento a la policía local y en otras localizaciones dentro y fuera de la ciudad. Ahora hay muchos policías en diferentes niveles e instituciones quienes conocen cómo tratar a las personas que han sido abusadas sexual y físicamente.

En México un equipo inter-institucional se esfuerza por prevenir la violencia doméstica. Fue establecido en Nuevo León por 12 instituciones que trabajan en el campo de la salud, bienestar y educación superior encabezada por el Consejo Vecindario del Estado en Nuevo León (Granadas Shiroma, 1997). Este consejo realizó un estudio en la salud reproductiva y violencia contra la mujer, conducido en 1995 y 1996 en Monterrey, en el cual encontraron que el 46% de las 1.064 mujeres seleccionadas al azar de la población de sobre 15 años de edad. Se obtuvieron respuestas por lo menos a una de las preguntas de aún estar o continuar siendo sometida a

daño psicológico, violencia física y/o sexual por su pareja. El 39,3% de las respuestas establecen que el grado de violencia fue alto o muy alto. Desde el 1 de enero de 1997 hasta el 30 de junio de 1997 se ofrecieron servicios a 4.073 personas por la institución que eran miembros del equipo inter-institucional. El grupo de trabajo reportó la importancia de una acción unida para combatir la violencia doméstica (Granados Shiroma, 1997).

En Jamaica Mujeres, Inc. (Women, Inc.) medio de vigilancia a mujeres (women's media watch), Teatro Colectivo de Siston (Siston Theatre Collective) y el Centro de Mujeres (Women's Centre) son miembros de las organizaciones de AWOJA, el cual trata la violencia doméstica, sus víctimas y perpetradores (Macaulay, 1997).

Mujeres, Inc. comenzó a trabajar en el 1984 con mujeres e hijos víctimas de violencia y proveían consejería a ellos y al abusador. Esta es la única organización que provee refugio para las víctimas de violencia (McCaulay, 1997). La organización Medio de Vigilancia a Mujeres se formó en el 1987 y está comprometida con el estereotipo perjudicial de la mujer en los medios, conduce talleres de trabajo, graba sesiones de programas y produce folletos para ser disponibles al público y concientizarlos sobre las causas de violencia sexual. El Teatro Colectivo de Siston es una organización ordinaria por las mujeres que son empleadas en la producción de textiles, las producciones teatrales y las facilidades de los talleres de trabajo proveen juegos y artículos sobre algunas prácticas discriminatorias contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica. El Centro de la Mujer provee educación y consejería que ayuda a edificar la estima propia y entrenamiento de destrezas para las adolescentes embarazadas, madres adolescentes y adolescentes que esperan ser padres. Este se compromete a que participe en la crianza de pollos, agricultura y costura con el propósito de instituir una moral de autosuficiencia en las mujeres golpeadas.

La Organización de Asociaciones de Mujeres en Jamaica (AWOJA) está comprometida a través de los miembros del Comité Legal en cabildear para una nueva legislación y hacer enmiendas a las legislaciones existentes para la equidad del género (McCaulay, 1997). Estos monitorean la aplicación de las leyes, crítica analítica y comprometida de la discusión en programas respecto a la condición y estatus de la mujer en la sociedad.

5.9 IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LOS MEDIOS

En julio de 1997 la Asociación Mundial de Radios de la Comunidad (AMARC) en Montreal y Canadá con miembros en casi todos los países de América Latina lanzaron una campaña en contra de la violencia contra la mujer (Isis International, 1997). En Venezuela dos organizaciones no gubernamentales, Fundación para la Prevención de

Violencia Doméstica para la Mujer (FUNDAMUJER) y la Asociación Venezolana para la educación Sexual Alternativa, recientemente colaboraron en una campaña nacional contra la violencia doméstica (Isis International, 1997). El esfuerzo consistió en una campaña publicitaria para ayudar a informar a la mujer sobre sus derechos y comprometerse a denunciar situaciones de violación.

A nivel internacional varias agencias de Naciones Unidas en coordinación con grupos de mujeres lanzaron una campaña en América Latina y el Caribe. Este esfuerzo fue convocado por el fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM). El esfuerzo principal a nivel regional fue la producción de cartelones y un paquete de material para la policía y la prensa. Además, el desarrollo de campaña en los medios incluyendo escenas en la televisión para hombre, mujeres y jóvenes sobre el tema. Otras propuestas incluyen los conciertos de música, alfileres y "stickers" para pegar en el carro, así como otras actividades a nivel nacional, en las cuales grupos de mujeres se organizaron para conmemorar en el 1998 Año Internacional de los Derechos Humanos con el mensaje de que los derechos de la mujer son derechos humanos.

5.10 MEJORES PRACTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La policía y los programas son necesarios para reducir la prevalencia de violencia doméstica, el cual considera los aspectos sociales, culturales y éticos. A pesar de la presencia de legislación nacional e internacional, por una variedad de razones es difícil para la mujer el reportar el abuso y buscar ayuda. Esto es importante para los oficiales del gobierno para que reconozcan la magnitud del problema de abuso y la importancia de programas de apoyo para prevenirlo. Las barreras culturales, las cuales evitan el reportar y acceder servicios que son necesarios considerar y no rendirse.

Los programas exitosos son aquellos que hacen el problema de la violencia doméstica visible a través de programas de entrenamiento para la policía y la judicatura, programas de radio, establecimiento de líneas calientes ("hotlines") u otros. Las instituciones del Estado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales deben involucrarse en el empeño de cesar la violencia. La mujer necesita estar consciente de que la violencia física y sexual contra la mujer no debe tolerarse y es una violación a sus derechos humanos. Ella debe estar consciente de los servicios disponibles, dónde los puede obtener y asegurarse dónde estar segura.

5.11 CONCLUSIÓN

Las investigaciones indican que la violación tiene un gran impacto político socio-cultural y económico. El problema de la violencia doméstica es uno que debe ser enfrentado por la sociedad, todas las instituciones del estado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales. Todos involucrados por sí mismos para la búsqueda de soluciones. Esto es materia de interés público que debe formar parte de la policía del Estado de cada país. Los gobiernos deben continuar eliminando la violencia doméstica, dándole una prioridad nacional y de continuar instituyendo una reforma de leyes comprensivas para proteger a la mujer contra la violencia doméstica, pero sin que continúe el abuso a la mujer y que la violencia doméstica continúe perpetuándose un estatus de discriminación política, social y económica contra la mujer.

5.12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa. (1997). Informe sobre Proyecto de Capacitación de Funcionarios Policiales en Atención de Sobrevivientes de Violencia Sexual. (Proyecto No Ven/91/Vo 1). Caracas, Venezuela: Author.
2. Bergman, B. & Brisman, B. (1991). A 5 year follow-up study of 117 battered women. American Journal of Public Health, 81, 1486-1488.
3. Campbell, J. C. (1989). A test of two explanatory models of women's responses to battering. Nursing Research, 38, 18-24.
4. Campbell, J.C. & Alford, P. (1989). The dark consequences of marital rape. American Journal of Nursing, 89, 18-24.
5. Cervantes Islas, F. (1997). The Men's Collective for Egalitarian Relationships: Reflections on a Working Experience with Men that recognize Themselves as Violent. Washington, D.C.: Interamerican Development Bank.
6. Chapman, J.D. (1989). A longitudinal study of sexuality and gynecologic health in abused women. Journal of American Obstetrics Association, 89, 619-624.
7. Díaz Charlarca, F. M. (1997). Violencia Sexual. Bogotá, Colombia: Centro de Recursos Integrales para la Familia.
8. Diehl, V. A., Zea, M.C., Espino, C. M. (1994). Exposure to war violence, separation from arents, post-traumatic stress and

- cognitive functioning in Hispanic children. Revista Interamericana de Psicología, 28(1), 25-41.
9. Dirección General de la Mujer. (1997). Guía de servicios. Buenos Aires, Argentina: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Promoción Social.
 10. Dobash, R. P., Dobash, R. E., Wilson, M. & Daly, M. (1992). The myth of marital symmetry in marital violence. Social Problems, 39(1), 71-91.
 11. González de Olarte, E & Gavilano Llosa, P. (1997). Poverty and domestic violence against women in metropolitan Lima. Washington, D.C.: Interamerican Development Bank.
 12. Granados Shiroma, M. (1997). Treatment and Prevention Networks for Domestic Violence: The Experience of Monterrey, México. Washington, D.C.: Interamerican Development Bank.
 13. Hilberman, E. (1980). The "wife-beater's wife" reconsidered. American Journal of Psychiatry, 137, 1347.
 14. Isis International. (1997, July). Hotlines against violence. Boletín Red contra la Violencia, 16, 23.
 15. Kerouac, S., Taggart, M. E., Lescop, J. & Fertin, M. F. (1986). Dimensions of health in violent families. Health Care of Women International, 7 (4), 413-426.
 16. Kurz, D. (1993). Emergency department responses to battered women: Resistance to medicalization. Social Problems, 34, 501-513.
 17. Ladd, G. W. & Cairns, E. (1996). Children: Ethnic and political violence. Child Development, 67, 14-18.
 18. Locke, C J., Southwick, K, McCloskey, L. A., Fernández-Esquer, M. E. (1996). The psychological and medical sequelae of war in Central American refugee mothers and children. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 150, 822-828.
 19. McCaulay, M. M (1997). Non formal educational program for the prevention of domestic violence. Washington, D. C.: Interamerican Development Bank.
 20. Morrison, A. & Orlando, M. B. (1997). The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua. Washington, D. C.: Interamerican Development Bank.

21. Organization of America States. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Washington, D.C: Author.
22. Putnam, F. W. & Trickett, P.K. (1993). Child sexual abuse: A model of chronic trauma. Psychiatry, 56, 82-95.
23. Richman, N. (1993). Annotation: Children in situations of political violence. Journal of Child Psychology and Psychiatric, 34(b), 1286-1302.
24. Smith, P.H. & Gentlemen, D. K. (1994). Psychological consequences of battering: implications for women's health and medical practice. North Carolina Medical Journal, 55(9), 434-439.
25. Thompson, M. & McGorry, P. (1995). Psychological sequelae of torture and trauma in Chilean and Salvadoran migrants: a pilot study. Australian and New Zeland Journal of Psychiatric, 29, 84-95.
26. United Nations. (1991). The world's women 1995. Trends and statistic. (Social statistics and indicators series K No. 8). New York, NY: Author.
27. Valdéz, E. (1997). The experience of the hotlines in El Salvador. Washington, D.C.: Interamerican Development Bank.
28. Villanueva, Z. (1997). Legislative reform and legal treatment of domestic violence: San José, Costa Rica. Washington, D.C.: Interamerican Development Bank.
29. Yunes, J. (1993). Mortalidad por causas violentas en la Región de las Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 114(4), 302-316.

6. ACERCAMIENTOS INNOVATIVOS PARA ALCANZAR LAS NECESIDADES DE SALUD DE UN PAÍS: UN CASO DE ESTUDIO

Purnima Sen

6.1 RESUMEN

A finales de los años ochenta, Belice, un país de América Central, experimentó un crecimiento en problemas de salud mental. Se percataron que en el país no tenían personal entrenado en el área de salud mental y psiquiátrico. Se planificó un proyecto que fuera costo-efectivo para enfrentar el reto y brindar servicios de salud mental en todas las regiones del país. El proyecto fue implementado en 1991 y completado en 1993. Se entrenaron profesionales de enfermería psiquiátrica a nivel primario. La efectividad del programa fue evaluada en 1995 y los resultados fueron: (1) los accionistas que participaron en el estudio expresaron satisfacción y confianza en estos profesionales de enfermería y (2) en su ejecución estos profesionales fueron significativamente superiores al probar su conocimiento y competencia con el equipo de control.

6.2 INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, las necesidades de salud de un país implican servicio de salud inadecuadas en las áreas materno infantil, inmunizaciones de niños o sanitarias básicas. Las necesidades de salud en Belice, el país en cuestión, eran en el área de servicios de salud mental y psiquiatría. A finales de los años ochenta, los oficiales de salud de Belice, particularmente los profesionales de enfermería de mayor grado expresaron preocupación por el aumento de la incidencia en el abuso de sustancias entre los jóvenes, el cambio en la estructura familiar y la falta de entrenamiento del personal de salud en el área de salud mental y psiquiatría. Se planificó un proyecto y se inició a principios de los años noventa para llenar las necesidades de servicio de salud mental del país. En este escrito se discute brevemente la naturaleza de los problemas identificados, la acción tomada y la efectividad de la misma.

6.3 BELICE Y LOS BELICEÑOS

Una breve descripción del país y de su gente proveerá un contexto apropiado para el escrito. Belice es un país sub-tropical de la América Central, al Norte limita con México, al Oeste con Guatemala y al Sur-este con el Mar Caribe. Es el único país de habla inglesa en la región y mantiene lazos con otros países en el Caribe en áreas como la educación, la economía, los servicios de salud y la cultura. Belice también mantiene relaciones con varios de sus vecinos centroamericanos debido a su localización geográfica.

Belice tiene una población de 205,5 mil habitantes y de esta población un 43,9% es menor de 14 años, un 51,9% está entre los 15 y 64 años de edad y un 4,2% es mayor de 65 años (1). A pesar de tener una población pequeña, el país puede sentirse orgulloso de su diversidad étnica. Los mestizos constituyen un 43,6% de la población (un marcado aumento debido a la inmigración de refugiados de los países vecinos), criollos 30%, garífunas 6,6%, mayas ketchi y mayas mopan 8%, y los menonitas, chinos e indios del este constituyen el resto de la población (2). El inglés es la lengua oficial, pero una gran mayoría habla español y creol.

Desde el punto de vista administrativo, Belice está dividido en seis distritos con carreteras pavimentadas y conexiones aéreas entre la mayoría de ellos. La única excepción son los distritos en el sur, los cuales no tienen carreteras pavimentadas y a menudo la comunicación es interrumpida por lluvias torrenciales. La comunicación entre las pequeñas aldeas se hace a través de atrechos, la accesibilidad es amplia y variada. A pesar de ser un país pequeño (8.867 millas cuadradas), un gran número de las áreas del país carece de acceso fácil. La Ciudad de Belice, Belmopan (la capital), y otras ciudades son muy extendidas pero cuentan con un sistema de transportación pública inadecuado.

En el Sistema de Planificación de Salud Nacional 1990-1994 (3) el gobierno de Belice ha incluido una estrategia de cuidado de salud primario utilizando participación comunitaria como medio para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El plan detalla las necesidades principales de salud del país. La mayor parte de la población alcanza el cuidado de salud por medio de los servicios brindados por el gobierno a los niveles primario, secundario y terciario. Los sectores privados y los organismos no gubernamentales (ONG's) también contribuyen con los servicios de cuidado de salud en el país. Los médicos, aunque empleados del gobierno, tienen permitido ejercer práctica privada lo que da lugar a conflictos de interés y problemas periódicamente.

De acuerdo a los servicios de salud mental, el informe de Arana (4) provee sobre el estatus de los servicios psiquiátricos en la actualidad de Belice. La salud mental es una dependencia del Ministerio de Salud. Los servicios de salud mental son provistos a pacientes hospitalizados a través del Hospital Rockview (algunos pacientes son admitidos en hospitales de distrito sólo como casos de emergencia). Los servicios de clínicas externas son provistos en clínicas psiquiátricas en los distritos (incluyendo en la clínica de la ciudad de Belice) y en los servicios psiquiátricos de la comunidad, lo que incluye servicios a otras facilidades (Ej. Asilos , residenciales, estudiantes y en la prisión). El gobierno de Belice estableció también el Consejo Nacional de Control de Drogas en 1990 (5), que tiene sucursales en todos los distritos. Belice con orgullo tiene una organización de voluntarios que proveen entrenamiento e investigación. La agencia trabaja con individuos, escuelas y grupos comunitarios sobre problemas relacionados al abuso de sustancias (6). El Patriarca es la única ONG que provee tratamiento y rehabilitación a personas con problemas de adicción.

6.4 NECESIDADES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICOS EN BELICE

Los trastornos de salud mental son una de las mayores causas de la pérdida de calidad de vida en el mundo (7). Una proyección estimada de un aumento de trastornos mentales afectará 88 millones de personas para el año 2000 en los países del Caribe y América Latina (8). En estudios epidemiológicos se ha revelado una relación inversa entre la clase social y los trastornos mentales. La crisis económica, el aumento en el urbanismo sin planificación, abuso de sustancias y la violencia son algunos de los factores que contribuyen a los trastornos mentales (9, 10). De acuerdo a Desjarlais et al (7) los problemas mentales, sociales y de comportamiento son un conjunto de problemas que se sobrelapan cuya intensificación afecta la salud y el bienestar con la interacción continua. Estas condiciones se deterioran más por la interacción de la política y la economía.

Belice también ha estado experimentado muchos cambios sociales. La emigración de los Beleceamos adultos dejando a sus niños al cuidado de los abuelos cambió la estructura familiar resultando en problemas relacionados al estrés. El abuso de alcohol y drogas y el flujo de refugiados de los países vecinos ha hecho de un problema complejo otro peor. Estos cambios causan estrés a los escasos recursos humanos particularmente en el sistema de cuidado de salud de Belice.

Belice no tuvo un médico psiquiatra u otro personal entrenado en el área de salud mental y psiquiatría hasta en 1992. Periódicamente, psiquiatras o profesionales de enfermería de salud

mental visitaban a Belice a través de servicios voluntarios “overseas” (VSO). Los oficiales de salud de Belice tenían que enfrentar el reto de proveer servicios regulares a las personas afectadas con los problemas emocionales y psiquiátricos.

Aunque el porcentaje de incidencia y prevalencia no estaba disponible, la magnitud del problema se tornó evidente. Teóricamente, un estimado de necesidades es lo deseado antes de iniciar un programa, pero el gobierno de Belice decidió actuar basado en la urgencia de la situación y la falta de personal entrenado (11). A la autora de este escrito se le pidió ayudar y en unión de las enfermeras de Belice se planificó un proyecto que se sometió al Gobierno de Belice para su aprobación y subsecuentemente fue financiado por la Agencia Internacional de Desarrollo de Canadá (CIDA, por sus siglas en inglés).

6.5 EL PROYECTO DE BELICE

Las estrategias utilizadas en el proyecto fueron:

- 1) Accesibilidad - los servicios deben estar disponibles y accesibles para todos los distritos.
- 2) Costo-efectivo - la población no podrá disponer de un médico psiquiatra en cada distrito. Las profesionales de enfermería entrenadas deben proveer el servicio y llenar la fuerza laboral necesaria.
- 3) Autoliquidable - el servicio debe ser autoliquidable una vez termine el proyecto.
- 4) Mejoras de calidad - los servicios del Hospital Rockview deben mejorar ya que estaban siendo cubiertos por enfermeras prácticas y auxiliares sin entrenamiento.
- 5) Propiedad - el uso efectivo de los recursos locales para la enseñanza y en las experiencias clínicas crea aumento en conciencia y en el compromiso.

El proyecto titulado “Programa de Entrenamiento para el Personal de Salud y Salud Mental y Psiquiatría en Belice”, fue planificado por la Escuela de Enfermería de Belice y el Memorial University School of Nursing.

Las metas del proyecto fueron:

- 1) Alcanzar las metas actuales de salud y servicios psiquiátricos necesarios para Belice.
- 2) Garantizar auto-suficiencia a Belice para que en el futuro se cubran las necesidades en el área.

En el plan del proyecto se propuso cuatro programas:

- 1) Un programa de entrenamiento de 10 meses por 3 años para preparar enfermeras/os graduadas/os para llevar a cabo el rol de profesionales de enfermería psiquiátrica en cuidado primario.
- 2) Un programa de entrenamiento de tres meses para asistentes psiquiátricos del hospital para que funcionen como auxiliares psiquiátricos.
- 3) Dos talleres curriculares para los miembros de facultad de la Escuela de Enfermería de Belice para integrar y fortalecer el componente de salud mental y psiquiatría en el curriculum de los profesionales de enfermería.
- 4) Educación en servicio a los oficiales médicos para que pusieran al día su conocimiento en el área de psicopatología y psicofarmacología. Esta parte era para ser ofrecida por el Presidente el Departamento de Medicina Psiquiátrica de Memorial University. No pudo ser implementada por la inacción del Departamento de Medicina en Belice.

Otro de los componentes propuestos en el Programa de Bachillerato de Enfermería no fue aprobado por el gobierno de Belice, así que se omitió de la propuesta final. Aunque se completaron de manera exitosa los tres primeros programas, el Programa de Entrenamiento a Enfermeras Psiquiátricas en Cuidado Primario (PNP, siglas en inglés), fue un componente crucial del proyecto. Por lo tanto, el resto de este escrito será dedicado a este programa.

6.6 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE ENFERMERAS PSIQUIÁTRICAS EN CUIDADO PRIMARIO EN BELICE

El currículo de Enfermería Psiquiátrica en Cuidado Primario adoptó un modelo ecléctico, el cual refleja la realidad socio-económica de Belice. Tenía un acercamiento pragmático, protegiendo la esencia de enfermería. En el diseño curricular se especificó que los primeros diez meses del programa serían para iniciar el proceso y el aprendizaje era continuo a lo largo de la vida para obtener el peritaje.

Se adoptó la filosofía, el marco conceptual y la estructura del currículo de la Escuela de Enfermería de Belice. El programa consistió en dos semestres, cada uno con catorce semanas de duración y dos meses de trabajo y de trabajo clínico adicional al final de los dos semestres para un total de 44 créditos (24 créditos teóricos y 20 créditos clínicos). Los cursos enseñados en el primer semestre fueron: Teorías de Personalidad, Consejería Individual, Estimado de Salud Mental, Uso de Sustancia y tres ubicaciones de experiencia clínica. El segundo semestre incluye:

Enfermería Psiquiátrica, Psicopatología y Tratamiento, Dinámica de Grupo y Consejería, Enfermería de Rehabilitación y dos cursos clínicos. Los cursos que recibieron mayor énfasis fueron Estimado en Salud Mental, Psicopatología y Consejería.

El reto mayor a enfrentar fue el hecho de la falta de facilidades clínicas requeridas para el entrenamiento profesional. El Hospital Rockview era la única facilidad psiquiátrica disponible, en la cual se brindaba servicio de custodia y no tenía enfermeras/os graduados (RN) en su equipo. Por lo tanto, había que organizar y utilizar todas las facilidades disponibles para las experiencias clínicas. Esto incluye áreas como: clínicas externas en el Hospital de la Ciudad de Belice, clínicas de salud en la comunidad (en particular las clínicas de salud de madre y niños), pacientes admitidos en el hospital de la ciudad de Belice (áreas generales) y las clínicas psiquiátricas de Belice. El Hospital de Rockview fue incluido como parte de las experiencias clínicas.

Unos cuantos lugares de NGO fueron incluidos también como experiencias clínicas, así se le proveyeron una gama de experiencias clínicas incorporando currículos a nivel primario, secundario y terciario. Durante ese período se encontraba un psiquiatra de VSO conduciendo clínicas en la ciudad de Belice y en otros pueblos. El brindó supervisión clínica a los estudiantes. Esta fue una oportunidad excelente para las experiencias clínicas donde estaban situadas estas profesionales de enfermería, luego de haber completado el programa.

El programa tuvo un enfoque comunitario desde el principio para poder llenar las necesidades del país. El programa tuvo una duración de diez meses y los últimos dos meses requerían de trabajo clínico en los distritos, donde se esperaba que los estudiantes empezaran a desempeñar sus funciones como profesionales de enfermería psiquiátrica de cuidado primario (PNP).

Se contrató un tutor de Canadá para enseñar y coordinar el programa de entrenamiento. El salario del facultativo, los materiales de enseñanza (incluyendo hard and software y ayudas audio visuales) el transporte y el estipendio estudiantil fueron subsidiados por la propuesta de CIDA. El gobierno de Belice garantizó las facilidades físicas a los estudiantes con salario completo y otros servicios de apoyo como secretaria y chofer. Algunos expertos locales de NGO se involucraron y contribuyeron de manera significativa con el programa PNP. Un total de dieciséis (16) RN completaron exitosamente el programa de PNP entre 1991 y 1993 y fueron asignadas a varios escenarios y regiones del país, incluyendo la Escuela de Enfermería de Belice (para preparar futuros profesionales de enfermería) en el Hospital Rockview y en la clínica Psiquiátrica de la ciudad de Belice.

Evaluación ¿Llenó las necesidades el proyecto?

Se reconoce que las organizaciones de cuidado de salud son bien complejas y conflictos subculturales moldean sus políticas (normas) y las acciones. Una gran parte de la planificación no está sujeta al análisis comprensivo y racional. A menudo la planificación descansa en los expertos, el empirismo y la experiencia, las pruebas y la solución inmediatas no existen. Los expertos en el campo de evaluación reconocen también cuán compleja es la organización de servicios de cuidado de salud. Algunos expertos han sugerido se adopten aproximaciones pragmáticas que respondan a la situación y que deben ser diseñados e implementados con los intereses de los accionistas en mente (12-17). De acuerdo a la revisión de literatura, se utilizó una aproximación pragmática al diseñar la evaluación investigativa.

Este estudio fue diseñado principalmente para explorar la efectividad del Programa de Entrenamiento de PNP y su impacto en las áreas de salud mental y psiquiatría en Belice. Se desarrollaron tres objetivos para el proyecto:

- 1) Determinar la adecuación en el funcionamiento de su nuevo rol como PNP.
- 2) Determinar el impacto que causa la PNP en los servicios de salud mental.
- 3) Obtener información sobre las competencias de las PNP y la satisfacción derivada de su nuevo rol.

Para propósitos de este escrito sólo se discutirá el tema de adecuación. Este tema se evaluó a través de la satisfacción expresada por los pacientes con el servicio brindado por la PNP, DMO y las percepciones de los grupos focales sobre la adecuación en la ejecución de la PNP y la diferencia entre grupos de PNP y el grupo control evaluando las competencias con cinco "vignette" en el área de salud mental y psiquiatría.

El diseño de este estudio incluyó técnicas de encuesta, cuasi experimental y grupos focales. La encuesta fue apropiada para poder obtener información con relación a la preocupación sobre la adecuación, impacto y satisfacción en este estudio. El procedimiento cuasi experimental fue útil en determinar la competencia relativa de las PNP y las enfermeras del grupo control. Esa comparación fue importante para poder demostrar que las PNP habían adquirido el conocimiento y destrezas apropiadas en el área de salud mental y psiquiatría más allá del que tiene el personal de enfermería ordinariamente. Se utilizaron los grupos focales para confirmar la adecuación del impacto y la ejecución.

Los datos fueron recopilados a través de entrevistas cara a cara utilizando preguntas abiertas y técnicas de grupos focales. Todas las entrevistas fueron grabadas en cintas magnetofónicas y transcritas. Los datos fueron analizados de manera cualitativa y cuantitativa.

La muestra incluyó a los accionistas principales, Ej. PNP pacientes/clientes 109, supervisores directos de PNP 5, PNP 14, enfermeras no PNP (control) 28, y representantes de la comunidad 23. La técnica de grupos focales se utilizó para el último subgrupo.

Los cuadros 6.1 y 6.2 indican la adecuación en la ejecución de las PNP desde la perspectiva de los clientes. Estos hallazgos reflejan la expresión de los sujetos sobre la confianza y satisfacción con las PNP.

Cuadro 6.1: Satisfacción en general de los pacientes con las PNP y la recomendación de los servicios para otros

RESPUESTAS	SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS		RECOMENDACION PARA OTROS	
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Sí	104	95,4	103	94,5
No	1	0,9	1	0,9
Faltaron	4	3,7	5	4,6
TOTAL	109	100%	109	100%

Cuadro 6.2: Personas y recursos utilizados para obtener más información sobre las enfermedades y las drogas

PERSONA RECURSO	ENFERMEDAD ¹		DROGAS ²	
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
PNP	62	56,9	65	59,6
Médicas	20	18,3	13	11,9
Familia y amistades	11	10,1	5	4,6
Ninguno	11	10,1	11	10,1
No aplica	--	--	4	3,7
Faltaron	5	4,6	11	10,1
TOTAL	109	100%	109	100%

1. $\chi^2 = 178.2569$; D.f. = 6; $p < .001$

2. $\chi^2 = 107.8349$; D.f. = 4; $p < .001$

Algunos de los comentarios emitidos por los clientes satisfechos:

“Me siento muy satisfecho con su atención porque su ayuda me ha permitido ver con claridad”.

“Ellas verdaderamente. Ellas te ayudan a unir tu vida”.

“Me gustaría que tuvieran más enfermas como ella para sentarse y hablar contigo. Llegan al problema y entiendes qué te está pasando y que no te juzgue. Sólo te escuchan y te aconsejan”.

Uno de los criterios principales de la competencia y adecuación de las PNP es su ejecución en la prueba de conocimiento comparada con las enfermeras que no son PNP. El conocimiento y las destrezas de las PNP fue evaluado en relación al grupo de control. A cada uno de los grupos se les presentó cinco “vignette”, seguidos por preguntas basadas en la formación de cada uno de los “vignettes”. Los “vignettes” incluyeron dos casos de psicosis aguda, uno con enfermedad mental severa y persistente, uno con pérdida de función del cuerpo como resultado de un accidente y otro de un adolescente con posible abuso de sustancias. A ambos grupos el experimental y el control se le solicitó responder a las preguntas de cada “vignette”.

Estas respuestas fueron resumidas y enviadas a cinco jueces (expertos en enfermería psiquiátrica) para que evaluaran las respuestas. Las transcripciones originales fueron enviadas a los países en caso de ser requeridas como referencia al evaluar los protocolos. Cualquier clave que identificara a los dos grupos se eliminaba para poder obtener un resultado ciego. La media obtenida de los dos grupos es presentada en el cuadro 6.3.

Cuadro 6.3: El valor de la media a razón de lo juzgado por la ejecución del grupo PNP y del grupo de control

	PNP	CONTROL
Vignette 1	2,2	1,4
Vignette 2	4,8	2,4
Vignette 3	3,0	1,9
Vignette 4	2,9	2,5
Vignette 5	3,0	2,2
TOTAL	15,9	10,4

Estos datos fueron analizados por el procedimiento ANOVA por (grupos) 2 y (medidas) 5. El análisis arrojó una variante múltiple significativa del efecto de grupo [$F(5,360)=12,17$, $p < ,001$]. Estos resultados indicaron claramente la ejecución superior del grupo, PNP sobre el grupo control. Para poder determinar el tipo de diferencia entre los grupos, el efecto invariable fue calculado para cada medida.

La diferencia entre la ejecución de grupos, a favor de las PNP en la medida 1 [$F(1,40)=20,51$, $p < ,001$], medida 2 [$F(1,40)=33,68$, $p < ,001$] medida 3 [$F(91,40)=20,04$, $p < ,001$] y medida 5 [$F(1,40)=19,60$, $p < ,001$] aunque la tendencia está en la dirección correcta.

El cuadro 6.4 revela la marca del estimado de auto-percepción. Debe observarse que la confianza en el rol recibió el promedio más elevado mientras que la percepción de adecuación y responsabilidad del programa recibió un promedio más bajo.

Cuadro 6.4: Escala promedio - Estimado de auto-percepción (Respuestas - 13 PNP)

Pregunta	1 ninguna	2 bajo	3 promedio	4 bueno	5 excelente	Total
Confianza en el rol				9	4	13
Confianza en la responsabilidad			1	7	5	13
Adecuación del programa por el rol			3	8	2	13
Adecuación del programa por la responsabilidad			5	6	2	13

El próximo subgrupo entrevistado fueron las supervisoras de PNP, quienes eran oficiales médicos de distritos (DMOS).

Los hallazgos principales de estos subgrupos se indican en el siguiente resumen:

- 1) Cuatro de cada cinco DMO expresaron confianza en la habilidad de las PNP.
- 2) Ninguno de los DMO tuvo problema con los PNP al diagnosticar y al prescribir medicamentos.
- 3) Las PNP y los DMO se consultaban entre sí y se asistían cuando era necesario.
- 4) Con frecuencia trabajaron en equipo de manera formal e informal.
- 5) Los PNP necesitaron servicio de transporte para brindar un servicio adecuado.

Algunos comentarios que ilustran la percepción de los DMO:

“Definitivamente sí existe una demanda para estas áreas”. “Como ella está aquí en un horario regular, definitivamente hay un buen impacto en el área”.

“Deseo enfatizar que las PNP han hecho una gran labor”. “Me han ayudado a mí, al hospital y a los alrededores a lidiar con este problema en particular”.

“Bueno, sí, ella es una gran ayuda, creo que ella es esencial, creo que ella es bien esencial en nuestro escenario hospitalario... Su presencia es bien, bien, esencial”.

El último subgrupo de sujetos consistió en 23 miembros representativos de la comunidad dividido en 3 grupos. La técnica de grupo focal fue utilizada para la recolección de datos. Los sujetos provenían del área educativa, servicio social, servicios de salud y oficiales de la ley, los cuales regularmente tienen encuentros con los problemas mentales en Belice. Los principales hallazgos fueron:

- 1) Reconocer que los problemas emocionales son una polémica seria especialmente entre los niños.
- 2) Reconocer que las PNP están bien calificadas para su rol y responsabilidad.
- 3) Percibir el rol principal de las PNP educando al público para promover la salud mental proveyendo apoyo a los pacientes y a su familia a la vez de actuar como consejera y persona de enlace.
- 4) La necesidad de PNP en cada distrito para ayudar a las maestras y los niños.
- 5) La necesidad de transporte para que las PNP brinden servicio en el lugar y a la hora apropiada.

Los miembros de los grupos focales percibieron que las PNP estaban bien calificadas para sus roles. Ellos opinaron que el programa de entrenamiento era bueno y valioso. Su descripción de roles de las PNP fue consistente con la manera que las PNP funcionaron en su distrito.

Estos resultados indican que las PNP proveer un servicio adecuado en sus respectivas regiones y también poseen las competencias requeridas para brindar los servicios. Existe congruencia con la percepción de todos los sujetos participantes en el estudio.

6.7 CONCLUSIÓN

La evaluación investigativa indica que uno de los componentes del proyecto, Ej. El Programa de Entrenamiento de las PNP ha sido efectivo y las PNP están llenando las necesidades de los servicios de salud mental y psiquiatría, según percibidas por los sujetos de los subgrupos. Durante el estudio se reveló también algunas brechas en los servicios relacionados a las facilidades y al apoyo necesario para proveer tales servicios. Uno de los impactos del proyecto ha sido el documentar conciencia sobre la salud mental y la necesidad del servicio entre los accionistas que participaron en el estudio.

Belice tiene ahora un psiquiatra Beliceño, y al fin, una PNP para cada distrito y en el Hospital Rockview. A través de sus aproximaciones innovadoras las PNP han llegado a las maestras de

escuela para que lidien con los problemas de los niños en su trabajo diario de la escuela, a los oficiales de la ley a quienes se les solicita manejar las emergencias psiquiátricas y otros profesionales que trabajan en áreas relacionadas. Estas aproximaciones sirvieron para ayudar a reducir el estigma y a aumentar conciencia sobre la naturaleza de la salud mental.

Belice ha enfrentado su reto sobre sus necesidades a través de una aproximación pragmática, pero debe mantenerse en mente la necesidad de continuar vigilante y de continuar el esfuerzo en mantener los servicios.

6.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministry of Education. Belize: Educational Statistical Digest; Belize: Ministry of Education; 1993.
2. Pan American Health Organization, Volume II: Health Conditions in the Americas, Washington, D.C; 1994.
3. PAHO-WHO. National health planning system: basic information for national and local health planning and management, 1990-1994. Belize: PAHO; 1994.
4. Arana, B. J. Psychiatric services in Belize (with special emphasis on the psychiatric nurse practitioners programme, Belize: PAHO OPS/OMS/HPP/012.94; 1994.
5. Commijs, C. (Ed.). Mental Health in Belize, Belize: Ministry of Health; 1991.
6. Pride Survey Project Team. Pride Belize School Drug Prevalence Survey, Belize, Central America, 1992. Belize: Pride; 1992.
7. Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A. World mental health, problems and priorities in low-income countries, New York: Oxford Press; 1995.
8. Pan American Health Organization, Volume II: Health Conditions in the Americas, Washington, D.C; 1994.
9. Harpham, T. Urbanization and mental health in developing countries: A research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. Soc. Sci. Med., 39: 233-245; 1994.
10. Levav, I., Restrepo, H., Guerra de Macdeo, C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: A new policy for mental

- health services. *Journal of Public Health Policy*, 15, p. 71-85; 1994.
11. Thorner, R. H. Health program evaluation in relation to health programming. In H. C. Schulberg & F. Baker (Eds.) Program evaluation in the health fields, Vol. II. New York: Human Sciences Press; 1979.
 12. Eisner, E. W. Educational connoisseurship and criticism: their form and functions in educational evaluation. Fetterman, D. (Ed.) Qualitative Approaches to Evaluation in Education, (p. 138-152). New York: Praeger; 1988.
 13. Fetterman, D. A qualitative shift in allegiance. Fetterman, D. (Ed.) Qualitative Approaches to Evaluation in Education, (p. 3-19). New York: Praeger; 1988.
 14. Logsdon, D. M., Taylor, N. E., Blum, I. H. It was a good learning experience. Fetterman, D. (Ed.) Qualitative Approaches to Evaluation in Education (p. 23-45). New York: Praeger; 1988.
 15. Patton, M. Paradigms and Pragmatism. Fetterman, D. (Ed.) Qualitative Approaches to Evaluation in Education, (p. 116-137). New York: Praeger; 1988.
 16. Rossi, P. H., Freeman, H. E. Evaluation: A systematic Approach, California: Sage Publications, Inc.; 1993.
 17. Schein, E. H. The clinical perspective in field work. Qualitative Research Methods, Series 5, California: Sage Publications, Inc; 1987.

7. INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA PERSPECTIVAS Y RETOS DE LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA PARA EL SIGLO XXI

María Teresa Orozco

Los problemas de salud mental en México, como en la mayoría de los países latinoamericanos, no han sido atendidos adecuadamente por razones que se limitan a la escasez de recursos ni por la prioridad a otros problemas de salud, sino porque están relacionados a la ignorancia, los temores y los prejuicios profundamente arraigados en nuestra cultura con la creencia absoluta de que estos problemas sólo están presentes en instituciones psiquiátricas. Sin embargo, cabe señalar que los trastornos mentales que se presentan en nuestra sociedad como producto de fenómenos ambientales, económicos y sociales, particularmente en las grandes ciudades en las que el hacinamiento, el desempleo, la desintegración familiar y la insuficiencia de satisfactores básicos se convierten en causa y efecto de desajuste psicológico y mental.

Por otro lado, los servicios de salud mental disponibles dentro del sistema general de salud, se insertan en una red que la componen los servicios del IMSS, ISSSTE y de la propia Secretaría de Salud, así como algunas instancias privadas en las que existe una gran desigualdad en cuanto a recursos y a la calidad de los mismos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), estima que por lo menos el 1% de la población del país se encuentra afectada por algún trastorno o padecimiento mental, y que aproximadamente un 10% de los individuos lo estarán en algún momento de su vida. Así también, el Banco Mundial, en el cambio de ubicación de carga de enfermedades 1990-2020 en la medida de años ajustados por discapacidad, indica que el lugar de ocupación de la depresión mayor cambia del cuarto lugar al segundo lugar. Los accidentes de tránsito del noveno al tercero, y la violencia del décimo noveno al doceavo lugar. Partiendo que las causas líderes de discapacidad en el mundo en 1990 fueron la depresión mayor con el primer lugar, el abuso del alcohol en cuarto lugar, el trastorno bipolar en el sexto, y en el noveno y décimo lugar la esquizofrenia y los trastornos obsesivos compulsivos respectivamente(1).

En estudios realizados por investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría, se reporta para México, Distrito Federal, una prevalencia de trastornos mentales de entre un 35% a un 55%, siendo atendido en el primero y segundo nivel de atención. El 21% de los casos(2) con una prevalencia de 29% a 51% con trastornos afectivos,

que en su forma más severa afectan por igual a hombres y mujeres. La tercera edad muestra una prevalencia mayor de este trastorno y de trastornos por déficit de atención hasta del 15% al 20% asociados a la presencia de trastornos depresivos en adultos y/o con el consumo de alcohol. Por último, los provocados por el uso y abuso de sustancias tóxicas en adolescentes.

Finalmente, en pacientes hospitalizados la morbilidad más frecuente se debe a los trastornos esquizofrénicos, el retraso mental y las psicosis orgánicas crónicas siendo frecuente el abandono en instancias de salud favoreciendo así el asilamiento.

Así, pues, de la Fuente, R. (3) hace hincapié en que los problemas de salud mental del país que requieren atención prioritaria a considerar son los del desarrollo, los neuróticos y los de adaptación. Por tanto, los servicios que se requieren para cubrir estas necesidades no son hospitales psiquiátricos, sino servicios en el primer nivel de atención donde se hace necesaria la creación de un modelo de atención basado en los principios del modelo del Alma Ata, donde las acciones se encaminen, más a la detección, prevención, diagnóstico y rehabilitación de los problemas de salud mental, ejecutado por un equipo multidisciplinario de salud mental que se introduzca en la familia del paciente y en la comunidad misma.

7.1 POR LO QUE RESPECTA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Ha quedado debidamente documentado, según trabajos realizados por la dirección general de salud mental y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, que en nuestro país los servicios de psiquiatría y salud mental son insuficientes en este nivel de atención médica, donde la población demanda la atención del psiquiatra, pues son pacientes que enfrentan problemas médicos que sobrepasan sus recursos adaptivos y/o pacientes con problemas médicos y sintomatología psiquiátrica, pacientes con manifestación somáticas y alteraciones psicopatológicas. En resumen, pacientes de hospital general que excepcionalmente acudirían a un hospital psiquiátrico. Por lo que el cuidado del enfermo con alteraciones mentales se ha incrementado en los hospitales generales y de especialidad.

Desafortunadamente, tampoco existen los recursos humanos especializados ni capacitados para cubrir los tres niveles de atención, siendo uno de los factores que más limitan las posibilidades de dar un servicio de calidad en el área de salud mental.

Los recursos de infraestructura (4) disponibles en el país son 8.131 camas censables distribuidas en instalaciones federales, estatales, con subsidio y privadas. Para los 93.000.000 de habitantes generales con servicio de psiquiatría y salud mental.

También se dispone de 203 clínicas de salud en el primer nivel de atención. Disponen con consulta psiquiátrica del total de recursos humanos. En estas instalaciones psiquiátricas federales existen 134 médicos generales, 195 psiquiatras, 125 médicos en contacto y 83 médicos en otras actividades. El personal de enfermería es de 1.501 enfermeras en contacto y 92 en otra actividad para 4.803 camas censables. Si partimos del indicador de la OMS donde nos indica que deben existir 5 médicos psiquiatras por 10.000 habitantes y 10 enfermeras por 10.000 habitantes, el déficit en nuestro país es mucho, pues existen 2 médicos psiquiatras por 10.000 habitantes y 0,4 enfermeras por 10.000 habitantes.

Por tanto, entonces es necesario implementar programas que capaciten al personal de enfermería para un desempeño adecuado en cualquiera de los niveles de atención en que éste se maneje y tenga la oportunidad de iniciarse en el campo de la psiquiatría y de la salud mental. Los tiempos actuales plantean retos para aquellos que dedicamos nuestra energía profesional al campo de la enfermería psiquiátrica y la salud mental.

Esta enorme deficiencia de recursos humanos se une a los importantes cambios y descubrimientos del aspecto biológico de la enfermedad mental en que la psiquiatría se ha vuelto más medicalizada, además de logros y avances de las neurociencias y la genética molecular donde se han empezado a clasificar y tratar las disfunciones bioquímicas del cerebro del sistema nervioso central, para el tratamiento de las enfermedades mentales, las cuales siempre han sido vistas como trastornos de entidad abstracta. Con esos descubrimientos científicos, también se ha desarrollado tecnología compleja que permite examinar con precisión la estructura cerebral. Es importante señalar que también se han encontrado evidencias de la liga existente ente las reacciones psicológicas y los eventos de la vida diaria.

Lo anteriormente expuesto nos haría suponer que los servicios que proporcionan las enfermeras dentro del área de psiquiatría y salud mental también ha tenido avances y logros importantes pero **“Desafortunadamente no es así”**.

Hay que advertir que no es mi idea hacer que las futuras enfermeras se conviertan en especialistas en salud mental y psiquiatría. La especialización debe venir necesariamente después de que la enfermera adquiera preparación general, con un criterio más amplio de lo que es la enfermera general. Para lograr esto, es necesario que dentro del plan de estudio se amplíen y definan actividades de enfermería encaminadas a la salud mental y la psiquiatría en sus tres niveles de atención, teniendo como estrategia la utilización de enfermería psiquiátrica comunitaria de enlace para un segundo nivel de atención y psiquiatría en instituciones asistenciales a enfermos agudos o pacientes con

cuidados prolongados, así como la elaboración de programas en: paidopsiquiatría, psicogeriatría, violencia, etc.

Teniendo como marco de referencia, el panorama epidemiológico de los trastornos mentales del país y de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a este rubro del quehacer de la salud pública. Para iniciar el próximo siglo, es necesario tener presente que las relaciones del trabajador de la salud con sus pacientes en países como el nuestro, son particularmente complejas por situaciones de tipo económico, social, exceso de cargas de trabajo y la falta de recursos institucionales, así como las condiciones de pobreza de la población usuaria, hacen que sea un trabajo difícil.

Por lo que es necesario recordar que la enfermera siempre ha sido vista como una profesión ingeniosa y se debe luchar por mantener. Sin embargo, en la medida en que fallamos en documentar nuestra práctica con conocimiento y tecnología disponible para nosotras, hacemos un mal servicio a nuestros pacientes y nuestra profesión.

7.2 FUTURO DE LA ENFERMERA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL PARA EL SIGLO XXI

El futuro de la enfermería psiquiátrica está lleno de retos. Debemos implementar programas de educación para la salud mental a la población y con ello disminuir el estigma de la enfermedad mental y las implicaciones que conlleva al personal de salud mental proporcionar cuidados al paciente. Por lo tanto, es necesario integrar la nueva ciencia y tecnología a nuestra práctica, educación e investigación, si es que queremos estar preparadas exitosamente para los cambios en el cuidado del enfermo mental y la intervención en el entorno familiar y la comunidad.

Debido al incremento de las enfermedades mentales, la enfermería psiquiátrica, al entrar al siglo XXI, enfrentará cambios muy importantes por lo que tiene que diseñar programas para los tres niveles de atención: psiquiatría comunitaria, psiquiatría de enlace y psiquiatría general, así como capacitar al personal de enfermería para ello. Quizás más que en cualquier otra especialidad, enfermería psiquiátrica cambiará, como resultado del desarrollo de la ciencia y de la tecnología que están evolucionando, el modo de pensar acerca del cuidado en nuestros pacientes. El personal de enfermería de otras especialidades necesitará poner más atención a este cambio que enfrenta la enfermería psiquiátrica requiriendo de nuevas formas de pensar acerca de su papel en el cuidado de los pacientes con trastornos emocionales, cognoscitivos y mentales y el manejo del mismo en los hospitales generales y de otra especialidad.

Una tarea prioritaria para el personal de enfermería del área de psiquiatría y salud mental es la de elaborar y publicar material educativo actualizado para el personal de enfermería en formación y para el personal de enfermería en áreas operativas asistenciales sin dejar de realizar investigaciones de modelos de atención de enfermería psiquiátrica en el país y su impacto en las áreas asistenciales con apoyo de los directivos de las instituciones. Aún más, la enfermera psiquiátrica en particular necesita renovar su compromiso de escuchar al paciente y familia para atender a los contribuyentes no biológicos de la enfermedad y su expresión.

7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programas de Salud Mental.
2. Subsecretaria de Coordinación Sectorial.
3. Coordinación de Salud Mental.
4. Secretaria de Salud, México, Nov. 1997.
5. De la Fuente, Ramón.
6. Consideraciones sobre los problemas mentales.
7. Conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo en el caso.
8. Salud Mental Vol. 13, No. 3, México, Sept., 1990.
9. De la Fuente, Ramón.
10. El tratado libre comercio y la psiquiatría retos, riesgos y oportunidades.
11. Salud Mental, Vol. 18, No. 4, México, Dic., 1995.
12. Caraveo, J. Jorge Cols.
13. Encuesta nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados.
14. Salud Mental, Vol. 18, No. 4, México, Dic., 1995
15. De la Fuente, Ramón.
16. Acerca de la salud mental en México.
17. Salud Mental V, No. 3, Otoño, 1982.

18. Castañeda González, Carlos-Cols.
19. Del asilo al hospital psiquiátrico moderno.
20. Psiquis, Vol. 11, No. 4, México, 1992.
21. Recursos de salud disponibles en México.
22. Revista de Salud Pública.
23. Vol. 18, No. 4, México, Julio - Agosto.

8. “EMPODERAMIENTO” PARA EL SIGLO XXI - APOYO PARA LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y FAMILIAS

Mary Lou de Leon Sianz

8.1 RESUMEN

El propósito de este escrito es identificar los múltiples factores que se deben considerar en el desarrollo, implementación y evaluación de un plan de salud mental para los niños y las familias de manera costo-efectiva con base comunitaria. En el mismo se discute la importancia de que en las escuelas se provea intervención temprana en el área de salud mental entre los niños y se identifiquen las necesidades. También debe considerarse la intervención preventiva.

El profesional de enfermería interactúa con el niño y la familia en las escuelas, los hogares y las comunidades. Ellas/os están en la mejor disposición para poder determinar si se necesita un estimado e intervención con el niño. Ellas/os pueden educar y brindar apoyo a los padres y niños en diversos escenarios (Johnson and Baggett, 1995). Más aún pueden brindar “empoderamiento” a los niños y padres para que tomen más responsabilidad de su salud mental y desarrollo emocional al ayudarles a comprender esta etapa de desarrollo según se expande su mundo social en el hogar, en la escuela y en la comunidad.

El “empoderamiento” le brinda apoyo al niño para tornarse una persona responsable y amable que puede tomar decisiones firmes y resolver problemas de manera efectiva (ISDD, 1995). El resultado del “empoderamiento” es un niño independiente y competente. El “empoderamiento” ocurre al ayudar al niño a desarrollar su estima transmitiéndole el mensaje de que se acepta y se toma en consideración sus ideas y sentimientos. Esto se traduce en respeto por el niño. Se trata de responder y nutrir al niño para que desarrolle su propio potencial.

Si nosotros deseamos comprender el desarrollo continuo del niño a través de los años escolares, no es suficiente concentrarnos en la influencia de la familia o en la práctica de socialización en los primeros años de vida. El desarrollo social y emocional es la base para las relaciones que dan sentido a las experiencias de la vida el hogar, la escuela y la comunidad. Los aspectos importantes en el desarrollo social y emocional durante este período son el apoyo y la seguridad en las relaciones que engendra la adquisición del auto-concepto y auto-estima al igual que su habilidad para funcionar como miembro de un grupo de pares y el alcance de logros en la escuela y más tarde en su vida (National Goals Panel, 1993).

En la medida que se acerca el siglo XXI, un gran número de cambios continúan influyendo los retos a enfrentar por las familias en los Estados Unidos y América Latina. Los cambios sociales han afectado profundamente la integridad de la vida familiar y el crecimiento y desarrollo de los niños. El aumento del estrés en la familia ha puesto en riesgo a los niños en el desarrollo de enfermedades mentales. Al mismo tiempo el cuidado de salud mental de los niños ha tenido una prioridad baja en los Estados Unidos al igual que en un gran número de lugares en América Latina. Los niños nunca han podido hablar por sí solos, por lo tanto, necesitan de profesionales para que le den el “empoderamiento”. A los niños se les mantiene invisible hasta que son descritos, contados y se hace referencia a ellos públicamente. Esto es particularmente cierto sobre los grupos de personas de color, los pobres, emigrantes o inmigrantes y aquellos juzgados como sociedad marginada.

Con el año 2000 tan cerca de nosotros, se torna crítico que los profesionales de enfermería psiquiátrica colaboren a nivel nacional y global en asociación con las familias y sus niños, con los gobiernos regionales, comunidades locales, universidades y escuelas de enfermería para desarrollar oportunamente un plan de salud mental interdisciplinario tomando en consideración la sensibilidad cultural. Esto no sólo proveerá “empoderamiento” a estos niños y a la familia para alcanzar los resultados esperados sino que contribuirá también a preparar a los profesionales de enfermería en salud mental de la comunidad para el próximo siglo. La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) tendrá que asumir el rol de determinar claramente lo que hay que hacer. La política, los programas e intervenciones que aseguran la salud física y mental de estos niños deben desarrollarse de acuerdo a la información longitudinal sobre la trayectoria alcanzada por estos niños y su familia. Es a través de las experiencias en la variedad de comunidades mundiales y los factores que promueven el conocimiento de su potencial dentro de una sociedad global creciente. El propósito de este asunto es identificar los factores múltiples que deben considerarse en el desarrollo incremental y evaluativo de ese plan de manera costo-efectivo.

8.2 TENDENCIAS GLOBALES Y CARACTERÍSTICAS DE MIGRACIÓN

8.2.1 Migración Global

Hoy en día se estima un movimiento migratorio de 100 millones de personas. (Meissner, Hormats, Walker & Ogata, 1993). La migración surge en tres patrones. La mayoría de la migración surge dentro del mismo país de origen. El segundo grupo es el de países que comparten linderos con países que son menos desarrollados y las personas de los segundos que se mueven a los primeros. El tercer

grupo, aunque menor, corresponde al movimiento que se da entre ciudadanos de países más desarrollados que comparten fronteras. (Meissner, Hormats, Walter & Ogata, 1993). El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR), la NU, agencia responsable de asistir y proteger a los refugiados, ha estimado que para el 1993 había 18 millones de refugiados al nivel mundial. En 1980 había menos de 8 millones. Otros 24 millones adicionales han sido desplazados de manera involuntaria dentro de su propio país en situaciones similares a refugiados. Ellos pueden cruzar linderos internacionales (GCIR, 1994).

Los refugiados reflejan el éxito político o el fracaso del mundo. El desplazamiento de los ciudadanos de su lugar de origen surge como resultado del rompimiento del gobierno de su país, de un agresor externo que abusa de los ciudadanos o de la inhabilidad de un gobernante para funcionar (US Committee for Refugees, 1993). Como la decisión a migrar puede estar influenciada por la combinación de factores económicos, sociales y políticos, la migración debe ser considerada bajo el contexto ambiental de desarrollo político externo, la política, la seguridad y la polémica de los derechos humanos.

8.3 FACTORES QUE AFECTAN LA TENDENCIA MIGRATORIA MUNDIAL

8.3.1 Político

Durante los últimos diez años se ha dado una poderosa tendencia de los sistemas políticos hacia la democratización acompañada por una mayor participación de las personas en determinar su propio futuro. No obstante, a pesar de que finalizó la guerra fría y la tensión Este-Oeste, continúan los conflictos y guerras. El beneficio de la paz no ha emergido en todas las regiones. (WHO, 1995). Mientras tanto, sigue en aumento el número de refugiados y el desplazamiento de personas con múltiples necesidades de cuidado de salud.

8.3.2 Económico

Dentro de la región de las Américas, se ha intentado integrar y compartir acercamiento en la solución de problemas, lo que ha culminado en acuerdos y pactos de integración económica para liberar el comercio entre las naciones, tales como: el North America Free Trade Agreement (NAFTA) y el Southern Common Market (MERCOSUR). Otra señal de coexistencia pasiva ha sido la iniciativa política colaborativa emergente como en el Parlamento Latinoamericano (PARLANTINO), (WHO, 1995). Esta tendencia cooperativa culminó en la celebración de la Cumbre de las Américas, realizada en Miami en 1994. Durante esta reunión, líderes de 34

países trabajaron para promover la integración económica y la liberación del comercio, reforzando así sus instituciones democráticas y contribuyendo al desarrollo en general (WHO, 1995).

No obstante, la privatización y la disminución de la inversión en los sectores sociales, tales como la educación y la salud ha tenido como resultado un aumento en la equidad con relación al cuidado de la salud, particularmente en la salud mental (PAHO, 1994). Los cambios socio-económicos y políticos en parte han contribuido a los problemas mentales prevalentes en la región de las Américas, problemas que tienen impacto directo en los niños. Estos problemas incluyen violencia, debilidad en la estructura familiar, ansiedad y depresión, efectos de la represión política y violación de los derechos humanos, fragmentación y debilidad del apoyo social, sufrimiento psicosocial entre los niños, los jóvenes y las personas de edad avanzada, el abuso de sustancias (alcohol y drogas), enfermedades mentales crónicas y las condiciones de trabajo y de vivienda no saludables.

El crecimiento prolongado de la economía y la abundancia de productos han hecho que surjan mejoras en materia de estándar de vida para algunas poblaciones en el mundo (WHO, 1995). No obstante, la pobreza ha continuado y continuará siendo un problema mundial mayor. La pobreza es un determinante de salud singular y principal en los individuos, la familia y la comunidad. El número de personas pobres ha aumentado sustancialmente tanto en los países desarrollados como en aquellos grupos desventajados y las comunidades dentro de países en desarrollo, en especial los arrabales en las grandes ciudades. Durante la segunda mitad de los años ochenta, el número de personas viviendo en pobreza en el mundo aumentó y se estimó más de 1,1 billón en 1990. Esto corresponde a más de una quinta parte de la humanidad (WHO, 1995).

8.3.3 Históricamente

El desarrollo de la migración contemporánea en Estado Unidos ha dado lugar a la expansión de América después de la prominencia global de la segunda guerra mundial. Las comunidades inmigrantes en Estados Unidos hoy en día están relacionadas a su historia e intervención internacional, militar, política, económica y cultural, particularmente en Asia, América Latina y el Caribe. Durante el período de la segunda guerra mundial, la inmigración legal a los Estados Unidos estaba asociada por la preferencia de las familias para situarse por medio de visas y la red establecida con familiares a través del tiempo, en vez del ciclo económico o de reclutamiento (Jasso and Rosenweig, 1990). Esta tendencia tuvo tremenda implicación en los niños, implicación que se abordara más tarde en este escrito.

A principios de siglo, 67% de los inmigrantes eran hombres. En 1941 la mayoría (55%) de los inmigrantes fueron mujeres (INS, 1994). Desde 1970 los inmigrantes admitidos para residencia permanente han llegado del Asia, América Latina y del Caribe. En el censo de 1990 se contabilizó 19,8 millones de personas nacidas en el extranjero que pasa a ser la cifra más grande de la población de inmigrantes a nivel mundial en un tiempo dado. En términos relativos, un 7,9% de la población en los Estados Unidos eran nacidos en el extranjero, una proporción más baja a fines de siglo (INS, 1990).

8.3.4 Desplazamiento, trabajo y reunión de familia

Los inmigrantes de los Estados Unidos de hoy reflejan una polarización que va desde personas bien pobres, jornaleros sin educación académica hasta los profesionales que están bien económicamente, que se da dentro de un contexto histórico y estructural diferente al pasado. Por ejemplo, el ingreso los refugiados políticos y asilados admitidos a los Estados Unidos se inició con el "Displaced Persons Act, 1948". Esta fue la ley que permitió la entrada legal de refugiados a los Estados Unidos (Rumbant, 1995).

Un segundo grupo de inmigrantes incluye a los profesionales con destrezas, ejecutivos y administradores, quienes han entrado como refugiados con visas de preferencia para trabajar, estudiar u otro estatus temporero (Rumbant, 1995). El tercer grupo son los jornaleros indocumentados, cuyo número empezó a aumentar luego de terminar el "Bracero Program en 1964". Este programa se inició con el propósito de cubrir la escasez de jornaleros en el área sur oeste de los Estados Unidos durante la segunda guerra mundial, pero continuó con la expansión de la economía durante la post-guerra.

La ley fue enmendada en 1976 y 1978, y se abolió el sistema de cuota de entrada dando prioridad a la unión de familia sobre las destrezas ocupacionales. Con la ley de inmigración de 1990, los familiares más cercano de ciudadanos adultos pueden entrar sin límites. Recientemente esta política fue modificada con mayores restricciones a la ley, lo que impide la reunión familiar. A los niños, la familia le ayuda a definir su experiencia en los Estados Unidos a través de la estructura familiar, clave para su éxito (Board on Children and Families, 1995).

8.4 TENDENCIAS GLOBALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL NIÑO

Cada vez nacen más de 145 millones de niños en el mundo. El descenso de un gran número está marcado por dolor, enfermedad y muerte prematura. Durante las últimas década, más de 1,5 millones de niños fueron matados en las guerras, más de 4 millones quedaron

físicamente incapacitados. Más de 5 millones fueron sometidos a trabajo forzado en campos de concentración y más de 12 millones perdieron sus hogares (UNICEF, 1993). Diez millones sufrieron problemas de salud mental (Organización Panamericana de la Salud, 1995). La hambruna y la deprivación perduró en Chad, Etiopía, Liberia, Mozambique, Somalia, Sudán y Uganda, fueron exarcebadas por el conflicto militar. Las cosechas, las carreteras, el mercado, las escuelas y las clínicas fueron destruidas (UNICEF, 1993). Así que los sectores económicos y políticos han provisto un fuerte ímpetu para la migración global.

Aún con el retroceso que ha ocurrido a nivel global de acuerdo a la UNICEF (1993) se ha progresado más en los últimos 50 años que en los previos 2.000. Desde el final de la segunda guerra mundial, el ingreso promedio se ha redoblado. La muerte de infantes y niños ha disminuido a la mitad. La proporción de niños que ingresan en las escuelas en los países desarrollados ha aumentado en más de un 75%. El polio se ha erradicado (PAHO, 1995). Durante este mismo período de tiempo el colonialismo se ha reducido, el "apartheid", casi se ha finalizado y se han roto las cadenas del fascismo y el totalitarismo. Dentro del período de una década, la mala nutrición, las enfermedades contagiosas de los niños y el analfabetismo en los niños pueden ser erradicada (UNICEF, 1993). Los cambios políticos y económicos al nivel global están empezando a crear condiciones que ofrecen esperanzas renovadas para sobre ponerse a los peores aspectos de la pobreza mundial especialmente en lo que respecta a los niños.

8.4.1 Estado de salud y salud mental

Ante ese progreso, un 15% de los niños en el mundo experimentan factores de riesgo debido a la guerra, violencia familiar, trauma, pobreza y explotación laboral, lo cual afecta de manera negativa su crecimiento y desarrollo. Estos números incluyen alrededor de 100 millones que fueron explotados en trabajos, más de 100 millones que fueron abusados, unos 50 millones que vivían en las calles y más de 20 millones refugiados o desplazados por las guerras o desastres naturales (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

El estado de salud de un gran número de niños inmigrantes y su familia empeoró a través del tiempo. En los estudios de investigación se ha documentado que al evaluar el estado de salud, se encontró que inmigrantes que tenían cinco años o menos de vivir en los Estados Unidos, estaban más saludables que aquellos extranjeros que vivían en los Estados Unidos de Norte América hacía más de 10 años (Stephen, Foote, Hendershot and Schvenborn, 1994). Entre las madres méxico-americanas, que habían inmigrado recientemente, se dedujo que probablemente tienen un embarazo sin dificultades físicas, tienen niños más saludables llevando su embarazo a término, lactan al bebé por más tiempo que las madres

mexicanas nacidas en América (Siantz, 1996). Es interesante reconocer que, para un buen número de inmigrantes, la práctica de salud existe en su cultura para proteger a la madre. Esto incluye el asegurar que la madre tiene la nutrición adecuada, el descanso y el apoyo de la red familiar durante el embarazo, pre y post-parto. Esto fue disminuyendo a través del tiempo en los Estados Unidos. Los mexicanos-americanos nacidos en los Estados Unidos que viven en la pobreza con el tiempo son más propensos a desarrollar las enfermedades de la pobreza: el alcoholismo, el abuso de drogas y la depresión que aquellos nacidos en México. En un estudio reciente se agruparon datos con todos los grupos de inmigrantes, y se encontró que al medir el estado de salud, los inmigrantes que vivían en Estados Unidos entre 5 años o menos, eran más saludables que los que nacieron como extranjeros y residían en los Estados Unidos por 10 años o más (Stephen, et al, 1994).

Puede que estos hallazgos respondan al hecho de que los inmigrantes llegan con una condición física que se enmascara durante el período de ajuste. Quizás los inmigrantes desarrollan comportamiento de alto riesgo en su salud con el tiempo, como beber alcohol, fumar u otros cambios en su estilo de vida. Por otro lado, como el estado de salud está altamente correlacionado con el ingreso económico de la familia, si disminuye con el con el tiempo, la mala salud puede que se deba a factores socio-económicos (Carlin, 1990, Stephan, et al, 1994).

Es menos probable que estas familias tengan acceso a los recursos de cuidado de salud, debido a que en sus trabajos no les proveen un plan de salud o por falta de recursos. Como resultado, según los niños crecen y se desarrollan, sólo recibirán cuidado de salud cuando presenten problemas agudos, pero no para prevención o intervención temprana. Si la madre no ha recibido cuidado prenatal es menos probable que busque cuidado para niños sanos, mientras el niño crece y se desarrolla.

En los Estados Unidos los niños y familias inmigrantes se enfrentan a una serie de demandas sociales y culturales que entran en conflicto mientras están tratándose de adaptarse a un país anfitrión cuya hospitalidad puede fluctuar entre atrayente u hostil, poco familiar y hasta discriminatorio. Ambos, padres y niños tienen que lidiar con pérdidas, separación, rompimiento familiar, además del estrés por la inmigración en sí. Estos eventos ponen gran estrés en los individuos al surgir los cambios personales y la adaptación. Estos niños y sus familiares tienen que adaptarse a un ambiente social, cultural, lingüístico y climáticos bien diferentes (Laosa, 1989). Es fácil de entender el porqué los padres y los niños están a riesgo en desarrollar depresión por el estrés al migrar (Esquinel, 1990, Golding and Burman, 1990).

La migración y aculturación requiere que los niños breguen con el estrés particularmente al perder su ambiente familiar y las

personas significativas en su vida. (García Coll, 1995). La reacción a la pérdida afecta su etapa de crecimiento y desarrollo. Durante la etapa temprana de la niñez los niños buscan apoyo en sus padres y no en los compañeros de juego. Consecutivamente, se le hace más fácil dejar sus amistades que más tarde en su vida (Maccoby, 1983). Para un niño es factible obedecer la decisión de sus padres a migrar, mientras que el adolescente reta la decisión de sus padres. La separación de la familia, será más estresante para los niños de seis meses a cuatro años que de más edad. Es durante este período que los niños establecen apego de manera selectiva y empiezan a mantener una relación durante el período de separación (García-Coll, 1995). El desarrollo congoscitivo también afecta la reacción a pérdida en los niños (Rutter, 1983).

Mientras que los inmigrantes enfrentan estrés, frecuentemente los refugiados enfrentan más estrés debido a la naturaleza de la experiencia por la partida prematura (Rumbant, 1991). Entre los refugiados de América Central, la exposición a la guerra fue el pronóstico más fuerte de estrés (Leslie, 1993). Los niños refugiados han sido descuidados porque ellos no pueden hablar por sí mismos y sus necesidades son obviadas por las expresadas por los adultos. (Eisenbrunch, 1988). Los niños refugiados experimentan violencia, pérdida y privación que los pone a riesgo al trastorno de estrés post traumático ("PTSD") (Athey and Atern, 1991, Rumbant, 1991). Los síntomas y severidad de las reacciones están asociadas con el grado de violencia, la presencia o ausencia de traumas personales, edad del niño y el acceso al apoyo familiar (Athey and Ahearn, 1991, Munroe-Blum, Boyle, Offord and Kates, 1989). Los niños que se mantienen con su familia biológica presentan menos daños psicológicos por el fuerte lazo que se desarrolla durante la crisis compartida por la familia (Ressfer, Boothby, and Steinbock, 1988).

8.4.2 Aculturación

El proceso de aculturación requiere que el niño inmigrante integre la cultura de sus padres y se someta a la cultura del país en el cual vive. Se ha informado que los padres inmigrantes esperan que sus hijos se tornen biculturales y bilingües. Se espera que los niños no sólo mantengan su cultura y herencia nativa, sinoo que adopten las estrategias que les hagan exitosos y se consideren aceptados por el país anfitrión (Lambert and Taylor, 1990). Una de las dificultades principales en aceptar dos culturas es el conflicto que causa la transculturación transgeneracional. A medida que se alienta a los niños a triunfar, se tornan más enajenados de la cultura de su país. El conflicto normal de generaciones que los padres y los hijos experimentan se exarceba cuando ocurre la socialización en diferentes culturas que lleva a los padres y los niños a conflictos (Cropley, 1983).

8.4.3 Biculturalismo

Mientras que a los niños inmigrantes en el pasado se les ha considerado divididos entre dos mundos, un concepto más reciente de biculturalismo ha enfatizado la habilidad que la persona ha adquirido para funcionar de manera efectiva en dos o más culturas sin efectos negativos (Ogbu, 1994). Lo que esto quiere decir es que los niños pueden vivir en dos culturas al tornarse competentes en las creencias y los valores de ambas culturas, al desarrollar actitudes positivas sobre éstas y mantener relaciones efectivas con ellas, con destrezas de comunicación, un margen de comportamiento cultural aceptable y un sentido de aceptación en ambas. (La Fromboise, Coleman and Gerton, 1993).

8.4.4 Identidad étnica

La migración tiene un impacto en el desarrollo social y la identidad étnica del niño, particularmente durante la adolescencia según ellos se desarrollen dentro de un contexto que pueda ser diferente en raza y cultura del país anfitrión (García, Coll, 1995). Históricamente a la identidad se le ha definido como una etiqueta étnica. Recientemente, se ha sugerido que dicho concepto tiene varias dimensiones: auto-categorización, conocimiento, actitud y sentimiento al igual que conducta relacionada a su propia cultura (Bernal, et al, 1990).

El lenguaje en particular ha sido vinculado con la formación y mantenimiento de la identidad étnica. Quienes hablan inglés están más propensos a identificarse como americanos. Por otro lado, aquellos que son más fluidos en su lengua nativa probablemente seleccionan su identidad nacional. Aquellos que son bilingües lo más probable seleccionen una identidad con guión (mexico-americano, chino, americano) (Rumbant, 1995).

8.4.5 El impacto de ser padre

Los niños inmigrantes son parte de una familia y no pueden ser considerados en aislamiento. La estructura familiar, la dinámica de salud mental de los padres y su comportamiento tiene un impacto directo en el bienestar del niño (Board on Children and Families, 1995). Existe un largo historial en los estudios de investigación sobre el impacto negativo de las circunstancias difíciles que enfrentan las familias inmigrantes. Por ejemplo, las condiciones estresantes, tales como la pobreza, la familia numerosa, la condición de vivienda asinada y desempleo están relacionados a la hostilidad y al comportamiento de rechazo por parte de la madre, la depresión materna es un mal pronóstico para el desarrollo del niño (Mc Loyd and Wilson, 1991).

Recíprocamente, el comportamiento de los padres sensitivos a la personalidad, las capacidades y las tareas de crecimiento y de desarrollo de sus niños, alientan a una variedad de resultados de desarrollo valioso, incluyendo socialización competente, al logro intelectual y la seguridad emocional (Baldwin and Coll, 1992, Belsky, 1984, Rutter, 1990). Durante los años pre-escolares, el cuidado de los padres y el control, alienta a los pares y adultos a entrar en una relación amigable y de cooperación (Baumir, 1971, Belsky, 1984, Garmezy, 1990, Luthar and Zigler, 1991). Esta tendencia continúa a través de los años escolares con el razonamiento y la inducción de los padres, la disciplina consistente y las expresiones de cariño (Mc Call, Applebawm and Hagarty, 1973, Garmezy, 1990).

Un ejemplo demostrado en un estudio de investigación hecho con niños y familias de granjeros méxico-americano, subraya la importancia del apoyo social que dan los padres al aceptar a los de sus niños y su conducta en las escuelas (Siantz, 1994). Los padres y madres migrantes tienen diferentes recursos de apoyo social dentro y fuera de la familia. El padre particularmente busca el apoyo fuera del hogar. La madre y los maestros tienen diferentes puntos de vista sobre el comportamiento de los niños en el hogar y en su desempeño en la escuela (Siantz, 1994).

8.4.6 Estrés y resistencia

Cuando se enfrentan a factores estresantes, un gran número de niños desarrolla problemas psicológicos y de comportamiento. Las enfermedades, el nacimiento de un nuevo niño en el hogar, un divorcio, una mudanza, la migración, la frustración y la ausencia temporera de uno de los padres son factores comunes de estrés. Sin embargo, existen niños que sobreviven a las guerras, al estar sin hogar, a temblores de tierra y a la pobreza crónica. Estos niños son capaces de sobreponerse al estrés en sus vidas y arremeter contra las circunstancias que afectarían el sistema emocional de la mayoría de los niños.

El fenómeno de mantener funciones adaptativas en la presencia de estrés se han designado como "resistencia", (Garmezy, 1991). Frecuentemente, los niños que han desarrollado trastornos emocionales, han sufrido una acumulación de un gran número de experiencias estresantes por largo tiempo. Aquellos niños que se han expuesto a uno de los numerosos factores estresantes, a menudo puede sobreponerse al estrés. No obstante, cuando dos o más de estos factores están presente, se cuadruplica el riesgo de desarrollar un trastorno emocional (Rutler, 1987). Cuando no son abrumados por todos los lados, ellos pueden lidiar con las circunstancias adversas.

Varios estudios de investigación han identificado "factores protectivos" que funcionan para reducir tales factores estresantes. (Garmezy, 1983, Rutter, 1987). Factores protectivos que contribuyen a la resistencia en el niño incluyen: la personalidad del niño, la habilidad para solucionar problemas, la disponibilidad del apoyo emocional y experiencias compensatorias. Los niños que son amigables y sensibles a otras personas, son independientes, tienen una autoestima elevada y pueden manejar mejor las circunstancias. Los niños resistentes pueden tener una buena relación con los padres que le apoyan o tienen una buena relación por lo menos con una persona adulta significativa. Esta relación significativa al igual que el ambiente de apoyo en la escuela y una experiencia exitosa en la escuela puede ayudar a reponer una triste vida en el hogar (Garmezy, 1991; Garmezy, 1983). La figura Núm. 1 presenta un modelo analítico de las fuerzas conjuntas hipotéticas para predecir los resultados en los niños. Es un modelo que he aplicado en mi estudio de investigación con los niños y familias granjeras mexicano-americanas. No significa que es inclusivo, pero sí provee un marco de referencia para la consideración de las influencias conjuntas que impactan los resultados en los niños. Representados en esta figura están los conceptos claves de la teoría de resistencia: factores de riesgo y protectivos y sus resultados en los niños. Un gran número de lo que se ha presentado cae bajo esta categoría. El modelo se monta en lo que expone Garmarzy (1985) y Laoza (1990), en su marco conceptual sobre estrés y resistencia y se ha extendido para incluir los conceptos relevantes de resultados exitosos entre inmigrantes y los niños migrantes. En este modelo la diferencia relacionada al ambiente, el estrés en la familia (factores de riesgo), características de padres e hijos (factores protectivos) se espera que influyan en los resultados esperados en los niños (adaptación o maladaptación). Enfatiza la importancia de la unión entre las características del padre y el niño para lograr los resultados esperados en el niño. Para un niño inmigrante los resultados positivos de la migración necesitan realizarse. Por ejemplo, en estudios de investigación se ha identificado los beneficios académicos positivos que resultan de conocer dos lenguajes. Esto se debe en gran parte al uso del cerebro en el proceso.

El concepto de riesgo implica la identificación de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en el aumento de probabilidad de resultados negativos para los niños (Garmezy and Masten, 1990). Se presume que los factores protectivos inhiben en el niño la manifestación de resultados negativos, que son los atributos que poseen las personas, el ambiente y eventos que aparentan aminorar las predicciones de mala adaptación basados en el estatus de los riesgos individuales (Rutter, 1990). Los factores que se han encontrado que protegen a los niños incluyen: (a) las habilidades que posee el niño para solucionar problemas, su

temperamento, cómo percibe la competencia social y su estado de salud, (b) la cohesión en la familia y (c) cómo los padres y los niños hacen uso de la accesibilidad a los sistemas de apoyo externos.

¿Por qué algunos inmigrantes se adaptan de manera exitosa a su nuevo ambiente, aún a las circunstancias que exceden las normas académicas y sociales de los nativos en EU, mientras que otros no se adaptan de manera positiva? Entre los hispanos, la prevalencia de los problemas de salud aumenta como función del tiempo en los EU. (Barl, 1979, Borjas and Tienda, 1985, Canino, Earley and Roger, 1980, Valdez, 1986). La evidencia sugiere que los hispanos varían grandemente en sus estrategias para lidiar, ajustarse, desarrollarse y adaptarse (Laosa 1990, London, 1990). Su vulnerabilidad a eventos y a procesos asociados a su inmigración y a la experiencia de ajuste también varía.

En los estudios de investigación es cada vez más importante identificar las competencias y los resultados esperados positivos en vez del desajuste en presencia de riesgo. Además, los niños inmigrantes necesitan ser estudiados en su derecho descartando el punto de vista de que se necesite un grupo de "control" para una interpretación adecuada.

Los profesionales de enfermería que trabajan con niños a riesgo necesitan estimar la acumulación de factores de riesgo que éstos experimentan e identificar los factores protectivos que están presentes para poder determinar el nivel de vulnerabilidad existente. La intervención debe desarrollarse para que se disminuya el riesgo, apoyar y aumentar los factores protectivos y prevenir que ocurran problemas potenciales. Es importante reconocer que en general los niños con un historial de exposición a eventos estresantes son más propensos a desarrollar problemas de salud mental.

Según los servicios de apoyo que ayudan para facilitar las vidas a los padres, esos servicios también pueden ayudar a los niños a lidiar con algunas de las realidades difíciles de sus vidas. El reconocer y apoyar temprano los factores que promueven los resultados positivos en los niños bajo estrés son áreas importantes para estimar e intervenir.

8.4.7 La necesidad de prevención entre niños

La necesidad para prevenir existe en la actualidad. La prevención es una ciencia multidisciplinaria que está fundada en la investigación básica y aplicada de una serie de disciplinas, educación en salud, psicología, educación, medicina, salud pública, enfermería, sociología, economía, educación en salud, comunicaciones y justicia criminal. Los tres tipos de prevención son diferenciados sobre la base del tiempo y las metas básicas de

la intervención. La prevención primaria es intervenir con las personas normales para poder prevenir que surjan problemas. Los niños que participan en los programas de prevención funcionan dentro del orden normal. La meta es intervenir para prevenir problemas futuros. Por otro lado, la prevención secundaria consiste en la intervención temprana para aquellos con problemas subclínicos para prevenir el desarrollo de una disfunción seria. La prevención terciaria es para intervenir en aquellos que se ha identificado que tienen problema para reducir la duración y las consecuencias negativas de los trastornos existentes.

En 1994 el Instituto de Medicina propuso una terminología para la prevención de trastornos mentales. El Instituto sugirió que sólo las intervenciones desarrolladas para prevenir el inicio de un nuevo trastorno son consideradas preventivas descartando el término prevención terciaria. Se debe hacer la diferenciación entre la intervención universal preventiva y las selectivas. De acuerdo a Dulak (1997), la prevención primaria puede ser dividida en seis categorías basadas en las tres maneras principales que se utilizan para seleccionar a las personas para la intervención. Primero, un acercamiento universal utiliza como blanco a todos los niños disponibles en una población. Por ejemplo, los jóvenes de primer año "freshman" en la escuela superior. Otro acercamiento es el de riesgo o alto riesgo, que señala a la población que está en alto riesgo frente a la eventualidad de problemas, pero aún no presentan manifestaciones. El ejemplo incluye a niños de padres depresivos o con uso y abuso de sustancias que está en riesgo a una variedad de desajuste. Un acercamiento de prevención primaria se utilizan con estos niños como blanco para la prevención. Tercero, en un acercamiento de transición los niños que están cerca de experimentar un evento particular de transición o un evento estresante en su vida son blancos para intervención. Algunos de estos eventos de transición en su vida, como inmigración o migración, pueden tener efectos negativos. La intervención asiste a estos niños a dominar o negociar la transición o evento estresante de manera exitosa. Los niños cuyos padres están divorciados o que están cambiando de escuela pueden ser candidatos para un programa de prevención primaria.

Los dos principales niveles de intervención en prevención primaria están centrados en las personas y centrados en programas ambientales. Eso es, los individuos vs la ecología o intervenciones de sistema por niveles. Los programas centrados en la persona intentan cambiar al individuo directamente sin intentar cambios principales en el ambiente. Mientras que los programas ambientales intentan influenciar en los niños indirectamente al modificar su ambiente. Las intervenciones ambientales usualmente focalizan en el ambiente social, tales como las intervenciones que ocurren entre los niños y sus compañeros, maestros o miembros de la familia.

Es posible cuatro niveles de intervención ambiental: (1) familia, (2) interpersonal más allá de lo familiar, incluyendo maestros y compañeros, (3) organizacional incluyendo el salón de clases o la escuela y (4) la comunidad. En la intervención centrada en la persona se necesita identificar cuáles de las características individuales son importantes para el ajuste. ¿Debe la intervención utilizar como blanco el conocimiento, las actitudes, la percepción, el comportamiento específico o todos estos? Un acercamiento sobre el riesgo necesita métodos confiables y válidos para identificar el estatus de riesgo. ¿Cómo podemos identificar la persona que está en riesgo? Aquellos que estén conduciendo intervenciones ambientales deben establecer cómo identificar medidas y modificar las semejanzas ambientales en los diferentes niveles de intervención. ¿Cuáles de los aspectos en las funciones de familia, la influencia de los compañeros y la vida organizada y de la comunidad, son más importantes y cómo pueden cambiarse? Los programas de transición tienen sus propios interrogantes. ¿Cuáles de los eventos tiene implicaciones importante para el ajuste y el desajuste? ¿Cómo influye el proceso de transición y el estrés de manera efectiva? Se requiere de estudios de investigación para responder a todas estas preguntas (Durlak, 1977).

8.5 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN ESCUELAS DE LA COMUNIDAD PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

8.5.1 Polémicas de Intervención

El impacto de la familia y la escuela de una intervención de salud mental exitosa para los niños escolares no se puede exagerar. El significado que tiene la familia en el desarrollo de un niño bien adaptado ha sido bien reconocido en los estudios de investigación y en la práctica. Mientras la intervención de enfermería con niños, tradicionalmente ha reconocido la importancia de la intervención de la familia y la enseñanza a los padres, los modelos de enfermería tradicionalmente han focalizado en el paciente individual y no en el sistema familiar (Bishop, 1988). A veces los modelos de enfermería han descuidado el reconocer el crítico rol de la familia en la prevención, la intervención temprana y los resultados exitosos.

Idealmente, la salud mental de un niño de edad escolar y su desarrollo psicológico se fortalece si el niño es miembro de un sistema de familia saludable, según se ha discutido previamente. Partiendo de esta suposición, los profesionales de enfermería no deben limitar sus actividades a comprometer a los padres a apoyar o asistir a sus niños de mediana edad. El profesional de enfermería que utiliza como blanco la salud mental debe acertar la capacidad de la familia completa al cuidar y promover un desarrollo positivo

en todos sus miembros. Al fortalecer la autonomía y la capacidad de la familia, los profesionales de enfermería habrán establecido una base sólida en la cual podría planificar programas que promueven la salud mental y el bienestar de los niños de edad escolar (Bishop, 1988). Con esta capacidad, los profesionales de enfermería llevan la responsabilidad dual hacia el niño y la familia.

La escuela también provee un escenario, adicional a enfermería, para promover salud mental e intervención temprana. Los niños entran a la escuela como a los cinco años de edad. Previo a esta edad, los padres y el hogar tienen un rol principal en el desarrollo temprano. Una vez que el niño inicia la escuela, ellos pasan el mayor número de sus horas despiertos allí, por un número de años, lo que es crucial para el desarrollo cognoscitivo y social del niño.

A menudo la escuela es vista como una institución de ayuda que promueve el crecimiento y desarrollo saludable del niño. Los padres frecuentemente trabajan en compañía con el personal de la escuela para guiar el desarrollo de su niño durante los días escolares. Un gran número de problemas mentales son manifestados en la escuela. La identificación e intervención temprana con los niños que manifiestan síntomas de problemas emocionales o de comportamiento pueden tener muchos beneficios. La aptitud y confianza como aprendiz y como persona de valor puede aumentar con su estado de salud mental. Los niños que se consideran competentes probablemente se sienten menos frustrados y necesitan echar fuera su estrés (Opie and Slater, 1988). Finalmente, en la salud mental de los niños en las escuelas debe ser tratada tan agresivamente como lo es la salud física.

La identificación e intervención temprana disminuirá los efectos a largo plazo de los problemas de la salud mental. Los niños que son tratados antes de que su problema se torne severo son los que probablemente resultan ser adolescentes mejor ajustados y adultos productivos. Los profesionales de enfermería escolar están en un puesto estratégico para identificar y proveer prevención temprana, especialmente si tienen preparación adicional en salud mental o colaboran con profesionales de salud mental. Los profesionales de enfermería escolar son bien reconocidos y respetados y brindan confianza a todos los que trabajan con él (padres, niños, personal escolar). Tienen un rol dual de defensor: para el niño y para la familia (Siantz, 1988).

8.5.2 Capacidad Cultural

El sistema de cuidado de salud en los Estados Unidos ha servido a la mayoría de la población con recursos limitados para alcanzar las necesidades de las personas pobres que experimentan diferentes enfermedades, prácticas culturales, dietas o lenguaje. La escasez

de los proveedores y los programas que brindan servicio a las necesidades de cuidado de salud primario y preventivo a la población de bajo ingreso, le han disminuido los recursos disponibles a los hispanos. Mientras que todas las familias pobres, de otros grupos étnicos experimentan un corte en los recursos disponibles, la experiencia de las familias hispanas ha aumentado debido a las necesidades culturales y lingüísticas (Lewin/ICF, 1991).

La habilidad bilingüe por sí sola, no obstante, no es suficiente para asegurar un buen cuidado y eficiencia. La sensibilidad cultural y familiaridad con la cultura del paciente se considera un elemento crucial. Los proveedores de cuidado de salud que no pueden establecer un acercamiento de confianza con los pacientes debido a su inhabilidad para comunicarse al nivel personal, experimentan menos cumplimiento en el régimen de salud entre sus pacientes. Los problemas sociales y culturales de falta de comunicación, falta de información, incomprensión y desconfianza en la relación entre los proveedores de cuidado de salud y el cliente sólo crean barreras (Rumbart, Chaves, Moser, Pickwell and wishik, 1988). Asimismo, la diversidad de lenguajes causa dificultades a aquellos proveedores que desconocen sobre las multiculturas. Los investigadores han encontrado que al establecer un canal abierto de comunicación requiere sensibilidad hacia la cultura hispana, además, para establecer una asociación con el paciente negociando la mejor forma para decidir cómo se alcanza la mejoría en su salud (Pinderhuges, 1989). La sociedad con profesionales de enfermería psiquiátrica de Latino América tienen el potencial para ayudarnos a comprender, identificar y evaluar sensibilidad cultural en las intervenciones de enfermería y maneras de cómo preparar enfermeras/os psiquiátricas/os del siglo XXI para que se tornen culturalmente competentes.

8.5.3 Cuidado de Salud Culturalmente Competente

El cuidado de salud culturalmente competente involucra a sistemas de agencia y a proveedores de salud que valoran su habilidad para responder a las necesidades clínicas de la población cuyas culturas son diferente de las suyas (Isaac and Benjamin, 1991). La cultura denota un patrón integrado de comportamiento humano que incluye pensamientos, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores y una institución de grupos raciales, étnicos, religioso o social. Por otro lado, la aptitud implica la capacidad para funcionar dentro del contexto de patrones de comportamiento integrados en una cultura, según definido por un grupo. Unidas, las aptitudes culturales facilitan el desarrollo de un conjunto de comportamiento congruente y políticas que en un sistema, agencia o entre profesionales que ayudan a ese sistema, agencia o profesional para que opere efectivamente en una situación

de cruces de cultura (Cross, Bazron, Dennis and Isaac, 1989). La aptitud cultural demuestra honor y respeto por la dignidad, creencias, estilos interpersonales, actitudes y el comportamiento de todas las personas, así que el principio de persona es uno importante para ser aplicado. Debe ser reflejado en políticas organizacionales, de administración, de entrenamiento y de servicio.

Se han encontrado cinco elementos esenciales que contribuyen a un sistema institucional o a que la agencia se torne más competente culturalmente. Estos son: (a) valorización de la diversidad cultural, (b) la capacidad para auto-análisis cultural, (c) la conciencia de la dinámica inherente cuando las culturas interactúan, (d) el conocimiento cultural institucionalizado y (e) la adaptación de servicios dirigidos que reflejan una comprensión de la diversidad cultural (Cross, Bazron, Dennis and Isaac, 1989). Estos cinco elementos deben verse reflejados en todos los niveles de una organización al desarrollar políticas, administración y practicar actividades incluyendo actitudes y estructuras.

8.5.3.1 Valorando la diversidad cultural

Las personas que valoran la diversidad cultural respetan su valor e integran esos valores a las políticas, programas y a los servicios que están siendo desarrollados (Isacc and Bejamin, 1991). Todos los individuos dentro de una comunidad comparten necesidades básicas, aunque ello difiera de acuerdo a las necesidades específicas y los tipos de ambiente que le ofrecen apoyo para crecer.

8.5.3.2 Autoanálisis cultural

Las organizaciones de cuidado de salud, no sólo deben autoanalizarse, sino que también deben desarrollar un sentido de su propia cultura para que puedan entender cómo su sistema establece linderos comunes con otras culturas. Los cursos de acción que minimizan las barreras de cruces culturales pueden entonces ser identificados (Cross and Benjamin, 1989).

8.5.3.3 Interacción cultural

Sin una comprensión de las dinámicas de los cursos culturales pueden ocurrir interpretaciones falsas y errores en juicio. Al entender las dinámicas de los cruces culturales se mejora la comunicación.

8.5.3.4 Conocimiento cultural

Las organizaciones que brindan servicios a personas de color con condiciones crónicas o impedimentos o que estén a riesgo de impedimento deben incorporar conocimiento cultural en su modelo de servicios de salud dirigidos. Todos los niveles del sistema necesitan información exacta o acceso a ésta. Se tienen que desarrollar mecanismos dentro del sistema para alcanzar el conocimiento necesario (Cross and Benjamin, 1989).

8.5.3.5 Adaptación cultural

Se entiende como un sistema de políticas para ayudar a personas y familias a desarrollar aptitudes culturales que faciliten su adaptación al nuevo ambiente de manera más legítima.

8.5.4 El Rol de la Organización Panamericana de Salud

El rol de PAHO en la iniciación, diseño e implementación de un programa de salud mental preventiva para niños y sus familias debe incluir: apoyo como defensor, cooperación técnica y administrativa y de manejo. Su rol en la planificación estratégica en la investigación de enfermería comunitaria y la intervención en el cono sur es un ejemplo de ese apoyo. En su rol como defensor, PAHO puede apoyar la salud mental comunitaria que es culturalmente competente y hace uso completo de los recursos comunitarios incluyendo la familia, líderes comunitarios y profesionales de enfermería de salud y psiquiátrica. Además, se debe continuar dando apoyo tecnológico costo-efectivo apropiado e intervenir, en términos de liderazgo para garantizar la continuidad de las reuniones regionales de profesionales de enfermería, educadores, practicantes e investigadores para desarrollar planes colaborativos para nuevos acercamientos e innovaciones en salud mental. El desarrollo de programas debe ser visto como inversiones transitorias limitadas en tiempo. En reuniones como la presente es claro que PAHO apoya la formulación conceptual de planes estratégicos de salud mental comunitaria, y ha identificado la cooperación de recursos técnicos. No obstante, el apoyo es necesario para el apoyo administrativo de manejo, objetivos planificados y estrategia para la implementación y evaluación que incluye el trabajar hacia la identificación de bases más amplias de apoyo para esfuerzos programáticos.

9. LA CURACIÓN INDÍGENA: UNA AYUDA O UN IMPEDIMENTO EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD MENTAL

Cheryl M. Killion

Aunque la supremacía de la medicina convencional científica del occidente está manifestada a lo ancho del mundo, la Organización Mundial de la Salud declara que el 88% de la gente que vive en ciudades desarrolladas utiliza métodos tradicionales o indígenas como parte primaria en los cuidados de salud. (Pillsburg, 1982). Este patrón está relacionado al acceso de cuidados de salud, pero a menudo está basado en la selección primaria que hacen los individuos y sus familias.

La autora presenta un caso de estudio para introducir y enfatizar el rol significativo de la curación indígena en la comunidad. De la discusión del caso se derivan cinco temas centrales que son discutidos. Estos son:

- 1) Compartiendo la tradición de la curación mediante fronteras étnicas

La práctica de sortilegios en décadas pasadas y hoy en día proviene del Africa Occidental. En Belice por razones histórico-políticas diferentes grupos étnicos se han establecido en distintas áreas del país. Esta reproducción de las tradiciones de la salud es un fenómeno importante porque Belice es un país multiétnico e incluye creoles, garifuna, mestizos, asiáticos y pequeños grupos de Pakistán, Libania e India, etc. Los creoles y garifuna residen en áreas urbanas y los mestizos y mayas en áreas rurales. En las últimas décadas ha ocurrido un patrón de redistribución de la población asociado con la emigración de poblaciones internacionales. Hay éxodo de creoles áfrico-europeos descendientes de Estados Unidos, además de inmigrantes de países vecinos como de Guatemala y El Salvador. El país de Belize se ha latinalizado. El grupo étnico predominante es el mestizo, y los creoles constituyen el segundo grupo. Estas poblaciones han creado la necesidad de formular acercamientos creativos para ofrecer servicios incluyendo cuidados de salud continuo al país.

Estos patrones que cada grupo étnico ha retenido con tradiciones distintas de curación hasta ahora insidiosamente han mezclado y adoptado aspectos de práctica y ciencia de la curación, los que son combinados con medicina convencional.

- 2) La complementariedad indígenas y los métodos convencionales de curación

La toma de decisión respecto a la salud está basada en varios factores. El más crítico de esos está relacionado a la causa percibida del problema o síntomas. La pregunta de la causa posible de los síntomas a menudo no solamente se basa en lo que social o culturalmente es apropiado, sino también en qué tipo de curandero va a ser consultado. Si un curandero tradicional es solicitado, es necesario seleccionar un tipo de curandero para que ofrezca remedio al síntoma o al conjunto de síntomas. Cuando los síntomas sugieren que el individuo puede estar mortalmente enfermo, el curandero hace remedios secretamente para evitar el estigma que es expresado perversivamente. Finalmente los recursos curativos son seleccionados basados en la disponibilidad y el alcance para el cual, un individuo o su familia sea capaz de proporcionar el servicio. Mientras, una alternativa de cuidado de salud está disponible, los métodos tradicionales para bregar con las enfermedades mentales son extremadamente limitadas. Los cuidados y métodos convencionales con estrategias indígenas son más accesibles a ellos.

3) Procedencia de las estrategias tradicionales de creencias de salud de la curación

Algunas de las prácticas tradicionales de la salud están designadas para preservar las instituciones culturales y ayudar al individuo a vivir en paz con su familia, su comunidad, su tribu y consigo mismo. Los sistemas de creencias están primordialmente para ayudar a mantener las relaciones personales, relaciones sólidas con la comunidad y el mejoramiento de la interacción del alma del individuo con el cosmos. (Anyinam, 1995).

El apego de la gente a las tradiciones, tales como sortilegios, es importante para reforzar algunos aspectos de la cultura y retener cierto control sobre nuestras vidas. (Kapun, 1979). Aún cuando los métodos convencionales está disponibles algunos continúan acudiendo a la fuente tradicional de cuidado.

La conservación de la cultura es particularmente relevante en Belice, porque el país tiene el legado del colonialismo. Belize una colonia de la corona inglesa desde el 1871, ganó su plena independencia en 1981 (Fernando, 1989). Belice parecido a otros países en el Caribe, tenía una economía agrícola. Este sistema es el más sobresaliente de las manifestaciones históricas del imperialismo capitalista europeo y se desarrollaba de modo general por los esclavos de las haciendas, mediante la siembra de comino en corporaciones multinacionales (Beckforel, 1982). Pero el sistema económico de cultivo no es meramente una organización económica ya que representa un poco la forma de vida que fue domificada y que posteriormente influye en la estructura y proceso de la economía política, social y cultural de las formaciones del Caribe. Este sistema perpetuo la pobreza y los estilos de vida culturales de la

gente que fue llevada al área como la fuente de trabajo (Bolland, 1988; Beckford, 1972).

El apego a las tradiciones sirve de significado importante para reforzar ciertos aspectos de la cultura y conservar algunas imágenes de control sobre la vida de uno (Kapur, 1979). Aún cuando los métodos convencionales están disponibles, muchos continúan acudiendo a la parte tradicional de cuidado. Dado los cambios demográficos en Belize, las tradiciones folklóricas también proporcionan un grado de estabilidad como grupo identificado que está siendo transformado (Pedersen & Baruffati, 1985)

4) El vínculo de la cultura, la ecología, la salud y la curación

El vínculo entre las tradiciones indígenas de curación y la ecología son ejemplificadas por unos poderes de curación asociados con el sistema natural de la tierra, el cual incluye plantas medicinales, animales y otros elementos en el ambiente.

Ambos, la ecología y la cultura evolucionan y hacen cambios y cada uno produce alteraciones en el otro. Los curanderos usan varias formas de yerbas, raíces, hojas, corteza, mamíferos y pájaros en la preparación de medicina preventiva. En Belice, en América Central y el Caribe, por ejemplo, la "rue", una yerba que se encuentra en algunos jardines, es usada como tratamiento para todas las enfermedades espirituales cuando es combinada con zorrillo. La raíz de yerbas venenosas, la corteza de enredadera (vine) es tomada como té para protegerse del mal-ojo, espíritus malignos, magia negra y envidia. El incienso, el cual es sagrado para la gente maya, es usado para tratar la enfermedad espiritual y protegerse de espíritus malignos, susto o magia negra (Arvigo, 1994). También una variedad de plantas y algunos animales/aves silvestres son usados para realizar rituales como parte integral de ceremonias religiosas y culturales. También ellos lo usaban para invocar y apaciguar a los dioses y brujas y asegurar la inmunidad de la mala suerte de enfermedades y enemigos (Arvigo, 1994; Anyinam, 1995). Los indígenas, quienes están fuertemente arraigados a las creencias tradicionales de salud, a menudo fijan una santidad a ciertas porciones del paisaje natural y consideran a estos merecedores de devoción/reverencia. Hay una clase de acercamiento intuitivo, el cual es establecido entre la gente y su paisaje natural. De acuerdo a algunos, Dios está incorporado en la morada natural (Anyinam, 1995). La integridad, la diversidad y la productividad de los sistemas naturales se van deteriorando y dañando a través de los años.

Históricamente el recurso natural de más importancia en Belice ha sido sus bosques. El 90% de la tierra está cubierta por monte o bosques de pinos. La agricultura, la explotación de bosques de madera y la explotación de minas han contribuido significativamente a la pérdida de morada en Belice, así como en otras zonas de la

región. La deforestación en particular ha tenido tremenda incidencia para definir estrategias locales, las que han surgido como resultado de intereses económicos dado que la situación ha creado limitaciones en la disponibilidad y accesibilidad de ciertas clases específicas de plantas y especies de animales usadas para propósitos medicinales. La degradación y destrucción del sistema natural amenaza también a los lugares sagrados y los espacios designados por los sanadores/curanderos locales (Anyinam, 1995). A pesar de los intentos para impedir esas tendencias perturbadoras, las formas naturales de curaciones continúan siendo atacadas (Arvigo, 1994).

5) Sistemas paralelos o integrados

El alcance para que la gente o las curaciones indígenas sean incorporadas dentro de la medicina convencional, paralelas o mezcladas entre sí varía de comunidad a comunidades y de cultura a cultura. Los pro y los contra de ambos arreglos han sido ampliamente debatidos, pero estudios limitados han sido conducidos para investigar éstos más ampliamente. Las preguntas claves tienen que ver con el costo, eficacia, seguridad, resultados deseados y límites profesionales. Respecto al costo, el mayor número de los curanderos tradicionales son compensados por sus servicios directamente a los individuos o familias que buscan la ayuda. De acuerdo con algunos analistas, si los curanderos convencionales están incorporados o mezclados dentro de prácticas curativas, convencionales, parece ser probable la explotación de los curanderos/sanadores tradicionales. Los curanderos tradicionales vienen a ser recolonizadores. En este orden las estrategias efectivas de curación de los curanderos tradicionales quizás se sobretomen por los profesionales y los curanderos tradicionales tengan que hacer un ajuste significativo en disposición para operar en un paradigma no familiar (Kale, 1995; Freeman, 1992). El registro de tiempo y la categorización son cruciales. Estos tienen que ser documentados ya que en algunos casos, las condiciones se empeoran porque los curanderos tradicionales están primero implorando por la no enfermedad, que solamente puede tratarse con el método tradicional. El retraso en el tratamiento o tratamiento efectivo algunas veces viene a ser devastador (Jeffrey, 1982). El referido mutuo y los acuerdos sobre la naturaleza de la práctica deben enmendarse, por lo tanto, se consideran los resultados esperados y los límites del profesional.

Las metas de los dos paradigmas son distintas. El científico, el de la versión occidental, está para identificar y tratar síntomas (Newmann & Lauro, 1982). En contraposición, la curación indígena tradicional está interesada con no descubrir por qué una persona es atacada en primer lugar (Aishihenbunva & Harrison, 1993). Las dos aproximaciones no son incongruentes y pueden producir el mismo o diferentes resultados. En el caso de Elsa, la enfermera usaba lo

que convencionalmente significaba el bregar con los problemas de Elsa. La terapeuta por lo tanto se basa en primer lugar en su entendimiento del contexto de la situación. Mientras tanto, en algunos casos se traslapan los roles y estrategias que puedan ser problemáticas. En este caso las estrategias utilizadas fueron efectivas y el resultado fue positivo.

9.1 IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA

Esta ponencia considera algunas de las dimensiones de la curación indígena particularmente aquellos elementos relacionados a la salud mental. Aunque el foco de atención sea Belice, mucha de la discusión puede ser aplicable a otros escenarios. Las enfermeras, preparadas con una práctica basada en las ciencias enfocadas en aquellas respuestas humanas a la enfermedad, están en una posición fundamental para guiar y apoyar a individuos y sus familias en el uso de las opciones de cuidados de salud en un sistema pluralista de cuidados de salud. En algunas áreas donde predominan las curaciones indígenas, las enfermeras se unen a los curanderos indígenas, comparten conocimientos, destrezas y hacen referidos unos a otros u otros curanderos y profesionales de la salud (Nzimakwe, 1996). Usualmente las enfermeras tienen conocimiento completo de las comunidades para las cuales proveen cuidado y a menudo conocen personalmente a los pacientes y a sus familiares. Formar alianzas con curanderos tradicionales puede ser una forma efectiva para ayudar a llenar las necesidades de salud mental de varias comunidades en Belice. A pesar del beneficio, este modo de curación debe administrarse con cuidado. Otras opciones necesitan ser desarrolladas, aceptadas y estar disponibles. Ambos modos, convencional y tradicional de curación son necesarios para que tome lugar el cuidado holístico.

Otros elementos significativos necesitan atención, así como el asegurar que los servicios comprensivos de salud mental son suministrados. Alguna claridad es necesaria de cómo los laicos los profesionales de las comunidades en Belice perciben y definen la enfermedad mental. El alcance para el cual las categorías psiquiátricas occidentales de enfermedades mentales son usados para identificar síntomas y guías de tratamiento se conocen ahora (Rappaport, 1981; Datel, et al, 1995). Mientras algunas etiquetas diagnósticas son compartidas transculturalmente, hay amplias variaciones en las manifestaciones de desórdenes específicos (Abas, et al, 1994; Patel, et al, 1995). Además, hay un número de enfermedades mentales de vínculo cultural. La evaluación de las dimensiones de la enfermedad mental a través de entendimiento del contexto en el cual esto ocurre es crítico para diseñar una aproximación para el cuidado. Los factores sociales deben ser considerados de que afectan el estado de salud mental de los

ciudadanos de Belice. Esos factores incluyen, pero no se limitan a la pobreza persistente, el continuado legado del colonialismo, el impacto de la inmigración con la transformación de los grupos étnicos, la relación de unos con otros y la interacción de la cultura, la salud y la ecología.

9.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abas, M. Broadhead, J.C, Mbape, P., and Khumalo-Sakatukwa, G. (1984). Defeating depression in the developing world. A Zimbabwe model. British Journal of Psychiatry, 164, 293-296.
2. Airhihenbuwa, C., & Harrison, I. (1993). Traditional medicine in Africa: Past, present and future in Conrad and Gallagher (eds). Health and Health Care in Developing Countries. Philadelphia: Temple University Press. 127-134.
3. Arvigo, R. (with Epstein, N. & Yaguinto, M.). 1994). Sastun, San Francisco: Harper.
4. Bolland, O.N. (1986). Belize: A New Nation in Central America. Boulder: Westview Press.
5. Bolland, O.N. (1988). Colonialism and Resistance in Belize. Benque Viejo del Carmen, Belize: Cubola Productions.
6. Brenner, M. (Ed). (1990). Belize: Background Notes. Washington, D.C.: United States Department of State.
7. Ergood, B. (1996). Can nationalism survive the ethnic revival? In M.D. Phillips (Ed). Belize Selected Proceedings from the Second Interdisciplinary Conference. New York: University Press of America, Inc.
8. Fernández, J. (1989). Belize: Case Study for Democracy in Central America. Avebury: Gower Publishing Co. 2-8.
9. Freeman, M. and Matsee, M. (1992). Planning health care in South Africa - Is there a role for traditional healers? Social Science and Medicine, 34, 1183-1190.
10. Jeffrey, R. (1982). Policies towards indigenous healers in independent India. Social Science and Medicine, 16, 1835-1841.
11. Kale, R. (1995). Traditional healers in South Africa: A parallel health care systems. British Medical Journal, 310, 1182-1824.

12. Morrish, I. (1982). *Obeah, Christ and Rastamen*, Cambridge: James Clarck & Co.
13. Neumann, A. and Lauro, P. (1982). Ethnomedicine and biomedicine linking. *Social Science and Medicine*, 16, 1817-1824.
14. Nzimakwe, D. (1996). Primary health care in South America: Private practices nurse practitioner and traditional healers form partnerships. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 8, 311-316.
15. Patel, V. Musara, T., Butau, T., Marambo, P., and Fuyane, S. (1995). Concepts of mental illness and medical pluralism in Harare. *Psychological Medicines*, 25, 485-493.
16. Payne, A. (1990). The Belize Triangle: Relations with Britain, Guatemala and The United States. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, 32, 119-136.
17. Pedersen, D. & Baruffati, V. (1985). Health and traditional medicine cultures in Latin America and the Caribbean. *Social Science and Medicine*, 21, 5-12.
18. Rappaport, H. and Rappaport, M. (1981). The integration of scientific and traditional healing. *American Psychologist*, 36, 774-781.
19. Woods, L, Perry, J., Steagax, J. & Cosman, R. (1996). International migration and the ruralization of Belize. (1970-1991). In M.D. Philips (Ed). *Belize: Selected Proceedings from the Second Interdisciplinary Conference*. New York: University Press of America, Inc.

10. EDUCACIÓN POST-BÁSICA EN ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: UNA METODOLOGÍA NO TRADICIONAL

Marga Simon Coler

Esta ponencia describe una metodología usada por un equipo internacional de diez expertos de salud mental en enfermería en el desarrollo de tres módulos educativos genéricos post-básicos, dirigidos a los problemas comunes de los nueve países representados. Estos módulos son desarrollados de acuerdo a un paradigma, y un sistema de trabajo desarrollado por el grupo y ha sido adaptado para llenar las necesidades post-básica educativas y cultura de cada país. El resultado de este programa piloto fue evaluado para la revisión de los módulos. La información respecto al proyecto ha sido divulgada vía literatura, presentaciones y conferencias. Se ha solicitado la participación de enfermeras psiquiátricas de otros países en este proyecto piloto. El proyecto no es tradicional ya que los módulos genéricos fueron desarrollados por enfermeras psiquiátricas expertas de nueve países y adaptado a niveles diferentes de educación post-básica para llenar las necesidades educativas y culturales de enfermeras practicantes cualificadas globalmente.

La educación no tradicional en enfermería es un todo, la responsabilidad recae en cuerpos reguladores, organizaciones profesionales, grupos defensores, colegas dentro de la profesión y aquellos en los equipos interdisciplinarios y, por supuesto, el cliente. A menudo la era de la responsabilidad permite poco espacio para la creatividad en desarrollo de cosas que llenan las necesidades actuales del cliente sin restricciones.

Este proyecto, el desarrollo de tres módulos no tradicionales de currículo graduales, los cuales son una prueba piloto internacionalmente, tiene su origen en una reunión del Comité Internacional de la Sociedad de Educación e Investigación en Enfermería Psiquiátrica (SERPN). Como presidenta del Comité, yo recomendé al Comité endosar un escrito de una propuesta a la Fundación Rockefeller, para reunir a un equipo internacional de líderes en enfermería psiquiátrica en una residencia de equipo para compartir modelos de educación y práctica en enfermería psiquiátrica hacia una meta de desarrollar módulos educativos al nivel graduado. (El propósito fue justificado un año más tarde cuando yo recibí dos informes circulados por la Organización Panamericana de la Salud, por sus siglas en inglés- PAHO) sobre el estado de la salud mental/psiquiátrica de enfermería en los países del Cono Sur” (PAHO, 1995), y el estatus de los servicios de salud mental en la misma región geográfica (PAHO, 1995).

El Comité Internacional (SERPN) entusiastamente endosó el concepto e inició una lista de candidatos potenciales. Yo escribí la propuesta, la cual fue revisada con la reacción del Comité en este siguiente año. En la reunión del 1995, la propuesta fue revisada nuevamente después de los cambios en la composición del Comité, y subsecuentemente, otro borrador fue enviado a los nuevos miembros para la revisión final. Cartas con copias de la propuesta fueron enviadas a candidatos potenciales para investigar o examinar si ellos estaban interesados en asistir a un internado de diez días (si la propuesta era aprobada) en Centro Bellagio y el Centro de Conferencia de la Fundación Rockefeller. Todas las respuestas fueron afirmativas. Después de endosada por la Junta de Gobierno de SERPN, un año más tarde, sometí el borrador final de la propuesta con una lista de los candidatos potenciales (nueve países representados) a la Fundación Rockefeller.

La propuesta fue aprobada por el Comité Central de Bellagio y los miembros potenciales del equipo fueron informados. Después de pocos cambios, los diez miembros del equipo recibieron la lista de asistencia acompañado por una lista de materiales para que ellos los trajeran (copia de artículos y folletos en inglés describiendo la práctica de enfermería psiquiátrica en los países que ellos representaban: Argentina, Australia, Chile, Holanda, España, Suecia, Turquía y los Estados Unidos, un representante seleccionado por la Junta de SERPN).

El equipo se reunió en mayo de 1997 en el Centro Bellagio, iniciando una orientación del programa en la noche de llegada. Al día siguiente el equipo inició su tarea hercúlea para un período de 10 días, desde la presentación del estatus de los servicios de enfermería y la educación en cada país, para el desarrollo de los tres módulos genéricos educativos post-básico, los cuales fueron aprobados por los representantes.

Los asistentes eran todos líderes en enfermería psiquiátrica, aún más, expertos en conducta humana. Aunque esto era de un grupo desconocido entre sí con una variedad de agenda personal y profesional, cada miembro fue capaz de identificar claramente los retos personales y trabajar hacia el logro de la meta del grupo. Eran nueve académicos y una persona que trabajaba independiente como consultora en enfermería psiquiátrica, había ocho mujeres y dos hombres. El rango de edad era entre treinta y sesenta años. Allí no existió conflictos de poder al establecer, definir y alcanzar las metas en común, esa era la educación de las enfermeras psiquiátricas más allá del nivel básico. El equipo consultaba alrededor de una mesa larga en inglés. Un requisito de los miembros fue la comprensión y la habilidad de hablar en inglés. Un cartelón de expresión y un proyector de transparencias estaban disponibles en el salón. Las anotaciones eran tomadas por uno de los miembros en una computadora "laptop" en toda la conferencia. Las anotaciones

eran fotocopias y diariamente distribuidas para la documentación a mejorar en el análisis comparativo. Las cintas de audio fueron producidas para propósito de archivo. El equipo tenía un programa diario, el cual aprobaban y cumplían.

El equipo usualmente se convocaba a las 8:00 a.m. interrumpían para el almuerzo a las 11:30 a.m. y se convocaba a la 1:30 p.m. La comida formal era servida tarde, pero el equipo estaba reunido hasta las 5:30 o 6:00 p.m. El área de conferencia fue una glorieta con facilidades sanitarias. El café y bizcochos eran servidos a la mitad de la mañana y la tarde. La realización de este proyecto fue explorar mediante la metodología la construcción de currículo, desarrollo de contenido y progreso del mismo.

10.1 METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DE CURRÍCULO

Los métodos utilizados para producir en orden el producto final fueron: Proceso de Grupo, Sensibilización Ambiental, Presentación y Discusión, Identificación de Conflicto y Resolución, Llegar a Acuerdos/Consensos, Construcción de Currículo (genérico y cultura específica), Experimento de Campo y Divulgación.

10.1.1 Proceso de Grupo

Ninguno de los grupos pudo trabajar sobre tiempo sin estar alerta al proceso de grupo. Dos factores eran críticos a observarse: la etapa de desarrollo del grupo y la cohesión en la formación de éste. La mayor parte de los trabajos relacionados en el desarrollo de grupo fueron los sesenta, la década cuando el proceso de grupo era una forma de comunicación, solución de problemas y terapia. Generalmente, las cuatro fases han sido reconocidas; cada una fue identificada según el autor de un trabajo en particular del proceso de grupo, aunque todos siguieron una vía similar de orientación a terminación. El Grupo Internacional Bellagio para Enfermería de Salud Mental, conocido en inglés como "Bellagio International Group for Mental Health Nursing", cuyos participantes llamaban (BIGMHN) siguieron la vía tradicional de fases paralela, fase de incursión, fase de mutualidad y fase de terminación. (Levine, 1991).

Durante la fase paralela la mayor parte de la interacción dirigida al coordinador del grupo. Por lo tanto, esta fase tuvo un período de vida menos de una hora probablemente porque el grupo estaba compuesto por enfermeras psiquiátricas en práctica avanzada, quienes se sentían cómodas comunicándose entre unas y otras en un período muy corto. Durante esta fase de clarificación se procuraba ver los detalles administrativos. Una vez que los individuos iniciaron la introducción el grupo había comenzado su tarea de inclusión (segunda fase), el período cuando el grupo se ve

funcionando como en función independiente. Surgieron subgrupos a lo largo del período al sentirse cómodos con el idioma. Formar dos subestructuras permanentes no tomó mucho tiempo: el grupo contingente del idioma español y el grupo del idioma inglés. Afortunadamente, para el funcionamiento del grupo fue una ventaja tener dos subgrupos iguales en lenguajes específicos. Cada uno fue capaz de identificar las variaciones y similitudes en los protocolos educativos y en los problemas de salud mental y servicios de sus países representados.

Según el grupo entró en la fase de mutualidad, la relación era más íntima con cada miembro, la diferencia del lenguaje fue menor. Aunque la meta común del desarrollo de módulos de currículo, tomó prioridad de las discusión sobre las diferencias individuales entre los países, el capitalismo y el socialismo, se convirtieron como el marco de trabajo para el desarrollo de los objetivos y el paradigma. El paradigma, el producto final incorporaron a los objetivos y el marco de trabajo. (Ver figura I). Esta fase ocurrió temprano en la formación del grupo el cuarto día.

La fase final, terminación no ha ocurrido aunque el grupo tampoco se ha estado reuniendo formalmente. Hay un progreso continuo hacia las metas en una segunda reunión para examinar el resultado de la información de los módulos pilotos culturalmente específicos. Como coordinador, he continuado enviando vía correo electrónico a todos los miembros del grupo que solicitan la retroalimentación, tal como en el caso de este documento. Ocho de los diez miembros han participado activamente proveyendo retroalimentación.

10.1.2 Sensibilización Ambiental

De acuerdo a Gady, Arden, Moritz y Amenede (1997), el ambiente es el pivote que determina el bienestar en el individuo o grupo y es lo importante para ilustrar un caso. El ambiente natural del Centro Bellagio fue crucial en la realización del plan de objetivos en la propuesta sometida a la Fundación Rockefeller.

El campus del Centro Bellagio proveyó una atmósfera para la contemplación y el ilustrado seguimiento. Nada faltó. Cada miembro del equipo tenía su propia habitación con un apartamento de tres personas o menos. Cada uno de los tres grandes apartamentos tenía una computadora en un área de estudio, cocina y sala. Yo, la coordinadora, tenía mi propio apartamento. Las comidas fueron servidas por mozos formalmente vestidos, en el comedor o en la galería de todos los residentes del centro. El campo proveía un ambiente para pasear en la colina de las montañas de los alpes italianos. El personal de apoyo del Centro Bellagio atendía cada necesidad del equipo. Los materiales tales como: papel, transparencias y marcadores fueron provistos. El equipo estaba

disponible. Nunca he asistido a una conferencia donde nada se ha dejado de atender. Consecuentemente, el equipo se dedicó a trabajar. Por selección del equipo solamente un domingo fue dedicado a completar la tarea.

10.1.3 Presentación y Discusión

La conferencia empezó por la presentación de media hora de cada miembro de los países específico, ofreciendo una orientación del estatus de enfermería. Las similitudes y variaciones fueron anotadas y puestas para un análisis futuro. Otras presentaciones surgieron de pequeños grupos durante el receso seguido de sesiones de trabajo. Todas las presentaciones fueron en inglés.

Discusiones espontáneamente ocurrieron durante grupos grandes y pequeños, generalmente en inglés, pero también en español cuando los grupos eran más informales y se conoció que más de la mitad de los miembros del grupo estaban más cómodos en la discusión en inglés y otros en español.

Hubo dos pequeños grupos de sesiones de trabajo durante la residencia. El primero consistía en dos grupos iguales subdivididos por la habilidad del idioma para identificar los problemas de salud mental global de las presentaciones y la literatura, el segundo fue para finalizar el producto educacional.

10.1.4 Identificación de Conflictos y Resolución

No puede haber una reunión de personas de nueve países, con nuevas filosofías sin conflicto en actitudes, creencias, valores y agenda. Así fue con este grupo. Quizás porque todos tenían una base en común de ser enfermeras/os psiquiátricas/os de salud mental, educadoras en un nivel de práctica avanzada, los conflictos fueron identificados y discutidos con sensibilidad. El grupo funcionó de una manera productiva a lo largo de los diez días. Está claro que allí algunos de los participantes eran de orientación capitalista y otros de orientación socialista. Las ideologías filosóficas eran defendidas y seguidas por una discusión de diferencias. El proceso informal de socialización política durante las cuales los individuos analizaban sus propias actitudes, creencias, valores en relación a los sistemas políticos individuales eran necesario para mover hacia adelante los a grupos (Brown, 1996). Los conflictos fueron discutidos y resueltos a la luz de las metas del grupo. De cualquier modo, el grupo tenía su plan de trabajo: (1) el desarrollo de un marco de trabajo con la correspondiente lista de objetivos del programa educacional y (2) diseñar un paradigma, el cual debía ser incorporado en el marco de trabajo y los objetivos. Estos tenían que ser visibles y sujetos a cambios para ser movidos hacia adelante en la planificación del currículo global.

10.1.5 Desarrollo de Contenido

Los módulos se desarrollaron de la discusión del grupo grande, donde los problemas más prevaletentes fueron anotados y valorados en una escala por cada país. Los problemas que fueron identificados fueron los siguientes: Violencia, Incapacidad/accidentes, enfermedades terminales, poblaciones de prisioneros, nivel bajo de educación, marginalización, pérdida de raíces culturales, sensación persistente de miedo, rompimiento de comunicación, efecto de la represión en población/violación de derechos humanos, incertidumbre respecto al futuro, condiciones de trabajo estresantes no saludables, aislamiento, uso indiscriminatorio de fármacos, inseguridad/amenaza/depresión debido a la falta de empleo, migración y choque cultural. La agrupación subsecuente y la identificación y la prevalencia cruzada entre países dio como resultado el surgimiento de los tres módulos que fueron desarrollados genéricamente en los grupos mencionados.

10.2 LLEGAR ACUERDOS/CONSENSO

10.2.1 El desarrollo del marco de trabajo

El desarrollo del marco de trabajo, objetivos y paradigmas vino a ser la vía para llegar a acuerdos/consenso para las guías específicas que fueron establecidas. Cada una fue desarrollada en cartelón de expresión y proyector de transparencia. Eran tomados simultáneamente las anotaciones, las cuales fueron distribuidas para ser leídas a la hora de acostarse y discutidas en la mañana. El focalizar en el individuo permitió enfocar en la sociedad. El paradigma fue el producto final de los objetivos y marco de trabajo que se fusionan a través del diagrama. Un grupo nuevo identificado fue formado como el BIGMHN (Grupo Internacional de Bellagio para la Enfermería de Salud Mental). La identidad no consiste en el término medicamento específico “psiquiatría” con el nuevo enfoque en la comunidad en vez del individuo.

10.2.2 Desarrollo curricular

Las fases desarrolladas que preceden eran socialmente necesarias antes que los grupos pequeños finales (tres personas) pudieran iniciar la tarea del desarrollo del currículo en inglés. Cada uno de los tres grupos acordó reunirse para desarrollar unos de los modelos desarrollados: “Hacia la comprensión de la violencia, enfermedad mental crónica desde una perspectiva de la salud mental de la sociedad y competencia intercultural en la salud mental”. Estos fueron desarrollados durante tres días en la sesión de la montaña antes de la terminación del equipo de internado de acuerdo al bosquejo de Bruns, Thompson y Ciccone (1993). La sesión de la

tarde se utilizó para leer y comentar sobre cada uno de los módulos. Pocos cambios fueron hechos durante la presentación de cada módulo al grupo grande. A las 6:00 p.m. la tarea se había completado y los módulos genéricos estaban preparados para ser entregados a cada persona de los países, para el refinamiento cultural y educativo y subsecuentemente, ponerlo a una prueba piloto. Yo tomé la tarea de refinar el marco es trabajo, objetivos y el paradigma, para enviarlo vía correo electrónico a cada miembro para comentarios finales. Todos estos fueron sometidos a la Fundación Rockefeller, con un informe final.

10.3 PROGRESO

10.3.1 Prueba de campo

El desarrollo del currículo específico-cultural tomó diferentes formas dependiendo de la estructura política y de la enfermería en los países y la divulgación de información del individuo. Ahora, ocho meses más tarde los módulos genéricos han sido traducidos y refinados culturalmente en dos países. En Brasil los tres módulos vinieron a ser el foco de atención de un curso de nueve meses a nivel más bajo de educación post-básica, aperfeicoamento (perfección). Los tres módulos fueron enseñados por un equipo de enfermeras, sociólogos, y psicólogos, rigiéndose estrictamente por el bosquejo. El primer grupo de estudiantes eran enfermeras practicantes en hospitales psiquiátrico en la capital del Estado Noreste de Paraíba. El curso fue auspiciado por la coordinación de salud mental de la Secretaria de Salud del Estado. Los profesores representaban varias facultades de la Universidad Federal de Paraíba.

En Turquía el módulo en violencia fue traducido y adaptado en el programa graduado de la Universidad de Marmaro. En Australia, el módulo de competencia cultural cruzada está siendo enseñando en la Universidad de La Trobe. En Estados Unidos varios segmentos de todos los módulos han sido incorporados dentro del nivel de master de los cursos de enfermería psiquiátrica en la Universidad del Estado de Ohio. En Brasil a parte del programa que está planificado para los cursos de perfección, algunos de los contenidos de todos los módulos han sido incorporados dentro del curso a nivel de Maestría de salud de la comunidad y desarrollo donde una clase de tres horas se le dedicó a cada uno y el módulo de violencia fue utilizado como el punto central de un estimado de comunidad.

Otros miembros del equipo han sido menos específicos en el informe de progreso. Un miembro reportó que el programa no pudo ser implementado por las restricciones nacionales. Otro no ha mandado información hasta ahora.

La evaluación formativa está siendo conducida informalmente al ser recopilada la información por cada participante. El paradigma de la evaluación afirmativa sumativa es una que la metodología fue propuesta para su uso por Brasil, (Coler, Ferreira y Nobrega-Ver figura 2). Una reunión para la evaluación sumativa antes de la revisión está anticipada en el 1999. Antes de esta fecha, un instrumento de evaluación debe ser enviado a los miembros del equipo.

El trabajo del equipo ha sido divulgado mediante reportes verbales a cuerpos reguladores de enfermería tal como en Holanda. A lo largo de una vena académica se han hecho presentaciones en las reuniones anuales de la Sociedad Transcultural de Enfermería en Kuopio, Finlandia (Coler, Ferreira y Nobrega), la Conferencia Internacional de Enfermería Familiar en Valdivia, Chile (Coler), reunión invitacional de enfermería psiquiátrica en San Juan, Puerto Rico de PAHO (Coler). Un manuscrito ha sido sometido a la Revista Enfermería Transcultural. Aparecieron nuevos artículos con una fotografía del equipo de enfermería en Chile (1997) y uno en el Boletín del Centro Australiano para el Desarrollo de la Excelencia en Enfermería Psiquiátrica (1997). En Colombia y Canada solicitaron ser incluidos en el proyecto de estudio piloto.

10.4 RESUMEN

En resumen los tres módulos genéricos de educación post-básico han sido desarrollados por el significado de un paradigma y el marco de trabajo de 10 expertos en la enfermería de salud mental, representados por 9 países. Estos módulos deben ser adaptados de acuerdo a la cultura y el sistema educacional de cada país, pues no todos los países tienen un nivel básico de educación de grado o post-grado. Estos expertos son los que deben decidir cómo se enseñan los módulos (ejemplo: talleres y cursos sin pago de matrícula como parte completa de un desarrollo curricular o mediante programas de enseñanza por computadoras).

La mitad de la reunión era solamente el desarrollo del esqueleto y contenido genérico de los módulos, pues el contenido culturalmente específico y el nivel de educación básica deben ser ofrecidos por el país. El proyecto puede ser visualizado como una demanda/empresa educación no tradicional, la cual es universalmente dirigida en los problemas definidos por enfermería. La solicitud de otros países se está mirando como una bonificación para aun enriquecer el contenido curricular y desarrollar estrategias para la información que sirva de base BIGMHN, y al igual a la enfermería al nivel internacional.

11. SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE JAMAICA

Hemsley C. Stewart

11.1 EVOLUCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA EN LA COMUNIDAD EN JAMAICA

A principios del decenio de 1970 se vio la evolución de un modelo de cuidado psiquiátrico en la comunidad de Jamaica cuya estrategia era de alta a muchos pacientes del hospital Bellevue de la comunidad.

El Departamento del Trabajo Social de Bellevue fue el pionero en iniciarse, al establecer seis centros de consejería psiquiátrica en el 1963. Estas clínicas con base en los hospitales regionales "Parish" llegaron a ofrecer los servicios completos.

Desde 1966, el Hospital Bellevue era la jurisdicción central del cuidado del enfermo mental en Jamaica. En el 1958, la Organización Mundial de la Salud (conocida en inglés por las siglas WHO), mediante el Dr. Roberts, consultor psiquiátrico, recomendó al gobierno de Jamaica que las facilidades fueran extendidas a lo largo de la Isla, para reducir el énfasis puesto en el Hospital Bellevue como la única facilidad para el cuidado del enfermo mental (Roberts, 1958). Sus recomendaciones fueron confirmadas y apoyadas por otro consultor psiquiátrico de la WHO, el Dr. Richman (Richman, 1965) y por el psiquiatra indio de occidente, Dr. Beaubrun (Beaubrun 1966). Beaubrun nuevamente sugirió que el foco mayor debía estar en el "establecimiento de unidades psiquiátricas en los hospitales generales en toda la Isla" (Hickling, 1976).

Las estrategias propuestas por los mencionados psiquiatras la descentralización y la diversificación del cuidado de la salud mental y psiquiátrica a través de la Isla. La desinstitucionalización del cuidado y rehabilitación en la comunidad es acorde con las tendencias en otras partes del mundo. Como resultado de estas estrategias, surge el servicio de enfermera psiquiátrica en la comunidad y en 1966 es entrenado el primer grupo de oficiales de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. Estos oficiales fueron enfermeras graduadas (RN) de salud mental, quienes recibieron, además, un entrenamiento adicional. Una vez completado el entrenamiento, las cuatro oficiales fueron asignadas con responsabilidades a las ocho regiones "Parish". A ellas se les requería:

- 1) Dar seguimiento en el cuidado a los pacientes de esas comunidades, quienes eran dados de alta del Hospital Bellevue, y

- 2) Establecer y manejar clínicas psiquiátricas en áreas específicas.

La demanda por el servicio aumentó a tal nivel que desarrolló un objetivo a corto plazo para ubicar un oficial en cada región "Parish". En 1971, para lograr este objetivo se entrenaron otros cuatro oficiales para un total de ocho oficiales asignados.

En 1972, una decisión de política del Ministerio de Salud y Control del Ambiente ordenó que los pacientes psiquiátricos fueran tratados al nivel local en hospitales y clínicas de regiones "Parish". Esta decisión facilitó el camino para un servicio piloto de psiquiatría en la comunidad en las regiones Parish del este de la Isla por la Universidad de "West Indias" en cooperación con los servicios de salud del gobierno.

11.2 DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA EN LA COMUNIDAD

En 1973, los programas psiquiátricos de la comunidad fueron extendidos por toda la Isla con el establecimiento de servicios de seguimiento en 17 clínicas de pacientes ambulatorios y la implantación de servicios psiquiátricos a pacientes admitidos en 17 hospitales generales (Hickling, 1976). Esos servicios fueron apoyados por cinco psiquiatras visitantes, los ocho oficiales residentes en salud mental y el personal del Departamento de Medicina de los hospitales generales donde eran admitidos los pacientes enfermos en fase aguda.

En el 1974 la ley del Hospital Mental fue enmendada para facilitar la entrada de los oficiales de salud mental a facilidades privadas con la ayuda de la policía para trasladar a las personas que se consideraban enfermos mentales a las facilidades de tratamiento. Posteriormente, una nueva decisión del Ministerio de Salud autorizaba a oficiales con ayuda de la policía a recoger de las calles a los enfermos mentales.

Debido a la sobrecarga de trabajo creada por las funciones extendidas de los oficiales de salud mental más el aumento continuo de la demanda por los servicios en toda la Isla, otras seis enfermeras psiquiátricas (sin entrenamiento adicional) fueron asignadas a los servicios en la comunidad en 1975. En 1976, esas seis enfermeras junto con otros siete participaron en un curso de tres meses de salud mental en la comunidad. El currículo fue entonces ampliado e incluyó psicología, psiquiatría, organización de comunidad, psiquiatría comunitaria y trabajo de caso social.

11.3 EL EFECTO DE LOS SERVICIOS

El efecto inicial de los servicios psiquiátricos en la comunidad es de importancia para Kickling (1976), quien escribió que la introducción de los servicios en el 1972 hizo un impacto dramático en la tasa de admisión al hospital mental. En 1973 las admisiones disminuyeron de 2.368 a 1.389 o sea, a un 33 por ciento por debajo de 1972. "En diciembre de 1974 la tasa de admisión se redujo en un 19 por ciento, hasta lograr una reducción de un 51 por ciento en un período de dos años, de enero de 1972 a diciembre de 1974" (Hickling, 1976).

La reducción de tasas de admisión fue acompañada también por una reducción en la población de residentes del hospital. Al final del año 1973, la población disminuyó a un 13% por debajo de los números del año anterior (1972) de 2.914 al 2.514. En diciembre de 1974 la población se redujo a 2.337 representando una reducción total de 19% sobre un período de dos años (Hickling, 1976). En el 1976 la población tuvo una baja de 2.000 pacientes. Durante los años noventa la población de pacientes se mantuvo consistentemente en aproximadamente 1.200 o menos.

11.4 ENTRENAMIENTO A LOS OFICIALES DE SALUD MENTAL

Desde el 1982 el programa de entrenamiento para preparar enfermeras graduadas (RN) para ser oficiales de salud mental ha sido aumentado y extendido a seis meses. Además de preparar enfermeras para posiciones de líderes en los servicios psiquiátricos y de salud mental en la comunidad, también se les prepara para brindar servicios de hospitalización y de rehabilitación.

Los cursos incluyen psicología, sociología, epidemiología, organización de comunidad, salud mental en la comunidad, rehabilitación psiquiátrica de la comunidad, enfermería psiquiátrica, enfermería psiquiátrica de la comunidad y enfermería de rehabilitación. Además, las participantes son introducidas a métodos de investigación, principios y técnicas de enseñanza y hablar en público para entrenarlas para un rol expandido en la comunidad.

Las conferencias provienen de disciplinas relacionadas, así como por miembros del equipo psiquiátrico. El énfasis especial ahora está en preparar participantes con responsabilidades adicionales en el área de consejería debido al aumento de los clientes usuarios de sustancias, HIV positivo y clientes con SIDA.

Se provee educación en servicio cuando la enfermera es seleccionada a ser oficial de salud mental. Antes de la entrevista para el puesto, se requiere a cada oficial participar en un curso

de administración en enfermería de cuatro meses para adquirir las destrezas necesarias de manejo requeridas para la ejecución de funciones de administración.

En el 1977 un curso de enfermeras de salud mental, conocido en inglés como "Nurse Practitioner" (NP), fue iniciado para preparar a la enfermera a tratar al enfermo mentalmente en el hospital y en la comunidad. El plan es elevar el nivel del oficial de salud mental a enfermeras practicantes (NP) antes de iniciar un grupo nuevo genérico de practicantes de salud mental.

11.5 ACTIVIDADES DE LOS OFICIALES DE SALUD MENTAL

Generalmente hay 25 oficiales de salud mental incluyendo un coordinador y cinco supervisores. Ellas manejan 79 clínicas en hospitales y centros de salud en toda la Isla, además de manejar las admisiones de pacientes en el departamento de los hospitales regionales "Parish". Cada oficial tiene un promedio de carga de 400-500 pacientes y hacen 250 interacciones con pacientes por mes.

Los oficiales contribuyen a la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales. Como ellas tienen vínculo con los consejeros en las escuelas, sirven de consultoras y conferenciantes a estudiantes. Servicios similares son provistos a otras organizaciones de la comunidad como iglesias, grupos de jóvenes y clubes.

Hay cuatro psiquiatras a tiempo completo (incluyendo el director) u otros quienes funcionan a tiempo parcial brindando el servicio a lo largo de la Isla.

11.6 CONCLUSIÓN

Los oficiales de salud mental continúan siendo el apoyo más importante de los programas de psiquiatría de la Comunidad en Jamaica. La contribución del programa ha sido la siguiente:

- 1) El tratamiento y mantenimiento del paciente en su comunidad.
- 2) La no institucionalización al prevenir la admisión al hospital mental.
- 3) Reducir la estadía de los pacientes en hospital al tiempo estrictamente necesario.
- 4) Prevenir el estigma asociado a la hospitalización en un hospital de enfermos mentales.
- 5) La reducción del costo de la hospitalización.
- 6) El mantenimiento de la unidad familiar durante la enfermedad de los pacientes.

7) Proveer apoyo social para la familia y amigos de los pacientes.

11.7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hickling, F. W. (1976). The Effects of a Community Psychiatric Service on the Mental Hospital Population in Jamaica. WI. Medical Journal. Vol. XXV, pp. 101-106.
2. Stewart, H. C. (1992). The History and Development of Community Mental Health/Psychiatric Nursing Service in Jamaica. The Jamaican Nurse. Vol. 30, No. 31, pp. 21-24.

12. NOTAS PARA UNA CONCEPCIÓN CRÍTICA DE LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Silvina Malvárez

En este convulsionado fin de siglo y de milenio, la salud mental ha sido considerada por la mayoría de los países del mundo como uno de los principales problemas de la humanidad, no sólo por su valor en el sentido de la calidad de vida individual social, sino por su peso estratégico en el desarrollo socio-económico de las naciones y, particularmente, por la gravedad de los daños que se están produciendo en la salud mental como consecuencia de los cambios mundiales de las últimas décadas; también por las dificultades que presenta su abordaje.

Hay que tomar debida cuenta de tres o cuatro cuestiones cuya conciencia es determinante en el juicio sobre la ética que apoya y orienta la atención de la salud mental:

- Que el mundo ha cambiado vertiginosamente: a decir de Shimón Peres, “el Siglo XXI no es la continuación de la historia, es el futuro...necesitamos entonces expertos visionarios del futuro que nos permitan adelantarnos a los peligros y dirigir nuestro destino como humanidad”³. Han sucedido revoluciones sin armas, se han diluido las fronteras y profundizado las desigualdades, hay nuevas esperanzas y nuevos peligros. La salud mental puede ser ambas cosas.
- Que los problemas de salud mental aumentan en mundo y en la Región, consecuencia de dichos cambios, pero también de los modelos políticos, conceptuales y prácticos que insisten en interpretaciones y respuestas simples y no pertinentes, aún cuando se han generado fuertes estrategias de transformación en este campo.
- Que las enfermeras tienen una responsabilidad particular en relación a la salud mental y un lugar social especialísimo para ocuparse de ella.

Necesitamos entender los cambios históricos mundiales y regionales, ocuparnos de los problemas de relevancia principal y desarrollar teorías complejas para comprender problemas complejos como el de la salud mental. Además, emprender transformaciones en la enfermería de manera tal, que las consecuencias de sus reflexiones e intervenciones actúen efectiva y calificadamente en favor de la promoción, preservación y recreación de la salud mental de las sociedades.

12.1 ACERCA DE LAS REVOLUCIONES DE FIN DE SIGLO

Desde la caída del Muro de Berlín y acaso algún tiempo antes, el mundo ha enfrentado múltiples cambios que indudablemente impactan en la salud y la calidad de vida de los pueblos. El Dr. Rubén Ferro, médico sanitarista y pensador argentino, ha denominado a estos cambios con el nombre de “nuevas revoluciones simbólicas”. Dichos cambios podrían clasificarse en las siguientes categorías: (Malvárez, S. 1997).

- *Aceleración de la historia* con sus múltiples consecuencias en la vida cotidiana, en la memoria social e individual y en la subjetividad de las personas.
- *Revolución cultural* determinada y expresada por las migraciones masivas, los cambios en la estructura familiar, aumento de conflictos entre minorías étnicas, políticas, culturales y religiosas las transculturación y globalización de la imagen, los símbolos, necesidades y modelos sociales, los cambios en los valores sociales con tendencia al individualismo y pérdida de la solidaridad, pérdida de factores protectores, fuertes tendencias místicas y religiosas como importante sustituto y solución a los requerimientos del espíritu que no encuentran satisfacción en explicaciones racionales para los problemas de vida y trascendencia.
- *Revolución científico-tecnológica* desarrollo explosivo de la ciencia y la tecnología, sustitución del hombre por la máquina, desarrollo de experimentos que lindan con los límites de lo imaginable y que ponen en juego la ética, desarrollo explosivo de medios de transporte y comunicación, crisis de los paradigmas científicos, relatividad y transdisciplinariedad, desenvolvimiento de un nuevo tipo de conocimiento de un nuevo tipo de conocimiento: el informático, descubrimiento de la inteligencia emocional.
- *Revolución económica* globalización de la economía en el marco de la política de libre mercado, privatización de las funciones del estado y progresivo desentendimiento de éste de responsabilidades sociales (salud, seguridad, educación, etc.), cambio en los valores sociales hacia la mercantilización de las relaciones cotidianas, progresivo aumento del desarrollo autodestructivo asociado principalmente a la alteración del medio ambiente, aumento de la pobreza para la mayoría, aumento de las desigualdades sociales, supresión de fuentes de trabajo.

Los mencionados son sólo algunos de los cambios mundiales que influyen definitivamente la salud mental y la calidad de vida de las sociedades y que vienen generando problemas de salud mental de los cuales las categorías convencionales de análisis no pueden dar

cuentas. En consecuencia tampoco la respuesta social a los mismos. Con todo, las perturbaciones convencionalmente clasificadas muestran también aumento.

12.2 IMPACTO DE LOS CAMBIOS MUNDIALES EN LA SALUD MENTAL

Si nos referimos a los trastornos mentales convencionalmente clasificados, la Organización Mundial de la Salud admite que hay en el mundo 40 millones de personas que sufren de trastornos mentales graves, otros 250 a 300 millones presentan sufrimientos menos graves pero aún invalidantes, y un número no determinado e impredecible presenta sufrimientos psíquicos asociados a procesos mórbidos de carácter orgánico, y hay fuertes razones para prever que los mismos aumenten si no se adoptan medidas de tipo promocionales y preventivas urgentes. (Sartorius, N., 1997).

Un informe de la Universidad de Harvard, a su vez, señala que el 8% del total de enfermedades en el mundo corresponden a trastornos mentales y que ese índice aumenta del 15% al 16% si se incluyen en esta categoría las lesiones autoinfligidas. Así mismo, muestra que el 34% de las enfermedades corresponden a problemas relacionados con el comportamiento humano. Las principales categorías corresponden a depresión, violencia, enfermedades degenerativas de la vejez, alcoholismo, drogadicción, epilepsia y otros. El suicidio se encuentra en numerosos países entre las diez primeras causas de muerte. (Departamento de Medicina Social, Universidad de Harvard, 1995).

Por otra parte, la epidemiología de los problemas mentales y psicosociales en la Región de las Américas muestra que su magnitud es abrumadora indicándose que entre el 30% y el 40% de las personas sufren algún tipo de problema mental durante su vida y que estudios realizados en varios países muestran un índice de prevalencia de entre el 19% y el 34%. Así mismo, que alrededor de 17 millones de niños de 4 a 16 años están probablemente afectados por problemas mentales.(OPS/OMS). El Informe Harvard admite también que en los países menos desarrollados estos indicadores aumentan y que para América Latina y el Caribe es posible esperar que 88 millones de personas padezcan trastornos mentales de consideración.

Pero las estadísticas de salud no dan cuentas de los nuevos problemas de salud mental que no han sido aún clasificados y estudiados en profundidad y para cuya comprensión y resolución los conceptos, prácticas y modelos de asistencia no están siendo útiles.

Entre los problemas de salud mental no convencionalmente clasificados pueden incluirse: todos los tipos de violencia especialmente en adolescentes y niños, stress producto de la tensión social, nuevas formas de depresión asociada a problemas de

desempleo, disminución de clase social y desestructuración familiar, sensación de inseguridad e indefensión, automedicación y uso descontrolado de fármacos, aislamiento, soledad, individualismo, insolidaridad, incertidumbre y parálisis en relación al futuro, efectos de la represión política y la violación a los derechos humanos, problemas de identidad debido a las migraciones y transculturación, aumento en la discriminación y la marginalidad, abandono de niños y ancianos, consecuencias psicosociales del embarazo adolescente, profunda cronificación de los enfermos mentales, soledad y abandono debido a los procesos de desinstitucionalización, entre otros. (Malvárez, S., 1997).

El Comité Internacional para las Crisis Poblacionales informó en 1991 que existen en el mundo 500 millones de personas en condiciones de sufrimiento extremo (9%), 3.500 millones en condiciones de alto grado de sufrimiento (66%), 650 millones con un nivel moderado de sufrimiento (11) y 800 millones expuestos a bajo nivel de sufrimiento (13%). (Comité Internacional de Crisis Poblacional, 1991).

12.3 EXPLICACIONES Y RESPUESTA A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Es aceptado que las categorías convencionales de clasificación de los desórdenes mentales resultan cuando menos insuficientes para abordar las nuevas problemáticas en consecuencia de tres tipos de problemas: (a) han sido definidas con base en criterios de las ciencias físico naturales y desde el paradigma biológico de la psiquiatría, (b) excluyen una gran variedad de problemas relativos a causas sociales, en particular las que corresponden al nuevo orden mundial, (c) han generado y continúan generando respuestas sociales y sanitarias equivocadas, en tanto no prevén la comprensión compleja de las causas sociales de a la salud y la enfermedad mental (Malvárez, S., 1997).

Consecuentemente, hay múltiples problemas de salud mental que no están siendo considerados por el sistema de salud. La respuesta de la medicina a dichos problemas ha sido la de los paradigmas dominantes de la psiquiatría biológico-asistencial, de la psicología y el psicoanálisis.

Así, las tendencias en materia de atención de salud mental han variado con las épocas y los distintos contextos socio-culturales y económico-políticos. Sin embargo, han estado casi unilateralmente definidas por los términos técnico-sanitarios que, con insistencia, hicieron exclusión de la consideración de las dimensiones sociales. Este modelo de análisis ha contribuido a fracasos reiterados en el abordaje organizado del sufrimiento psíquico en las sociedades por la vía de la determinación de acciones lineales y unidireccionales, fundadas en explicaciones unidimensionales, simples y excluyentes

de los factores que se combinan para determinarlo. (Malvárez, S., 1996).

De manera predominante, la respuesta a los graves problemas de salud mental sigue siendo la tradicional, centrada en el hospital psiquiátrico como única modalidad, la institucionalización y la custodia, el tratamiento farmacológico y la marginación-exclusión del sujeto. En el mismo plano, las políticas de salud carecen de componentes de salud mental y se observan pocos esfuerzos por formular leyes que instituyan mejores condiciones de atención.

Por su parte, la formación y capacitación de personal en campo de salud mental se encuentra aún, en la coyuntura de algunos factores de influencia que no es posible desoír, pero esencialmente debe aceptarse que los modelos convencionales, tanto en contenidos como en métodos y formas de organización, contribuyen aún sostener y profundizar los paradigmas físico-naturales, biologicistas o psicologistas de explicación y abordaje del sufrimiento psíquico.

Sin embargo, paralelamente, muchas experiencias alternativas e iniciativas mundiales y regionales en este campo, viven, no sólo transformando los modos organizacionales y operativos en la asistencia a la salud mental, sino en especial, poniendo en cuestión los paradigmas conceptuales en los cuales aquéllos se sostienen. Es pertinente considerar las propuestas que confluyeron, surgieron y se continúan desencadenando a partir de la Conferencia de Caracas para la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina (OPS/OMS, 1991) consecuentes con las tendencias mundiales y regionales en las políticas de salud mental.

La Conferencia recreó una fuerte crítica al sistema manicomial, convoca a la transformación de las políticas y los servicios y propone estrategias amplias de atención, conformando redes de servicios substitutivos del manicomio, destinados a la asistencia, promoción y protección de la salud mental, sistemas de rehabilitación psicosocial, defensa de los derechos humanos, formulación de leyes, revisión de los valores éticos y desarrollo de políticas de salud mental para los países de la Región (OPS/OMS, 1991).

Por su parte, el Informe Harvard establece la necesidad de adoptar políticas de salud mental basadas en el respeto a la diversidad, que sean locales y sostenibles, que mitiguen los efectos de las desigualdades, promueven los derechos humanos que critiquen el sistema psiquiátrico manicomial, que desarrollen nuevos servicios de salud mental con tecnologías apropiadas, nuevas estrategias de salud pública y políticas innovadoras, haciendo énfasis en una serie de iniciativas específicas que dan cuenta de la comprensión de las causas sociales de la salud mental. (Departamento de Medicina Social, Universidad de Harvard, 1995).

Esto indica que el modo de pensar, analizar y proponer programas de acción en salud mental en la Región se está revirtiendo hacia modelos explicativos complejos, integrales y multidimensionales, lo que establece una esperanza para el logro de mejores resultados. Sin embargo, aún en esta dirección, las acciones se desarrollan demasiado lentamente y a menudo general proposiciones más “reformistas” que transformadoras, con lo cual es posible prever nuevos fracasos.

Se considera, por tanto, necesario que los modelos psiquiátricos convencionales y aún algunos denominados “alternativos” sean sometidos a una revisión y crítica responsables con el objeto de adecuarse a la cambiante situación epidemiológica, a riesgo del desconocimiento de los nuevos problemas relativos a la calidad de vida y el sufrimiento mental.

Pareciera que el punto de inflexión estaría dado por el modo cómo se efectúe el análisis y la explicación de la problemática de la salud mental en el mundo, por las dimensiones que se tomen en cuenta para ese análisis y por el lugar social, la intencionalidad y la capacidad de general procesos de transformación en materia de conceptos, prácticas y organización de la atención de salud mental, de quienes participan en estas decisiones y sus consecuencias sociales. (Malvárez, S., 1994, 1996).

La introducción de las ciencias sociales a la comprensión de la salud y la salud mental ha permitido una mejor aproximación la complejidad de los procesos sociales que se combinan para determinar los problemas de salud, pudiendo comprender que, como afirmó Bertrand Russell, así como la energía es la categoría principal de la física, el poder es la categoría principal de las ciencias sociales, desde esta perspectiva la salud es pensada como un proceso histórico y socialmente constituido, determinado y condicionado por las relaciones de poder. (Malvárez, S., 1997).

Las concepciones básicas que adoptemos para comprender los procesos mentales y a sus determinantes constituyen el cimiento en base al cual se fundará, no sólo la acción política y técnico-sanitaria, sino la acción social para influir en la cultura.

12.4 EL DESAFÍO

¿Qué desafíos tendremos por delante si no sólo se trata de extender coberturas de servicios sino, fundamentalmente, de transformar las concepciones sustantivas de la atención psiquiátrica y aún más, de la promoción de la salud mental?, así se expresaba el Dr. Ramón Granados Toruño, Consultor de la OPS/OMS en la reunión del grupo de trabajo de enfermería en salud mental en Tegucigalpa, 1996.

Las experiencias emprendidas por varios países de la Región, anteriormente varios países del mundo, y la iniciativa de OPS para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica hace suponer que muchos grupos han emprendido el desafío, y que aún cuando al interior de procesos, se encuentren innumerables contradicciones que es necesario discutir, el desafío está claro no se trata de un enfoque más minucioso de los mismos problemas, de reformas al mismo pensamiento, de especialización del mismo conocimiento, de sofisticación de iguales servicios y programas.

El desafío se encuentra justamente en el desafío a los valores instituidos en el campo psiquiátrico, el desafío a la cultural del individualismo, la soledad, la exclusión y la marginación, el desafío de los poderes políticos y económicos que sostienen las condiciones para la enfermedad mental, el desafío hacia los saberes y prácticas dominantes en el campo sanitario y a los modos de producción y reproducción del conocimiento que soportan y perpetúan la propuesta unicausal y asistencial. El principal desafío, en realidad, es a uno mismo, actor social, miembro de una cultura y profesional de salud, que supone el cuestionamiento del propio modo de pensar en salud mental. (Malvárez, S., 1997).

Se necesita, por tanto, invertir esfuerzos sociales e individuales para comprender y expandir la comprensión compleja de los problemas de salud mental, comprensión que supone inicialmente y con anterioridad ontológica a cualquier otra iniciativa operacional, la discusión integral de:

- La base étnico-política de las concepciones y prácticas de salud mental
- El soporte teórico-epistemológico de los modelos de atención en salud mental

12.5 HACIA UNA CONCEPCIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL

Considera unos conceptos principales que contribuyen a la comprensión compleja de la salud mental, desde la perspectiva social y que sirve de fundamento social de la enfermería en salud mental. Estos son:

12.5.1 Sobre la salud como cuestión social

La salud es una cuestión social y en cuanto social, también política. El concepto social de salud se sustenta cuando menos en dos presupuestos fundamentales: la sociedad y los procesos sociales.

12.5.2 Sobre la sociedad

La *sociedad* no es un todo uniforme, homogéneo y armónico (y en donde las “disarmonías” representan disfunciones sociales) sino que se caracteriza por desigualdades de diferentes categorías. Existen grupos sociales con calidad de vida, intereses, ideas, capacidades y poder distintos y dichas diferencias producen contradicciones y conflictos, los cuales son partes estructurales de la dinámica social.

Los *procesos sociales* son históricos, complejos, discontinuos, inciertos, ambiguos, conflictivos, múltiples e interdeterminados y están dinamizados por las relaciones de poder.

El complejo de procesos sociales que, conjuntamente con los procesos naturales, condicionan y determinan la salud pueden clasificarse en: histórico-culturales, socio-económicos, jurídico-políticos, científico-técnicos y económico-administrativos.

12.5.3 Sobre la salud

En este marco, la salud es un proceso histórico-social, culturalmente determinado, relativo al estilo y a la calidad de vida de los pueblos y a sus condiciones económico-políticas de accesibilidad a los diferentes tipos de “riqueza” (cultural, económica, política, geográfica, espiritual, etc.) en cada lugar y tiempo. Dicho proceso se expresa no solamente en distintos problemas de enfermedad o riesgo, sino también en las diferentes maneras cotidianas e institucionalizarse de relacionamiento social. (Malvárez, S., 1997).

En consecuencia, el *estado de salud* de un sujeto, grupo o población específica constituye en primer término un corte artificial del mencionado proceso histórico, corte realizado por quien lo mira con el objeto de comprenderlo. En segundo lugar, entiendo a dicho estado de salud como la expresión social de un complejo de determinaciones y condicionamientos atravesados por las relaciones de poder, procesos que, al tiempo que pueden entenderse como “causas”, representan simultáneamente expresiones de dicho estado de salud. (Malvárez, S., 1997).

12.5.4 Sobre la salud mental

Definida históricamente por la *ausencia de enfermedad*, la salud mental constituye un campo teórico-político en construcción, del cual poco se sabe y que supone, tanto el desarrollo de nuevos conceptos, como la invención y evaluación de nuevos modos de acción social, política, técnica y administrativa en salud, ajustada a las realidades de los países latinoamericanos. El campo de la salud mental precisa constituirse como tal: complejo y transdisciplinario

que admita la comprensión de la subjetividad, de la singularidad y de la diferencia en lo individual y colectivo; y que entienda el conflicto cotidiano de las instituciones y de la sociedad; que abra la mirada hacia el amplio campo de la vida social y advierta sus interrelaciones saludables y perjudiciales.

Desde un *punto de vista cualitativo y relativo al estado de vida mental*, la salud mental puede concebirse como un proceso histórico y socialmente determinado, de integración de los elementos conflictivos, constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva y objetivamente, en el que las personas y los grupos participan activamente de sus propios cambios y los de su entorno social (adaptado de Galli, 1985). La salud mental constituye uno de los elementos de la salud integral del sujeto, junto con la salud física y la salud social.

Desde un *punto de vista etiológico*, la salud mental puede ser definida como un proceso de vida determinada y condicionado por un conjunto de otros procesos naturales, histórico-culturales, económico-sociales, jurídico-políticos, científico-técnicos y de organización de los servicios de salud, procesos todos que se dan interrelacionados y movilizados por relaciones de poder.

En orden a su *perspectiva política* la salud mental se entiende como una cuestión social y en consecuencia política que es determinada y se expresa en las relaciones entre Estado y Sociedad. La salud mental es un derecho humano inalienable e indisolublemente ligado a los conceptos y procesos de ciudadanía, libertad, democracia y solidaridad; en consecuencia precisa de un sistema jurídico legal que lo promueva, lo ampare y lo defienda de la discriminación, la exclusión y la violación a los derechos humanos y de un conjunto de políticas socio-sanitarias que garanticen su desarrollo social y subjetivo plenos.

Desde el *punto de vista científico-epistemológico* la salud mental corresponde al entrecruzamiento de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a todos los campos del saber y las actividades humanas, por lo tanto no es posible ni conviene acortar sus límites. Como campo interdisciplinario incluye: las problemáticas conceptuales y prácticas de la salud mental, sus alteraciones y de la enfermedad mental, sus modos de organización y regulación y los efectos de los distintos poderes sobre los mismos. Por lo tanto, la salud mental excede conceptual y operativamente el sector salud, aunque tenga una fuerte inserción en él. (Galli, V., 1985).

El *cuidado de la salud mental* es el conjunto de actividades basadas en un repertorio variado de conocimientos culturales y científicos que tienen por objeto promover, proteger, restablecer y rehabilitar la salud mental de las personas y los grupos humanos. (Galli, V., 1985).

La *atención integral de la salud mental* incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio-culturales, científico-técnicas, económico-políticas, legislativas, éticas, estéticas y organizacionales que suponen una visión completa de la vida del sujeto y la dinámica social. Dicha atención debe ser orientada hacia el establecimiento de redes de servicios que substituyan el modelo asilar de la psiquiatría, que se caracterice por la diversificación y calificación de las prestaciones sanitarias y que incluya a los distintos sectores de la comunidad. Los servicios de salud mental han de constituirse en centros de producción de salud, de vida y de ciudadanía.

En este sentido, las organizaciones imperantes deben ser revisadas, buscándose sistemas de servicios que den respuesta integral a los problemas de la salud mental, servicios predominantemente comunitarios que se ocupen de manera principal de la promoción de la salud mental y de la intervención en la crisis en sus distintos ámbitos (familiar, escolar, recreativo, hospitalario, cultural, religioso, etc.), como también han de ocuparse de la identificación y atención de grupos de riesgo. Los hospitales generales pueden ser el continente de situaciones que superen las posibilidades comunitarias, mientras que los hospitales psiquiátricos pueden constituirse en focos de preocupación sanitaria para su substitución progresiva. (Malvárez, S., 1996).

En el marco del estado de derecho, la organización de la atención de salud mental implica la participación de todos los actores implicados en el proceso-usuarios, prestadores e instituciones.

La *formación y capacitación de personal de salud mental* constituye un elemento estructurante del modelo de servicios que se presta, en consecuencia, debe estar orientada, no sólo al análisis crítico del modelo psiquiátrico predominante, sino en especial a la transformación de conceptos y prácticas, servicios, políticas y legislación en salud mental, en orden a la generación de una respuesta social ética y responsable. (OPS/OMS, 1995).

12.6 LUGAR Y VALOR DE LA ENFERMERÍA PARA LA SALUD MENTAL

12.6.1 Breve síntesis de situación en América Latina

La enfermería en el campo de la salud mental, no se diferencia del modelo general de la profesión, con la salvedad de expresar también los signos propios de la línea psiquiátrica imperante en cada país o estado. Predominan en consecuencia el papel custodial o asistencialista en el marco de los grandes hospitales psiquiátricos, influido por la fuerza de este sistema conceptual,

aunque en muchos lugares, las enfermeras comienzan a formar parte de equipos interdisciplinarios que proponen sistemas comunitarios, preventivos y aún promocionales de la atención de salud mental. Sin embargo, aún en este campo, en que los conceptos y prácticas de los profesionales de la salud son más frecuentemente discutidas, las enfermeras no logran asumir como responsabilidad profesional propia, los problemas de salud mental de la comunidad.

En virtud de las anteriores explicitaciones puede concluirse que tanto en su sentido histórico, como actual, la enfermería ha acompañado los movimientos socio-políticos y científico-técnicos de la psiquiatría de cada época, ocupando un lugar pasivo-independiente y de consolidación de los distintos modelos psiquiátricos.

Debe reiterarse, no obstante que, a partir del decenio de 1980 y acompañando los procesos de democratización, en algunos países de la Región se inician movimientos de salud mental y reforma psiquiátrica. Esta nueva tendencia, como hemos adelantado, se fundamenta en la concepción de la salud mental como resultado de la historia y la cultura, de los estilos y condiciones de vida y de las políticas sociales y de salud. Propone la atención descentralizada, interdisciplinaria e intersectorial con perfil comunitario. Vincula a la salud mental con los conceptos de la ciudadanía y producción de vida promoviendo la creatividad, la solidaridad y singularidad. Y determina el inicio de transformaciones en las concepciones y prácticas de salud mental, en la organización de los servicios y en la formación y capacitación de personal del área.

Acompañando este proceso de transformación, enfermeras de varios países han incursionado notablemente en las decisiones políticas, en las prácticas diagnósticas y terapéuticas, en la determinación sobre la organización de servicios y en las investigaciones de salud mental. En esos mismos contextos, muchas enfermeras han logrado redireccionar sus programas organizativos y de atención, sus planes de estudio y modelos pedagógicos para la formación de personal en salud mental y han influido, a través de ello, la formación general de las enfermeras, tanto como las formas y contenidos de la educación permanente.

Las mencionadas experiencias han tenido en general un factor común que parece necesario resaltar: la participación de enfermeras en espacios interdisciplinarios de decisión, formación y acción sanitaria en salud mental. El trabajo multidisciplinario ha determinado que las enfermeras se vean constantemente requeridas de conocimientos y capacidades múltiples y que, a su vez, sean incorporadas en los mismos niveles de profesionalización de otras disciplinas de salud más desarrolladas. Por este medio las enfermeras han podido ofrecer importantes aportes a las

investigaciones, decisiones, formación planeamiento y acción sanitaria en salud mental.

Las experiencias antes mencionadas son incipientes en la mayoría de los países, tropiezan con muchos obstáculos y con la principal dificultad de oponerse al modelo convencional fuertemente instalado, coexistiendo a menudo con el mismo y presentando las contradicciones propias de esta coexistencia.

La atención de la salud mental constituye un vastísimo espacio donde las enfermeras tienen innumerables oportunidades de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos de América Latina. Hacer posible el aprovechamiento de esas oportunidades, representa un desafío que las enfermeras no pueden obviar, a riesgo de ser partícipes necesarias del abandono social y técnico de los principales problemas de la sociedad.

Dichas oportunidades se presentan ahora como espacios virtuales que es necesario reconocer a los fines de construir el protagonismo de enfermería en la atención de la salud mental. Existen buenas razones para pensar que este grupo ocupacional puede y está llamado a tomar posición al respecto. (Malvárez, S., 1994).

- La primera de ellas es la *magnitud del grupo* de enfermería que, en la mayoría de los países de la Región representa una destacada proporción en el total de trabajadores de las salud (en el mundo las enfermeras conforman un grupo de 5 millones de personas). El tamaño proporcional del sector de enfermería permite pensar que, si sus prácticas son previstas hacia la ampliación de cobertura, un enorme grupo poblacional va a beneficiarse de ellas.
- En otro sentido, la *magnitud del grupo* de enfermería representa una cualidad nacida desdeñablemente en relación a la fuerza social y capacidad de incidencia en las decisiones políticas en todos los campos y particularmente en el sanitario.
- La segunda está constituida por la *diversidad de conocimientos y capacidades* que caracterizan su formación y que, especialmente orientadas con sensibilidad a la comprensión de la afectividad humana, posibilitan su utilización en estrategias de alto impacto en salud.
- La tercera se refiere al *monto y tipo de prestaciones y la amplia gama de situaciones de salud-enfermedad* a la que las enfermeras dan atención, sin conocimientos, capacidades y prestaciones son direccionadas en el sentido específico de la inclusión y consideración de los problemas de salud mental de las poblaciones, es posible prever un impacto pleno.
- La cuarta razón es que la condición de *tarea humanitaria* por la cual las enfermeras reciben particular reconocimiento

social, no es casual y en ella reside una gran posibilidad de recepción de prestaciones por parte de la comunidad, en virtud del carácter social, comprensivo y de contención socio-afectiva que cualifica las acciones de enfermería.

- La última razón es que las enfermeras, tanto de servicio como de docencia, se han caracterizado históricamente por la introducción de modelos alternativos de organización en salud, aún cuando hayan fallado en los análisis estratégicos de inicio y, en consecuencia, hayan arribado a reiterados fracasos operativos; esta capacidad generadora, tesonera y esperanzada del grupo de enfermería, constituye uno de los espacios virtuales más propicios a ser aprovechados, para desencadenar procesos de transformación en el área de la salud mental, siempre que vayan acompañados de alguna formación en nuevas categorías de análisis y estrategias de desarrollo.

El reconocimiento de estas ventajas puede ser el punto de partida para el desarrollo de la enfermería en salud mental en favor de los siguientes tópicos principales:

- La identificación de los problemas de salud mental de las poblaciones, en virtud del impacto provocado por los cambios sociales y las luchas de poder.
- La influencia en las decisiones políticas y sanitarias
- La generación de programas de promoción y protección de la salud mental para la comunidad en general y para grupos específicos e instituciones de riesgo
- La implementación de acciones a nivel de los servicios sanitarios en dirección a la humanización de la atención médica y la consideración de los problemas psicosociales de la salud y la enfermedad.
- El desencadenamiento de procesos transformadores de las instituciones psiquiátricas tradicionales, al interior de sí substituyéndolas por redes de servicios que atiendan integralmente a la población en sus problemas de sufrimiento psíquico y les faciliten una inserción social plena.
- La articulación de los distintos sectores (salud, educación, justicia, seguridad, trabajo, comunicación social, etc.) en intervención y apoyo a los programas de salud mental.
- La articulación de las divisiones de salud mental en los servicios y políticas generales de salud.
- La revisión y transformación de los modelos de producción de conocimientos, formación y educación permanente de personal en salud mental, en orden a la dirección de los cambios propuestos.

- La vinculación de los distintos grupos del ámbito profesional en favor del desarrollo de la enfermería y la salud.

12.7 HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO PERFIL DE LA ENFERMERA EN SALUD MENTAL

12.7.1 Obstáculos y bases para la transformación

Se trata de tres órdenes de obstáculos cuya naturaleza es preciso develar a riesgo de perpetuar la reiteración de fracasos o cuando menos de estrategias inefectivas:

- Los obstáculos teórico-epistemológicos
- Los obstáculos ético-políticos
- Los obstáculos administrativos

Los segundos tienen que ver con el sistema de valores y las relaciones de poder que estructuran y dinamizan el campo sanitario y de las cuales las enfermeras constituyen necesaria parte.

Los terceros se vinculan con los procesos de organización técnico-administrativa de los servicios de salud y salud mental que operan y expresan las políticas y cristalizan la historia y cuya naturaleza y dinámica es preciso comprender.

Los primeros se relacionan con los modelos conceptuales que sustentan los saberes y prácticas de salud mental, juntamente con la cultura deciden las políticas y, por último, determinan la formación de los servicios de atención. Dichos modelos conceptuales de salud mental se derivan a su vez de los paradigmas dominantes en la ciencia, la cultura, la educación, la administración, la salud pública y la medicina y su reflexión es condición necesaria para la explicación del propio conocimiento de salud mental y de enfermería.

La propuesta teórica que sustenta la concepción social de la salud mental, introducida en este trabajo, tiene profundas implicancias para la enfermería y te propone también desafíos singulares que pueden señalarse como:

- La edificación de un conjunto de valores éticos de la enfermería para una humanidad libre, solidaria y creativa.
- La adopción de un cuerpo de conocimientos de perspectiva social y estratégica que permita comprender a la salud mental de manera histórico-social e identificar los verdaderos problemas y a la enfermería como una parte constitutiva de ese proceso con una misión singular en la promoción de la vida.
- La incidencia en las políticas, la cultura, la educación, la ciencia y el servicio en orden a esos valores y saberes.

La concepción social de la salud mental desde su perspectiva etiológica, ayuda a pensar que, si los problemas mentales constituyen procesos asociados a la cultura, la situación económica, la política, las leyes, la ciencia, la formación de profesionales de salud, los modos cómo se organizan los servicios y distribuyen los recursos de salud, y procesos sociales que contienen y determinan los procesos bio-ecológicos e intrafamiliares que influyen la subjetividad, entonces los problemas epidemiológicos que tenemos enfrente para ser abordados como problemas de salud mental no están sólo constituidos por las enfermedades diagnosticadas ni por los nuevos sufrimientos aún no clasificados. Los problemas que tenemos en frente son dichos mismos procesos sociales que a la vez que determinantes o condicionantes funcionan como indicadores explícitos de salud mental de las poblaciones.

Así, el estudio epidemiológico de las políticas, leyes, los conceptos y prácticas que se investigan y se enseñan, los modos de organización y estilos de los servicios de salud mental, las formas cómo se asignan los recursos, los valores culturales, constituyen, de suyo, problemas de salud mental también de competencia de los profesionales de salud, del mismo modo que una causa genética y hormonal.

Esta perspectiva nos hace cambiar de problemas y, acaso, reflexionar hacia una nueva noción de la enfermería en salud mental: esta que aparte definitivamente la dependencia de su misión de la noción médica de cura para desenvolver la **misión autónoma y creativa de la enfermería asociada a la promoción de la vida y al cuidado.**

Nos aliamos a Françoise Coliere, “a la Carta de Ottawa”, “a la Conferencia de Promoción de la Salud y Equidad para América Latina” en el concepto de promover la vida y la salud, también para el campo de la salud mental, pero creemos necesario ser fuertemente explícitos y claros en relación al concepto. La intervención de la enfermería en favor de promover la vida tiene cuando menos cinco ámbitos de aplicación: subjetivo, intersubjetivo, institucional, comunitario y social. Cada ámbito demanda misiones distintas y complejas.

Dichas misiones se vinculan principalmente a la identificación, potenciación y creación de condiciones que favorecen la vida y la salud y que, en cualquiera de los ámbitos supone pensar que desde el sujeto hasta la sociedad como unidad conserva mucho de su desenvolvimiento saludable que es preciso y posible potenciar. Al nivel tanto subjetivo como social, en consecuencia, supone actuar sobre los factores promotores y protectores de la vida y luchar en contra de los destructores.

La segunda misión, el cuidado, también precisa de ser repensada en función de la concepción social. Las enfermeras y particularmente las enfermeras de salud mental han desarrollado grandes reflexiones y capacidades en función de cuidar, pero hasta aquí dichas reflexiones se han mantenido en el ámbito de individual-grupal y habitualmente se han asociado al cuidado médico.

Desde la perspectiva social de la salud mental, es necesario que las enfermeras estudien en profundidad cómo las personas se cuidan unas a otras y cómo en ese proceso inciden en la dinámica social en sus distintas dimensiones para proveer a ese cuidado. Un gran aporte al desarrollo de esta idea lo ha hecho Manfred Max Neef (1993) con su teoría del Desarrollo a Escala Humana, en la cual propone una nueva definición y clasificación de las necesidades humanas y de los procesos sociales satisfactores o destructores que las realizan o imponen. El cuidado de la salud mental entregado por enfermeras desde la perspectiva social, juntamente con la promoción de la vida, constituyen cuando menos dos de las principales misiones de la enfermería que requieren ser pensadas y reinventadas.

12.8 COMPONENTES PARA UN PERFIL DE LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL (MALVÁREZ, S., 1994)

Las necesidad de salud mental de los pueblos latinoamericanos y las respuestas sociales predominantes, demandan de la enfermería un nuevo perfil que es necesario construir, a riesgo de quedar al margen del desenvolvimiento general y de ser brutalmente arrastrada por los cambios en lugar de constituirse en protagonistas y conductores de los mismos. Ese perfil puede constituirse en la dirección deseada de múltiples procesos de transformación que se construyan participativamente, a punto de partida de los requerimientos y posibilidades locales. En función de la misión de la enfermera en la sociedad, para el campo de la salud mental, ese perfil puede definirse por la responsabilidad social, el campo de acción, y el campo de conocimientos. A saber:

12.8.1 Sobre la responsabilidad social

- Responsabilidad por las necesidades de salud mental de la población con visión social y abordaje epidemiológico.
- Responsabilidad en la evaluación científica de los medios diagnósticos y terapéuticos de enfermería en salud mental.
- Responsabilidad en la transformación de los modelos socio-culturales autoritarios y dependientes, hacia la obtención de

grados crecientes de libertad, autonomía, ciudadanía y producción de vida en cuanto ellos afectan la salud mental.

- Responsabilidad en la transformación de los modelos sanitarios biologista-curativos y mejoramiento de la atención general de salud.
- Responsabilidad en la solución participativa de los problemas de salud mental.
- Responsabilidad en la transformación de las instituciones psiquiátricas.
- Responsabilidad por las políticas sociales y de salud mental.

12.8.2 Sobre el campo de acción

Al nivel de gobierno

- Participación en la formulación de políticas sociales y sanitarias y en la gestión de aplicación de leyes en el campo de la salud mental.
- Participación de la formulación de políticas para el desarrollo de programas de salud mental.
- Articulación de la salud mental con educación, justicia, bienestar social, seguridad, trabajo, comunicación social y otros sectores y con las políticas y planes de salud general.

Al nivel de comunidad

- Identificación de las necesidades de salud mental en la población, de los grupos y factores de riesgo en salud mental.
- Generación e implementación de programas participativos de promoción y protección de la salud mental.
- Intervención de situaciones de riesgo y crisis y/o derivación correspondiente.
- Asesoramiento a organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales, equipos y servicios de salud comunitarios en el área de la salud mental.
- Articulación interdisciplinaria e intersectorial.
- Creación y fortalecimiento de servicios de salud mental comunitarios.
- Capacitación de enfermeras y líderes comunitarios en salud mental.

Al nivel de hospitales generales

- Atención a los problemas de salud mental que acompañan las enfermedades física e intervención en situaciones de crisis.

- Educación permanente del personal de enfermería en el área de salud mental.
- Asesoramiento e interconsulta.
- Atención a los problemas de salud mental en el trabajo de las enfermeras.
- Creación de servicios de salud mental en hospitales generales.

A nivel de hospitales psiquiátricos

- Rehabilitación de las personas con sufrimiento psíquico y promoción de su reinserción social.
- Generación de espacios de participación y creación colectiva.
- Educación permanente del personal de enfermería.
- Creación e implementación de proyectos de desinstitucionalización.
- Creación progresiva de redes de servicios substitutivos del hospital psiquiátrico.
- Atención a la salud mental de las enfermeras.
- Generación de espacios de discusión y acción interdisciplinaria.

Al nivel de la formación de personal de salud mental y la producción de conocimientos

- Promoción de la modificación de los contenidos de planes de estudio, orientándolos hacia la inclusión de los aspectos socioculturales y psicosociales de la salud.
- Revisión y crítica de los programas de enfermería psiquiátrica y orientación hacia modelos conceptuales y prácticos de atención integral de la salud mental.
- Aportes para la substitución de los modelos pedagógicos de la transmisión y el entrenamiento por sistemas críticos, contextualizados y problematizadores de la situación de salud y de las prácticas de enfermería.
- Producción y difusión del conocimiento de enfermería en salud mental.

Sobre el campo de conocimientos

- Modelos socio-culturales, científico-técnicos, jurídico-políticos sanitarios y administrativos que determinan y condicionan las situación de salud mental.
- Paradigmas conceptuales y prácticos en salud mental. La producción y transmisión del conocimiento en el campo de la salud mental.

- Principales problemas de salud mental de la comunidad argentina: violencia, uso indebido de alcohol y drogas, ansiedad y depresión, efectos del abandono social, efectos psicosociales de la fragmentación social, cronicidad, etc.
- Epidemiología de la salud mental. Clasificaciones. Los viejos y los nuevos sufrimientos. Grupos y factores de riesgo.
- Problemas de salud mental que acompañan a las enfermedades físicas.
- Teoría de los grupos y las instituciones.
- Análisis, administración y gestión y gestión estratégica en el campo de la salud mental. Desencantamiento de proyectos de transformación.
- Poderes y conflictos de poder en el campo de la salud mental.
- Diagnóstico de salud mental de la comunidad.
- Ética, poder y modelos de las relaciones profesionales en enfermería.
- Estrategias de acción comunitaria en salud mental.
- Modelos de intervención en crisis individual, familiar e institucional.
- Modelos de rehabilitación de persona con sufrimiento psíquico.
- Proceso de trabajo y salud mental de las enfermeras.
- Bases de sociología, antropología, psicología, epistemología, economía y política de la salud.

12.9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 1986.
2. Coliere, F. Promover la vida. Interamericana, Madrid, 1993.
3. Comité Internacional de Crisis Poblacional. Informe sobre el sufrimiento humano. USA, 1991.
4. Departamento de Medicina Social de la Universidad de Harvard. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de trabajos ingresos, 1995.
5. Ferro, R. La salud mental y la ciencia del plata. Foro Concordia de Salud Mental. Concordia, Argentina, 1998.

6. Galli, V. Salud mental definiciones y problemas. Dirección Nacional de Salud Mental, Bg. Ag. Argentina, 1985.
7. Malvárez, S. Enfermería en salud mental en América Latina: tendencias y perspectivas. Documento preparado con la cooperación técnica de la OPS/OMS, Rep. en Argentina para el Programa de Promoción de la Salud Mental y Prevención del Uso indebido de Drogas. OPS/OMS-DIFE. Córdoba, Argentina, 1994.
8. Malvárez, S. Salud Mental y Fin de Siglo. Documento preparado con la cooperación técnica de la OPS/OMS, Rep. en Argentina para el Programa de Promoción de la Salud Mental y Prevención del Uso indebido de Drogas. OPS/OMS-DIFE. Córdoba, Argentina, 1994. Edición revisada 1996.
9. Malvárez, S. Mental Health at the end of the Century. Initial Conference presented in a Team of Residency for Psychiatric Mental Health Nurses Leaders. SERPN. Rockefeller Foundation. Bellagio, Italy, May, 1997.
10. Malvárez, S. Una perspectiva crítica para la comprensión del uso indebido de drogas. Ponencia presentada en la Primera Reunión Técnica del Programa de Enfermería para la Promoción de la Salud y la Prevención del Uso Indebido de Drogas. Comisión Interamericana de Control del Abuso de Drogas. Organización de los Estados Americanos, Washington, DC. Octubre, 1997.
11. Malvárez, S. Reflexiones sobre los paradigmas de investigación en salud. Ponencia presentada en el Seminario de Investigación en Salud de la Maestría en Salud Materno Infantil. Escuela Graduada en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina, 1997.
12. Max Neff, M. Desarrollo a escala humana, Nordan Ed. Monte Video, 1993.
13. OPS/OMS. Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bogotá, 1992.
14. OPS/OMS. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, 1991.
15. OPS/OMS. Desarrollo de servicios de enfermería en Centroamérica, en salud mental y psiquiatría. Informe del grupo de trabajo sobre el tema reunido en Tegucigalpa, Honduras, noviembre, 1996.
16. OPS/OMS. Proyecto de Desarrollo de servicios de enfermería en salud mental para los países del cono sur. Documento final de

Taller Regional de Enfermería en Salud Mental. San Pablo, Brasil. 1995.

17. Peres, Shimón. Conferencia dictada en el Salón de Actos de la Universidad Nacional de Córdoba el 8 de abril de 1997. Córdoba, Argentina.
18. Sartorius, N. Atención Primaria en salud mental. Congreso Argentino de Psiquiatría. Bs. As. 1987.
19. Team Residency for Psychiatric Mental Health Nurses Leaders. Informe de los grupos de trabajo. SERPN. Rockefeller Foundation. Bellagio, Italy. May, 1997.

13. EDUCACIÓN A DISTANCIA COMO UNA ESTRATEGIA DE DESARROLLO DE PODER

Marlene Farrell

La profesión de enfermería está constantemente cambiando para llenar las necesidades de salud, mientras a la vez se mantienen los estándares y la integridad de la profesión. Estos requerimientos surgen de las necesidades de la sociedad nacional, regional y globalmente. Como los países informan de las situaciones de enfermería se conoce la necesidad de mejorar el nivel de preparación de las diferentes categorías de servicio del personal de enfermería.

A medida que la profesión se mueve al siglo XXI el rol de enfermería es más amplio. Esta transición parte de una visión del futuro donde el rol de enfermería será interdependiente, localizado más en cuidado de salud, con funciones independientes claramente específicas y con límites o fronteras más flexibles. La responsabilidad de la enfermera cambiará de una que únicamente provee cuidados y seguridad al paciente en un escenario institucional a que desarrolle prescripciones de salud en instituciones con base comunitaria, así como en ambientes de cuidado terciario. En el pasado la función mayor de la enfermera ha sido proveer cuidado al paciente bajo la dirección del médico, controlado por un conjunto de políticas institucionales establecidas por otros. En el futuro la enfermera no solamente proveerá cuidado directo, sino que se involucrará en el proceso de legislación, de definiciones de estándares y de formulación de políticas como parte interactiva del equipo multidisciplinario. El foco de cuidado provisto debe incluir prevención de la enfermedad como el mantenimiento y restauración de la salud.

Para algunos países, la educación profesional y el progreso para la fuerza trabajadora de enfermería se ha obstaculizado por la escasez de recursos del potencial humano de salud. Esta situación quizás se agrave más por una falta de enfermeras educadoras e infraestructuras calificadas, tales como servicios básicos, bibliotecas y sistemas de comunicación y transporte.

A lo largo del continente está aceptada la educación a distancia como un núcleo importante para el aumento en el nivel de los proveedores de cuidado de enfermería de ayudante a auxiliar, general o técnica a profesional, bachiller a maestría y de maestría a doctorado en una manera oportuna sin interrumpir su empleo usual. La enfermería, como otras disciplinas, debe moverse del concepto de la edad industrial a la nueva era de la información y dirigir su empeño hacia el desarrollo de la profesión para responder a los

retos contemporáneos. Mientras han ocurrido algunos cambios mundiales en los sistemas educacionales es esencial la educación continua.

La educación a distancia está basada en la creencia de que cuando el estudiante tiene acceso a un programa de instrucción planificada, donde los materiales de los cursos son sistemáticamente diseñados y provee guía a recursos adicionales, los estudiantes pueden seguir adelante de manera autodirigida y ser exitosos en llenar los resultados específicos de cada curso. La educación a distancia para enfermería ha sido parte de la educación superior a mitad del siglo, iniciándose con la Universidad de Africa del Sur (UNISA) en el 1951 y contenido en 1961 por la Universidad abierta del Reino Unido (Universidad Abierta Británica). Desde 1970 el número de universidades dedicada a la educación a distancia alrededor del mundo ha aumentado a aproximadamente a 30, incluyendo la Universidad Atnabasca, Canada; Universidad Nacional de Educación, España. Universidad establecida a distancia, Costa Rica y Universidad Nacional Abierta de Venezuela, entre otras.

La educación a distancia ha sido ampliamente definida por Moore como una estrategia en la cual el maestro o la institución proveen instrucción aparte en cualquier tiempo o lugar u ambos a los que aprenden. El espíritu y el potencial de la educación a distancia es que esta se realiza por medio de programas que están específicamente diseñados e implementados con base en las necesidades de la población del aprendiz, para quien el programa es ofrecido. El énfasis del programa está en el aprendizaje del estudiante más que en la presentación del conocimiento. El currículo está basado en competencia, el aprendizaje previo es estimado y validado y se promueve el desarrollo de las destrezas en el éxito del estudiante. El rol del maestro es de facilitador y colaborador en el proceso de aprendizaje más que el de dar información. Los servicios de apoyo, los procesos educacionales y administrativo son usualmente descentralizados. Estos programas son típicamente discutidos como correspondencia, aprendizaje libre, universidad sin paredes, semi-presencia, estimado/estudio estudio independiente y recientemente el salón de clase electrónico. Un común denominador de todas esas aproximaciones de la educación a distancia es la innovación de los resultados de la instrucción y la metodología en la enseñanza-aprendizaje y poco o ningún tiempo en el salón de clases.

Los principios de aprendizaje al adulto son importantes para la planificación y la capacidad de los programas de educación a distancia. El tema central es que el estudiante es un participante activo más que un recipiente pasivo en el proceso de enseñanza-aprendizaje. El énfasis es en el pensamiento más que la memorización y el trabajo colaborativo entre el maestro y

estudiante y el estudiante con el estudiante. El rol del maestro es uno de facilitar una relación de colega que incite o fortalezca una cadena propiamente iniciada para que los estudiantes tengan acceso a una variedad de recursos de aprendizaje.

El desarrollo propio es otra consideración importante en los programas de educación a distancia. El proceso del desarrollo propio se inicia cuando el estudiante construye y analiza un portafolio personal y entonces proyecta un plan para desarrollar conocimiento y destrezas hacia el logro de plan de estudio individualizado. El desarrollo del individuo continua a medida que el estudiante selecciona las actividades de aprendizaje, realiza tareas complejas individual o colectivamente y participa en la medida de sus objetivos de aprendizaje logrado mediante su propia evaluación. Desde que los programas centralizados en aprendizaje del adulto son basados en competencias, el estudiante se enfrenta solamente a su propia competencia contra unos criterios pre-establecidos con un mínimo específico aceptable de nivel de ejecución.

Finalmente, el programa se capitaliza porque el adulto trabajando brinda una ventaja al escenario educacional, el lugar de empleo se convierte en un laboratorio. El estudiante en su rol de empleado ve la aplicación inmediata de nuevos conocimientos al problema real encontrado en el trabajo, en otros escenarios u otros roles. La satisfacción personal y el reconocimiento externo que se deriva es utilizada para la identificación y la solución del problema mediante un cambio efectivo.

Hoy día una variedad de programas de educación a distancia están disponibles para la enfermera en Estados Unidos, algunos sirven a áreas geográficas amplias, otras más al nivel de la comunidad. El origen del programa de grado en enfermería mediante la educación a distancia se remonta a más de 20 años y está vinculado a la generosidad de la fundación W.K. Kellogg. En 1973, se inició un modelo de crédito de estimado primero para el grado asociado y más tarde el bachillerato a través del "New York Regents External Degree" mediante la universidad del estado de New York. En 1981, mediante el liderazgo de la Universidad de California se desarrolló a lo largo del estado el modelo de RN a BSN, el cual incluía unos seminarios siendo el maestro facilitador de todos los cursos y se inició un crédito por el estimado en la opción de algunos cursos en la concentración de enfermería. Esos programas innovativos de educación a distancia vencen el escepticismo inicial y el logro de acreditación por la Liga Nacional de Enfermería. Ellos continúan sirviendo como modelos para otros estados, otras instituciones y otros países. El programa de California, ahora con residencia en la Universidad del Estado de California, Dominguez Hills (CSUDH) añade un grado de maestría en educación a distancia en el 1985. En 1994, mediante la comunicación electrónica, el modelo a lo largo del

estado se convirtió en un modelo nacional. Las enfermeras que tienen acceso a la televisión (VCR) o cablevisión y a una computadora con un "modem" ahora puede matricularse en los cursos de enfermería de CSUDH en cualquier lugar de Estados Unidos. Hay algunos estudiantes motivados quienes viven en el Caribe, las islas pacíficas del sur y en Europa. En su mayoría son enfermeras en las fuerzas armadas quienes se han transferido a esas localizaciones. El modelo nacional generalmente está siendo extendido para incluir el programa de grado de maestría. El grado de maestría en enfermería será ofrecido por correo electrónico probablemente a inicios del Otoño de 1998.

El Centro para Educación en Enfermería Internacional en CSUDH está sirviendo generalmente como un recurso para que se desarrollen proyectos de educación a distancia como los fundados por la Fundación W.K. Kellogg en América Latina y Africa. En Sur América se encuentra una variedad de programas de educación a distancia. Los consultores encuentran que en América Latina el término educación a distancia a menudo significa para el estudiante que nunca tiene que ir al campus universitario o interactuar directamente con un maestro. El término semi-presencial fue acuñado o tomado para distinguir la educación a distancia en enfermería de aquellos que únicamente usan la correspondencia o modelos de estudio independiente.

Por ejemplo, las escuelas de enfermería en Uruguay, Argentina y Chile han iniciado programas de educación a distancia. La Universidad de la República del Uruguay en Montevideo ha tenido la experiencia con un programa completo de bachillerato. Las enfermeras de Argentina pueden completar un programa de estudios para la licenciatura de la Universidad Nacional de Rosario y pronto serán capaces de obtener el grado de maestría en administración en enfermería. En la región de Patagonia del país hay un programa completo para la licenciatura en dos estados Chubut y Río Negro. Mediante la Pontificia Universidad Católica de Chile, en Santiago, las enfermeras de servicio pueden desarrollar conocimientos de liderazgo y cuidados primarios de salud a través de un programa certificado de educación a distancia.

Las enfermeras en Cali, Colombia; Colombia y ciudades cercanas han tenido una oportunidad excepcional. A inicios del decenio de 1980, la población de enfermeras técnicas que deseaban ganar un grado mayor a la licenciatura en enfermería fue ofrecido a través de un programa de educación a distancia por la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle. Como las demandas de ese programa fueron satisfechas, el de grado de maestría mediante educación a distancia fue implementado y actualmente es el programa más popular en el campus universitario. Un nuevo proyecto para la Escuela de Enfermería es un programa de educación a distancia para aumentar el nivel de las enfermeras auxiliares a la licenciatura.

En la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, en un programa de grado de maestría usan alguna metodología u otras estrategias educacionales innovadoras en educación a distancia. En la Universidad de Zulia en Maracaibo, Venezuela, la Escuela de Enfermería ha implementado un programa de educación a distancia para aumentar el nivel de enfermeras técnicas a la licenciatura. Mientras la facultad desarrolla materiales de aprendizaje, los estudiantes de la Escuela de Educación participan en el proceso de diseño instruccional.

Brasil tiene dos programas de educación a distancia fundados por la Fundación Kellogg. En Minas Gerais hay un esfuerzo continuo que va dirigido a aumentar el nivel de asistente al nivel de auxiliar y se desarrolló un nuevo programa para el grado de maestría. En el sur de Brasil la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Carina en Florianopolis tiene un proyecto único que involucra a seis universidades y los estados de Río Grande del Sur, Paraná y Santa Carina. Estas ofrecen un grado de maestría en los campus de las universidades para ayudar a formar la capacidad y entonces deben servir como un recurso cuando las otras escuelas estén preparadas y dispuesto a ofrecer su propio programa de maestría. Los proyectos universitarios han añadido subsecuentemente un nuevo componente, un programa de especialización mediante educación a distancia.

Una propuesta ha sido sometida a la Fundación W. K. Kellogg para desarrollar un programa regional de educación a distancia para la región de América Central. Los países participantes serán de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana.

El ejemplo final es México. En colaboración con la Universidad en Colombia, la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey, México, ofrece generalmente un programa de educación a distancia para completar la licenciatura. La facultad tiene planificado desarrollar en el futuro un programa al nivel de maestría mediante educación a distancia.

Es cierto que hay muchas experiencias con educación a distancia en América Latina. También está claro que la demanda para educar las enfermeras más allá de una preparación técnica están en crecimiento continuo. Los países desarrollados necesitan acelerar sus esfuerzos y los países en desarrollo necesitan ser apoyados y fortalecidos, según responden estos en general y las necesidades sociales anticipadas y presente, utilizando las estrategias de educación a distancia.

14. MANUAL DE AUTOAYUDA PARA MUJERES ADULTAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Cecilia del Valle Castro

14.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En Puerto Rico el problema de incesto todavía se considera secreto. Existe falta de entendimiento entre profesionales y en la comunidad en general lo que dificulta el que se tome conciencia del problema y de la necesidad de reportar los casos (González-Knudson, 1988). Entre los factores de alto riesgo que pueden precipitar un aumento en la incidencia del incesto en Puerto Rico están: 1) alto consumo de alcohol y drogas, 2) normas familiares que refuerzan el poder y la autoridad del adulto, 3) carencia de orientación y educación sexual al niño/a, 4) aumento en la tasa de divorcios y 5) confusión de valores sexuales debido a su continua transformación (Iscoa, 1991, Mock, 1993).

El manual se basa en una perspectiva feminista orientada hacia la víctima para explicar la ocurrencia del incesto. Desde esta perspectiva el incesto se concibe como un problema social. Es creado por las desigualdades físicas, sociales y económicas entre los géneros, la desigualdad de poder entre los adultos y niños/as y la falta de respeto hacia la integridad corporal de éstos/as (Alhgreen, 1983; Blume, 1991; Davis, 1990; Miller, 1990 y Steinen, 1995).

14.2 OBJETIVOS

El manual es una herramienta terapéutica personal para que el sobreviviente logre recuperarse y sanar las serias consecuencias del incesto luego de pasar por una serie de etapas. Además, puede ayudar a crear conciencia en los profesionales de la salud y en la comunidad en general de la necesidad de prevenir, detectar y reportar el abuso sexual.

14.3 EFECTOS PSICOLÓGICOS A LARGO PLAZO (PUNTOS DE DISCUSIÓN MÁS IMPORTANTES)

La experiencia de incesto en la niñez y adolescencia tiene efectos traumáticos en la vida emocional mental, social y sexual de la mujer sobreviviente. Las investigaciones realizadas con esta población así lo revelan. Entre los hallazgos más significativos de

estos estudios se señalan: sentimientos de culpa, miedo, desconfianza, depresión, ideas o intentos suicidas, alteraciones en la autoestima, dificultades de tipo sexual y problemas en las relaciones interpersonales (Llorens Rivera, 1993; Rivera Galaraza, 1994; Rosabel Eironano, 1998 y Santiago y Seoane, 1996). Hallazgos de otras investigaciones han encontrado relaciones significativas entre incesto y desórdenes adictivos (alcohol, droga, comida, sexo), desórdenes disociativos, desórdenes de personalidad múltiple, desórdenes de personalidad límite y desórdenes de estrés post-traumático (Fromuth, 1986; Herman, 1989; Jacobson y Richardson, 1987; Kinzl y Biebl, 1992; Nash, 1993; Putman, 1993 y Zivney y Hudsey, 1993).

14.4 METODOLOGÍA

El manual está diseñado para utilizarse con mujeres que reconocen que han sido abusadas sexualmente y que han estado expuestas a algún tipo de intervención terapéutica. Facilita el proceso de recuperación y sanación por etapas mediante el uso de técnicas terapéuticas de reconocida efectividad científica, tales como: actividades y ejercicios de introspección y reflexión de naturaleza psicoeducativa.

El manual está dividido en tres partes. La primera parte, **Realidad del Problema: Visión de conjunto** consiste de siete (7) capítulos con temas que ofrecen un conocimiento amplio sobre el incesto. La segunda parte, **Sanación y Recuperación**, consiste en cuatro (4) capítulos que guían a la sobreviviente a través de varias etapas a revivir y sanar la experiencia. La tercera parte, **Selección de Terapia y Terapeuta** la dirige a utilizar otras alternativas para complementar y proseguir la recuperación. En el apéndice se provee una descripción de agencias que brindan servicios a niños/as, adolescentes y mujeres víctimas de incesto/abuso sexual. Además, presenta un resumen de libros considerados clásicos que plantean el problema desde diferentes perspectivas.

14.5 RESULTADOS

La validez de contenido del componente cognoscitivo y afectivo del manual fue evaluado por un comité de jueces expertos en el área de abuso sexual. Los resultados de esta evaluación indican que la validez de contenido es adecuada para el propósito que se desarrolló el manual. Este es una herramienta terapéutica para ayudar a mujeres sobrevivientes de incesto a recuperarse de los efectos que el trauma sexual ocasionó en sus vidas.

15. PANEL DE ESPECIALISTAS CLÍNICAS SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

Cecilia del Valle

La última parte del simposio se desarrolló mediante un diálogo entre especialistas clínicas que laboran en diferentes escenarios de salud mental y psiquiatría en Puerto Rico. En este compartir de experiencias participaron la Sra. Sylvia Rosado que trabaja con poblaciones de mujeres víctimas de trauma sexual que reciben servicios ambulatorios en el Hospital de Veteranos. La Sra. Carmen Rivera trabaja en la supervisión y rehabilitación de pacientes adultos hospitalizados por largo tiempo para reintegrarlos a la vida familiar y ocupacional en el Hospital Psiquiátrico Estatal. La Sra. Ileana Miranda se desempeña como terapeuta en una agencia privada de Cuidado Dirigido que ofrece servicios psiquiátricos ambulatorios a personas en todas las etapas de crecimiento y desarrollo de las áreas noroeste y centro de la isla. La Srta. Coral Andino es educadora en el área de enfermería psiquiátrica en la Escuela de Enfermería de la Universidad Interamericana. La Dra. Cecilia del Valle, Catedrática Asociada en la Escuela de Enfermería del RCM y enseña el curso de enfermería psiquiatría y salud mental.

Cada una de las deponentes del panel tuvo la oportunidad de compartir su experiencia a partir de los roles y funciones que llevan a cabo como especialistas clínicas, los servicios que ofrecen, población a la que sirven y modalidades terapéuticas utilizadas. En su rol de terapeutas hacen terapia individual, terapia de grupo y terapia de familia, ya que todas ellas se adiestraron en este rol durante su formación como especialistas clínicas. La señora Rivera y la señora Andino se involucraron más en funciones de educación tanto con pacientes como con estudiantes adultos. Mientras que la señora Rosado y la señora Miranda realizaron funciones independientes en su rol de terapeutas. Ambas mantienen una estrecha colaboración con el equipo interdisciplinario logrando así un cuidado integrado y de calidad. El trabajo de equipo se basa en la creencia de que cada uno de los miembros tiene una contribución única que hacer al cuidado holístico del paciente ya sea este niño/a adolescente, adulto o viejo. Se cree en el derecho del paciente a decidir sobre su propio cuidado y en ese sentido se le estimula continuamente.

Además de utilizar las modalidades terapéuticas tradicionales ya mencionadas, en la práctica se están introduciendo otras terapias alternas tales como la meditación, la relajación, la visualización creativa y los masajes, con muy buena aceptación especialmente con mujeres víctimas de trauma sexual. El paciente puede recibir los servicios durante el tiempo que esté hospitalizado y este período

puede variar de 1 a 4 semanas o de forma ambulatoria. En los casos de que el paciente requiera hospitalización, la admisión puede hacerse voluntaria o involuntaria. Esta última se aplica a aquellas situaciones en que la conducta del paciente pone en riesgo su vida o la de otra persona o la comunidad y en tal situación se admite mediante la ley 116 de enero de 1980.

La especialista clínica en Puerto Rico tiene una preparación académica de maestría en enfermería y en este caso su rol es en la práctica de salud mental y psiquiatría. También está desempeñando funciones de manejador/a de casos en agencias privadas y del gobierno estatal y federal. Su sueldo varía dependiendo de la agencia que controla sus servicios y usualmente está entre \$25.000 y \$30.000 anualmente.

Se concluyó la presentación reconociendo que existe mucha necesidad en Puerto Rico de preparar profesionales de enfermería en el área de salud mental y psiquiatría. Esto es debido a que en Puerto Rico la incidencia de problemas psicosociales tales como la violencia, el alcoholismo, la drogadicción, el maltrato conyugal y familiar han ido en aumento, lo que propicia, mantiene y precipita el desarrollo de desórdenes emocionales y mentales en poblaciones de riesgo.

16. LOS PERFILES DEL MMPI-A DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES Y NORMALES

Carmen Ballester

16.1 RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

Este estudio fue conducido con el propósito de determinar la adecuación del uso del MMPI-A (Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota para Adolescentes) al comparar poblaciones de adolescentes normales con adolescentes diagnosticados con psicopatología. Para cumplir con este propósito, se utilizó MMPI-A en español, una planilla de datos sociodemográficos y la Prueba BARSIT. La muestra representativa consistió de 122 adolescentes entre las edades de 14 a 18 años de edad. Sesenta y un adolescentes fueron seleccionados. De éstos, 52 estaban recibiendo servicios en varias clínicas ambulatorias y nueve en una facilidad hospitalaria para constituir el grupo de adolescentes que sufrían trastornos emocionales. El segundo grupo consistió de los perfiles de 61 adolescentes escogidos aleatoriamente entre la muestra de 249 estudiantes previamente evaluados con el MMPI-A para la estandarización de Puerto Rico (Butcher, Cabiya, Lucio Marquero, Peña, Scott y Reuben, 1997). Estos participantes fueron escogidos de ambos sexos, a saber, 37 masculinos y 24 femeninos. La edad promedio fue de 15,87 y la desviación típica de 1,35 para el grupo de normales.

Este estudio tuvo varios hallazgos relevantes para investigaciones futuras y el uso del MMPI-A en población de adolescentes normales y con psicopatología. Se evidenció que el MMPI-A es un instrumento efectivo para discriminar depresión entre grupos de mujeres normales y mujeres con diagnósticos de depresión. Los pacientes obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que las normales y las escalas A-DEP (depresión), A-hea (ansiedad) y A-fam (conflictos familiares) y escalas F, F₁ y F₂ (escalas de validez).

16.1.1 Limitaciones y Recomendaciones del Estudio

- 1) Una limitación encontrada en la investigación fue que la muestra de pacientes no fue representativa de la Isla, ya que los mismos corresponderían al área metropolitana.
- 2) El tamaño limitado de la muestra. Se recomienda utilizar una muestra mayor para investigaciones futuras para una muestra mejor representativa.

- 3) No se controló el tiempo que llevaba el paciente en tratamiento. Es posible que los pacientes hayan respondido al tratamiento por haber estado en el mismo por un tiempo significativo. Por lo tanto, los pacientes que no reflejaron elevaciones en los perfiles del MMPI-A porque habían mejorado en su condición. Se puede inferir que el MMPI-A es sensitivo a mejorías como respuesta al tratamiento.

Los resultados de este estudio reflejan un aumento significativo en las escalas que miden el fenómeno de depresión tanto en la población normal como la que sufre psicopatología. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo trabajo preventivo en el campo de salud mental a nivel comunitario, especialmente con la población de adolescentes. Los programas educativos deben estar dirigidos a dar énfasis en el componente a nivel primario, secundario y terciario.

Debido a la reciente publicación del MMPI-A en el 1994, apenas se han podido llevar a cabo dos estudios. Uno es el presente y el otro es el de García (1995). Anticipando la necesidad de validar el uso del MMPI-A como instrumento de medición de condiciones emocionales exhortamos a otros colegas de la profesión a continuar con el proceso de investigación que se aseguren la utilidad y aplicabilidad clínica del MMPI-A con la población de adolescentes de Puerto Rico

ANEXO A: AGENDA

**Enfermería de Salud Mental Psiquiátrica
Simposio y Reunión de Expertos
San Juan, Puerto Rico
8 al 11 de febrero de 1998**

Ubicación: Club de la Facultad de Medicina de Puerto Rico, tel. (787) 758-2525; alojamiento en el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe (sito en el mismo complejo). Se pueden recibir mensajes vía facsímil en la Facultad de Enfermería (787) 281-0721, tel. (787) 758-2525 (interno 2100).

Entidades patrocinantes

- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Facultad de Enfermería de la Universidad de Puerto Rico
- Ministerio de Salud de Puerto Rico

Objetivos

- 1) Proporcionar información actualizada sobre la enfermería en salud psiquiátrica y mental y preparar un video de ciertas presentaciones.
- 2) Revisar a la cooperación técnica brindada a la enfermería de salud psiquiátrica y mental y formular recomendaciones para el futuro en cuanto a trabajos por parte de la OPS en colaboración con otros socios, a fin de mejorar los servicios psiquiátricos y de salud mental a través de la enfermería.
- 3) Elaborar un documento científico y técnico sobre la enfermería en salud psiquiátrica y mental, con el propósito de respaldar la cooperación técnica futura de la enfermería en este ámbito. El documento estará en inglés y español, con artículos en el idioma del autor, pero con un resumen en ambas lenguas.

Programa provisional

Llegada: 8 de febrero

Reuniones individuales con el Dr. Itzhak Levav y la Dra. Sandra Land.

19:00 a 21:00 Cóctel en el Centro MEPSI, Salón del Profesorado.

9 de febrero

8:00 a 17:15 Simposio Las ponencias se darán en el idioma elegido por el disertante (inglés o español).
Todavía no se ha tomado ninguna decisión en cuanto a interpretación simultánea.

19:00 a 21:00 Reunión de expertos

10 de febrero

8:30 a 9:30 Simposio

9:30 a 17:30 Reunión de expertos

11 de febrero

(optativo)

Visita a los servicios de salud.

ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES

GRUPO INTERNACIONAL PANAMERICANO DE ENFERMERAS LÍDERES EN SALUD MENTAL

Simposio sobre Enfermería Psiquiátrica de Salud Mental en América Latina y Puerto Rico San Juan, Puerto Rico

Febrero de 1998

Carlota Amaya de Alas
Hospital Nacional Psiquiátrico
Enfermera Sub Jefe del Dpto. de
Enfermería
Urbanización Bosques de Prucia
Calle El Amate, Bloque 15,
Pasaje El Cedro No. 45 (H)
Soyapango, San Salvador
El Salvador
Tel: (011-503) 2910050 (W)

Marga Simon Coler
Universidad Federal de Paraíba
Caixa Postal 802
Agencia BR Mart Shopping
Distrito Industrial
Joao Pessoa, Paraíba
58082 Brasil
Teléfono: (011-55-83) 2167109
(trabajo)
(011-55-83) 2332036 (particular)
Facsimil: (011-55-83) 2167162
Internet:
mailto:coler@terra.npd.ufpb.br

Agustina Eligio
Out Patient Psychiatric Clinic
Cleopatra White Health Centre
(Clínica Psiquiátrica Ambulatoria
Centro de Salud Cleopatra White)
POX 615 Belize City, C.A
Belice 02-44012

Marlene Farrell
Center of International Nursing
Education
California State University
(Centro para la Educación
Internacional de Enfermería
Universidad Estatal de California)

Domínguez Hills
1000 East Victoria Street
Carson, California 90747, EE.UU.
Teléfono: (310) 516-4527
Facsimil: (310) 516-4533
Internet: mailto:cine@csudh.edu

Joyce Fitzpatrick
WHO Collaborating Center for
Research and Clinical Training in
Home Care Nursing
(Centro de Colaboración de la OMS
para la Investigación y el
Adiestramiento Clínico en la
Enfermería de Atención en el Hogar)
Case Western Reserve University
Frances Payne Bolton School of
Nursing
10900 Euclid Avenue
Cleveland, Ohio 44106-4904, EE.UU.
Teléfono: (216) 368-2543
Facsimil: (216) 368-8864
Internet: mailto:jjf4@cwru.edu

Hemsley Stewart
Box # 3467 4450 Rivanna Lane
George Mason University
Fairfax, Va
22030 - 4441 Virginia, EE.UU.
Teléfono: (703) 993-5928
Internet:
mailto:hstewart@osfi.gmu.edu

Cheryl M. Killion
Profesor Asistente
University of Michigan School of
Nursing
(Facultad de Enfermería de la
Universidad de Michigan)
400 N. Ingalls
Ann Arbor, Michigan 48109-0482,
EE.UU.
Teléfono: (134) 647-0156
Facsímil: (134) 647-0351
Internet: <mailto:ckillion@umich.edu>

Sandra Land
Regional Nursing Advisor
Division of Health Systems and
Services Development
Pan American Health Organization
(Asesora Regional en Enfermería
División de Sistemas de Salud y
Desarrollo de Servicios
Organización Panamericana de la
Salud)
525 23rd Street, N.W.
Washington, DC. 20037, EE.UU.
Teléfono: (202) 974-3214
Facsímil: (202) 974-3641
Internet: <mailto:landsand@paho.org>

Mary Lou de León Siantz
School of Nursing
University of Washington
(Facultad de Enfermería
Universidad de Washington)
1705 N.E. Pacific St.
Health Sciences Bldg. Rm T4-11
Seattle, WA 98195, EE.UU.
Teléfono: (206) 543-8221
Facsímil: (206) 543-6656
Internet:
<mailto:msiantz@u.washington.edu>
msiantz@u.washington.edu_

Itzhak Levav
Program Coordinator
Healthy Lifestyles and Mental
Health
Pan American Health Organization
(Coordinador de Programa
Formas de Vida Saludables y Salud
Mental
Organización Panamericana de la
Salud)
525 23rd Street, N.W.
Washington, DC. 20037, EE.UU.
Teléfono: (202) 974-3330

Facsímil: (202) 974-3663
Internet: <mailto:levavitz@paho.org>

Silvina Malvárez
Directora de la Escuela de
Enfermería
Universidad Nacional de Córdoba
Av. Haya de la Torre s/n - Agencia
Postal # 4
5000 Córdoba, Argentina
Teléfono: (54-51) 644330
(particular)
(54-51) 334043 y 334028 (trabajo)
Facsímil: (54-51) 640362
(particular)
(54-51) 334043 y 334028 (trabajo)
Internet: <mailto:silvim@royal.net>
<mailto:Silvim@powernet.com.ar>

María Teresa Orozco
Instituto Mexicano de Psiquiatría
Antiguo Camino Xochimilco 101 (W)
San Lorenzo Huilpolcotlampac
México, DF, México
Calle 625 # 27. Unidad Aragón (H)
México, DF, México
Teléfono: (011-525) 655-7999
(011-525) 655-8570
Internet:
<mailto:teresaos@Fournier.Facemd.una>
m.me

Edgardo Pérez
Homewood Health Center Inc.
(Centro de Salud Homewood)
150 Delhi Street
Guelph, Ontario
Canadá N1E 6X9
Teléfono: (519) 824-1010
Facsímil: (519) 824-3361
Internet: <mailto:eperez@mgl.ca>

Sarah Raphel
American Nurses Association
(Asociación Estadounidense de
Enfermeras)
11900 Blackwood Court
Laurel, MD 20708, EE.UU.
Teléfono: (202) 651-7066 (trabajo)
Facsímil: (202) 651-7001
Internet: <mailto:sraphel@ana.org>

Nida Ríos
Dean of the School of Nursing
University of Puerto Rico

(Decana de la Facultad de Enfermería Universidad de Puerto Rico) GPO Box 365067 San Juan, Puerto Rico
Teléfono: (1-787) 758-2525, interno 2100
Facsímil: (1-787) 281-0721
Internet: mailto:Na.Rios@romac.upr.clu.edu
Purnima Sen
School of Nursing
Memorial University of Newfoundland (Facultad de Enfermería Universidad Memorial de Terranova) St. John's Newfoundland Canadá A1B 3V6
Teléfono: (709) 737-6695
Facsímil: (709) 737-7037
Internet: mailto:psen@morgan.ucc.nu.ca

Tricia Stiles
Clinical Nurse Specialist
Homewood Health Center Inc. (Enfermera Clínica Especialista Centro de Salud Homewood) 150 Delhi Street Guelph, Ontario Canadá N1E 6K9
Teléfono: (519) 824-1762 (222)
Facsímil: (519) 824-1827
Internet: mailto:stilpatr@homewoodhealth.com

Sara Torres
Past President
National Association of Hispanic Nurses
Chair, Department of Psychiatric, Community Health & Adult Primary Care
School of Nursing (Ex Presidenta Asociación Nacional de Enfermeras Hispánicas; Presidenta, Departamento de Atención Psiquiátrica, Salud Comunitaria y Atención Primaria al Adulto Facultad de Enfermería) University of Maryland -School of Nursing (Facultad de Enfermería de la Universidad de Maryland) 655 West Lombard Street Baltimore, MD 21201-1579, EE.UU.

Teléfono: (410) 706-1501
Facsímil: (410) 706-0253
Internet: mailto:torres@nurse-1.umaryland.edu

Cecilia del Valle
Dean of the School of Nursing
University of Puerto Rico (Decana de la Facultad de Enfermería Universidad de Puerto Rico) GPO Box 365067 San Juan, Puerto Rico
Teléfono: (1-787) 758-2525, interno 2115 ó 2001
Facsímil: (1-787) 281-0721

Otros Participantes de Puerto Rico

Luz N. Gaud, Psy.D
Professor Clinical Psychologist
Professional Nurse
Decanato de Enfermería
Recinto de Ciencias Médicas
AK-2 Paseo Magadalena
Levitown
Toa Baja, PR 00949
Tel. (787) 795-6752
758-2525, Exts. 3101, 3102
E-Mail: L_Gaud@romac.upr.edu
http://www.rcm.upr.clu.edu

Lilliam T. Cuadrado
Asesora y Coordinadora de Servicios de Enfermería
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
P.O. Box 21414
San Juan, PR 00928-1414
PO Box 50825 Lewitown 5ta Sección
Toa Baja, PR 00950-0825
Tel. (787) 784-5333
784 7575 (AMSCA)
Ext. 2303 y 2323
FAX 765-7104 y 281-8565

Gladys Moreno Torres
Asesora en Servicios Integrados
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
P.O. Box 21414
San Juan, PR 00928-1414
Del Parque #352 Apt. 306
Santurce, PR 00912
Tel. (787) 721-0941

Wilma Rivera Vega
Enfermera (Directora)
Calle 20 V-6 Sunville
Trujillo Alto, PR 00976
Tel. (787) 755-6338
(Antille School)

Carmen M. Rivera
 Enfermera
 Hospital Psiquiatría
 Río Piedras, PR
 PMB-452
 HC-01 Box 29030
 Caguas, PR 00725
 Tel. (787) 766-4646, Ext. 400, 404

María D. Otriz
 Catedrática Asociada
 Profesora en Enfermería y Terapeuta
 Colegio Universitario de Humacao
 CUH Station
 Humacao, PR
 PO Box 834
 Juncos, PR 00777
 Tel. (787) 850-9346
 (787) 734-1430

Cecilia del Valle
 Catedrática Asociada
 Recinto de Ciencias Médicas
 Decanato de Enfermería
 RR-6 box 9240
 San Juan, PR 00926
 Tel (784) 758-2525, Ext. 1975
 760-4242

Evadne Cox-McCleary
 Catedrática Asociada
 Recinto de Ciencias Médicas
 Decanato de Enfermería
 Mansiones de Santa Bárbara #B36
 Guaynabo, PR 00778
 Tel. (787) 746-7194
 Fax (787) 281-0721
 E-Mail: E_Cox@rcmac.upr.clu.edu

Dra. Leonor Irizarry, RN, MSN, MS,
 Psy.D.
 Recinto de Ciencias Médicas
 Decanato de Enfermería
 PO Box 71325 Suite 56
 San Juan, PR 00926
 Tel. (787) 758-2525, Exts. 5602,
 3105
 Fax. (787) 281-0721
 E-Mail
 L.Irizarry.rcmac.upr.clu.edu.
<http://www.rcm.upr.clu.edu>.

Yolanda Huertas Otero
 Enfermera
 Departamento de Salud de Puerto
 Rico
 Calle Sábados 1403
 Urb. Bahía Vistamar
 Carolina, PR 00983
 Tel. (787) 274-7699
 276-1879

Coral Andino
 Educadora en Enfermería
 Universidad Interamericana
 Recinto Metropolitano
 Calle Segre 1720
 Río Piedras Heights
 Río Piedras, PR 00926
 Tel. (787) 250-1912m Ext, 2202
 (787) 767-0560

Silvia Rosado
 Consejera Terapeuta en Trauma
 Sexual
 Hospital de Veteranos
 Cond. San Patricio I
 Apt 11D
 Guaynabo, PR 00968
 Tel. (787) 792-2312
 (787) 749-4314
 Fax. (787) 749-4416

Carmen S. Albino
 Catedrática Asociada
 Presidenta
 Junta Examinadora de Enfermeras(os)
 de Puerto Rico
 Colegio Universitario de Humacao
 CUH Station
 Humacao, PR 00791
 Cond Skytower #2 Apt. 16-A
 Río Piedras, PR 00926
 Tel. (787) 720-8554
 (787) 850-9346

Evelyn Crouch
 Nurse Associate Professor
 Recinto de Ciencias Médicas
 PO Box 365067
 San Juan, PR 00936-5067
 Tel. (787) 758-2525, Ext. 5608
 Fax (&87) 281-0721
 E-Mail: E_Crouch@rcmaca.upr.clu.edu

Olga Bermúdez
Nurse Instructor
Decanato de Enfermería
Recinto de Ciencias Médicas
Calle Vista de la Bahía #129
Panorama Village
Bayamón, PR 00957
Tel (279-7458

Enid Meléndez
Catedrática Asociada
Recinto de Ciencias Médicas
Decanato de Enfermería
Calle Noruega I10
Oásis Gardens
Guaynabo, PR 00969
Tel. (787) 789-5281

Ramonita Echevarría
Associate Professor
Recinto de Ciencias Médicas
Decanato de Enfermería
Calle 29 S0 763
Urb. Las Lomas
San Juan, PR 00921
Tel (787) 793-8347
(787)758-2525, Ext. 2100
Fax (787) 281-0721

Dra. Carmen Ballester
Calle 208 4I 12
Fairview, Cupey Bajo
Trujillo Alto, PR 00976

Prof. Marta Almenas
Recinto de Ciencias Médicas
Decanato de Enfermería
PO Box 71325 Suite 56
San Juan, PR 00926
Tel. (787) 758-2525, Ext. 2114