

Introducción



INTRODUCCIÓN

En años recientes se han logrado adelantos considerables en la comprensión y el tratamiento de los problemas de salud mental. El conocimiento científico acerca de las causas biológicas y psicosociales de los problemas de salud mental, aumenta continuamente, lo que ha permitido desarrollar estrategias de intervención cada vez más cercanas a las necesidades de la población.

Sin embargo, a pesar de estos avances, todavía existe desinformación respecto a la naturaleza y características de los problemas de salud mental, lo que dificulta su detección y tratamiento oportunos. El presente material educativo se inscribe en las políticas del Ministerio de Salud, tomando en cuenta los Lineamientos para la acción en Salud Mental (Enero 2004) y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (R.M. N° 771-2004/MINSA), en el que se establecen algunas prioridades de los problemas de Salud Mental de la población peruana. Siguiendo estas prioridades, el presente material educativo tiene como temas de reflexión los problemas que ocasionan las distintas manifestaciones de la violencia, la farmacodependencia y los trastornos de ansiedad y depresión, entre otros; ofreciéndose algunas pautas y orientaciones para su abordaje en la comunidad.

El personal de salud de primer nivel de atención es uno de los pilares fundamentales en el trabajo de salud que se brinda a la comunidad. Son ellos los que reciben a las personas que llegan al establecimiento, los que les brindan información básica y guían su recorrido y los que generalmente están más próximos a los problemas de los pobladores; por este conjunto de razones, son agentes de salud que pueden cumplir un rol sumamente importante para promover que una mayor cantidad de personas puedan llegar a recibir una atención adecuada en el momento oportuno cuando se presenten problemas de salud mental.

Así mismo, gracias a la labor que desarrolla el personal de salud de primer nivel de atención y su estrecha relación con la comunidad, pueden contribuir a difundir pautas de información respecto a formas de prevención de los problemas de salud mental: no sólo participando de

una manera dinámica en campañas y acciones preventivas que se llevan a cabo en la población, sino también a través de la acción individual en su propio establecimiento de salud.

Es por ello que el presente manual, tiene por objetivo fundamental, apoyar el trabajo que desarrolla el personal de salud de primer nivel de atención, motivando su reflexión acerca de temas de salud mental en la comunidad, respecto a sí mismos y sus familias por un lado, y por otro, alentar la participación activa del personal de salud de primer nivel de atención en acciones de prevención de los problemas de la salud mental en la población.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Contribuir a una mejor comprensión y reconocimiento de la problemática de salud mental por el personal de salud de primer nivel de atención, a través de un proceso de adquisición de conocimientos y reflexión crítica.

Objetivos Específicos

- Fortalecer el rol del personal de salud de primer nivel de atención como agentes dinámicos de salud mental en el establecimiento de salud y en la comunidad.
- Dotar de instrumentos al personal de salud de primer nivel de atención para apoyar en la detección de problemas de salud mental en la comunidad, así como para la referencia de casos a establecimientos de salud de mayor complejidad.
- Sensibilizar al personal de salud de primer nivel de atención respecto a la importancia de la salud mental como parte de los derechos humanos fundamentales de las personas.

Objetivos Operativos

- Adquirir información respecto a la visión contemporánea de la salud mental y los problemas más importantes que se presentan en la comunidad.
- Promover la reflexión en torno a la información presentada y los saberes y conocimientos prácticos que proporciona la experiencia laboral y personal

METODOLOGIA

- La organización del proceso de capacitación se realizará a través de un manual constituido por 09 módulos. Si bien, los contenidos de todos los módulos están relacionados entre sí, la estructura modular tiene la ventaja de facilitar que el personal de salud de primer nivel de atención pueda profundizar su reflexión de manera independiente en alguno de los temas de mayor interés.
- Cada uno de los módulos consta de dos partes:
 - * Contenidos
 - * Actividades de aprendizaje

- Los **contenidos** son un conjunto de textos que brindan información seleccionada y actualizada que tienen el propósito de proporcionar al personal de salud de primer nivel de atención una visión amplia respecto a la salud mental y su problemática. Entre los textos que presentamos en los módulos, tres de ellos son reproducciones parciales de artículos que consideramos de interés, como el de *Health Canadá* (Módulo 2), de la Organización Panamericana de la Salud (Módulo 4), y del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) (Módulo 5).
- Las **actividades de aprendizaje** son un conjunto de ejercicios que han sido formulados para promover una mejor asimilación de la información adquirida a partir de la lectura. También se han incluido ejercicios que estimulan la reflexión personal entre lo leído y las prácticas que provienen de la experiencia de vida.
- La relación entre los contenidos y las actividades de aprendizaje, se basa en una metodología motivadora que pretende que el personal de salud de primer nivel de atención mire el tema estudiado desde su propia experiencia personal y profesional. Así, la capacitación se convierte en un proceso interactivo que toma en cuenta los conocimientos previos que tiene el personal de salud de primer nivel de atención y los confronta y/o integra con nueva información.
- Esta metodología pretende también estimular la expresión de inquietudes e interrogantes, respecto a las prácticas y concepciones de salud mental presentes no sólo en el personal de salud de primer nivel de atención sino también en la comunidad.
- Se sugiere que cada participante siga el siguiente procedimiento con cada uno de los módulos que se presentan a continuación:
 - * Lectura del material.
 - * Reflexión personal sobre el tema tratado en los textos.
 - * Revisión de las ideas fuerza o mensajes claves que se presentan en el material de lectura.
 - * Desarrollo de las actividades de aprendizaje.
 - * Formulación de preguntas, inquietudes o dudas respecto al tema.
 - * Formulación de alguna meta y/o compromiso personal respecto al tema tratado, con el propósito de facilitar que lo aprendido se vaya convirtiendo en una herramienta para las actividades cotidianas de salud.

ESTRUCTURA

Módulo 1: Introducción para la utilización del Módulo de Salud Mental

- Presentación del material educativo.
- Objetivos y orientaciones generales.

Módulo 2: La salud Mental

- Nociones de salud mental.
- Visión panorámica de los problemas de salud mental más frecuentes.

Módulo 3: Factores que facilitan una mejor atención en salud mental

- Habilidades sociales para una mejor comunicación interpersonal y para desarrollar el buen trato.
- Asertividad, autoestima, escucha activa, respeto, empatía, y derechos humanos de la persona.

Módulo 4: El maltrato infantil y la violencia familiar

- Formas de presentación, características e incidencia del maltrato y la violencia familiar.
- Pautas de intervención y prevención.

Módulo 5: Abuso de sustancias

- El consumo y el abuso de alcohol y otras sustancias. Incidencias.
- Factores de riesgo y protección.
- Pautas de intervención y prevención.

Módulo 6: La enfermedad mental: depresión

- Depresión y contexto cultural.
- Indicadores básicos y grupo etario.

Módulo 7: La enfermedad mental: esquizofrenia y otras psicosis

- Principales trastornos.
- Cultura, enfermedad mental y estigma.

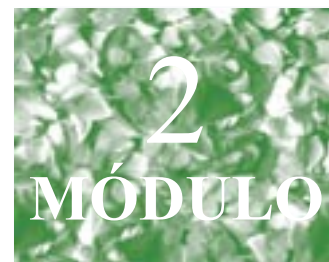
Módulo 8: La salud mental y los jóvenes de la comunidad

- La salud mental en los jóvenes.
- Principales problemas de los jóvenes: pandillaje juvenil, embarazo adolescente, consumo de drogas, explotación sexual.

Módulo 9: La salud mental de la comunidad y los servicios de salud

- La oferta de servicios de salud mental en la comunidad y la problemática de salud mental.
- Estrategias de promoción de salud mental en el establecimiento de salud y en la comunidad.

La Salud Mental



OBJETIVOS

- Precisar los conceptos de salud y salud mental.
- Conocer los factores determinantes de la salud mental.
- Proporcionar una visión panorámica de los problemas de salud mental más frecuentes.
- Establecer pautas para reconocer problemas de salud mental.

RESULTADOS

- El personal de salud de primer nivel de atención profundizará las nociones básicas de salud y salud mental.
- El personal de salud de primer nivel de atención tendrá los elementos necesarios para reconocer, sugerir y/o apoyar el desarrollo de programas de intervención en salud mental en su comunidad.

CONTENIDOS

LA SALUD MENTAL

La salud mental, según Blanchet¹, se define como el estado de equilibrio psíquico de la persona en un momento dado de la vida, y en el que confluyen el nivel de bienestar subjetivo, el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones con el medio ambiente.

Para una comprensión integral, es necesario tener en cuenta que la salud mental resulta de la interacción de tres tipos de factores que se integran de una manera dinámica y que están en evolución constante:

- **Factores biológicos**, relacionados con las características genéticas y fisiológicas de la persona.
- **Factores psicológicos** que incluyen aspectos cognitivos, afectivos y relacionales.
- **Factores contextuales** referidos a las relaciones entre la persona y su medio ambiente.

La salud mental está relacionada con los valores individuales de la persona y con los valores colectivos dominantes en el medio social, además de estar influenciada por las condiciones múltiples e interdependientes, así como: las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y políticas.

Así mismo, se señala y enfatiza que toda condición que daña la adaptación recíproca entre la persona y su medio, como por ejemplo la pobreza, la contaminación ambiental y la discriminación étnica y/o social, constituyen un obstáculo para la salud mental. De manera inversa, las condiciones que facilitan la adaptación recíproca, como por ejemplo la distribución equitativa de la riqueza colectiva, el acceso a una educación de calidad o a un ambiente sano, favorecen y mantienen la salud mental. Desde esta perspectiva, la salud mental puede ser igualmente considerada como un recurso colectivo al que contribuyen tanto las instituciones sociales y la comunidad como las personas individualmente consideradas.²

A pesar de que el enfoque anterior resulta ser uno de los más compatibles, pues introduce el tema de salud mental a una dimensión colectiva y de responsabilidad social, todavía existen actitudes que oscurecen su debida comprensión. Así, muchas de las situaciones que atentan contra la salud mental, tales como las expresiones de violencia social o incluso familiar, no se perciben aún como problemas, y se continúa considerando a la salud mental casi como sinónimo de enfermedad mental, existiendo además una estigmatización hacia quienes presentan una enfermedad o trastorno³.

Los problemas de salud mental entonces, tienen que ver con una multiplicidad de factores: individuales (biológicos y psicológicos), familiares, sociales y medioambientales. Una salud mental adecuada o

satisfactoria, está profundamente relacionada con el contexto social en el que se desenvuelve la vida cotidiana de las personas y sus familias.

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD ⁴

Es el nombre colectivo asignado a los factores múltiples que, según se piensa, contribuyen a la salud de las poblaciones. Incluyen elementos como la dotación genética de las personas y las respuestas individuales, el entorno social y físico en el que viven, las condiciones económicas (ejemplo, productividad y riqueza) de la sociedad, la accesibilidad y es calidad del sistema de atención de salud.

Aunque no hay acuerdo sobre el conjunto de factores determinantes de la salud o su importancia relativa, la siguiente lista de factores son un punto de partida para guiar en el futuro nuestra política e investigaciones en materia de salud de la población:

- Ingresos y nivel social
- Redes de apoyo social (familiares, vecinos, organizaciones sociales de la población, etc.)
- Educación
- Empleo y condiciones de trabajo
- Entornos sociales
- Entornos físicos
- Aspectos biológicos y dotación genética
- Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación
- Desarrollo sano del niño
- Servicios de salud
- Género
- Cultura

La lista incluye determinantes a nivel individual (por ejemplo, prácticas de salud personales, características biológicas y dotación genética) y a nivel de la población (por ejemplo, educación, empleo y disparidad en los ingresos). El enfoque de salud de la población sugiere que los factores determinantes presentes en la población pueden directamente influenciar en los factores determinantes a nivel individual.

En efecto, el entorno social y económico inmediato de una persona y la manera en que este ambiente interactúa con sus recursos psicológicos y aptitudes de adaptación, pueden influir en la determinación de la situación de salud mucho más de lo que se reconoció en estudios epidemiológicos anteriores acerca de la etiología de las enfermedades crónicas (ver el cuadro en esta misma página).

El enfoque de salud de la población aborda todo el rango de factores y condiciones de riesgo que determinan la salud de la población o de

subgrupos particulares diferenciándolos de la siguiente manera:

- Los factores de riesgo personales o individuales, son elementos que están vinculados con la morbilidad y mortalidad prematuras (tales como los factores biológicos, por ejemplo: la hipertensión o los comportamientos no seguros como desarrollar relaciones sexuales sin protección, etc.
- Las condiciones de riesgo en cambio, son circunstancias generalmente conocidas que afectan el estado de salud (por ejemplo, pobreza, aislamiento, desempleo, condiciones ambientales y viviendas deficientes) y sobre las cuáles los individuos tienen control directo limitado. La acción colectiva y la reforma social deben ser promulgadas en el entendimiento de que las decisiones son muy pocas veces neutrales y que pueden tener tanto impactos negativos como positivos en la salud.

DETERMINANTES DE LA SALUD	CONDICIÓN FACTOR DE RIESGO	CONDICIÓN FACTOR DE PROTECCIÓN O DE APOYO
Ingresos y nivel social.	Pobreza; amplio rango en la distribución de los ingresos.	Ingresos adecuados; reducir las diferencias de distribución de ingreso.
Empleo y condiciones de trabajo.	Desempleo; condiciones de trabajo estresantes y/o inseguras.	Oportunidades laborales apropiadas y disponibles; entornos de trabajo seguros y saludables.
Desarrollo sano del niño.	Entorno familiar que no proporciona apoyo; condiciones sociales y económicas deficientes.	Familia y entorno social que brindan apoyo, resiliencia .

VISION PANORAMICA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL MAS FRECUENTES

A escala mundial, 450 millones de personas sufren trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso de alcohol y drogas. (Brundtland, 2001).

La salud mental tiene que ver con el grado de satisfacción de un conjunto de necesidades físicas (alimento, vestido, vivienda, servicios básicos como agua, luz, etc.) psicosociales (interacciones personales satisfactorias, estímulos que promueven el desarrollo emocional y cognitivo de los niños, la valoración y el respeto entre las personas) y socioculturales (oportunidades de acceso a la educación, al mercado de trabajo, a la capacitación laboral, etc;).

Para comprender cómo se producen los problemas de salud mental es importante señalar que a lo largo de la vida, las personas enfrentan momentos de crisis.

Las crisis

Son situaciones dilemáticas, muchas veces difíciles de resolver, y que desbordan la capacidad de respuesta de las personas.

Las crisis pueden ser de dos tipos: crisis vitales y crisis circunstanciales.

- **Las crisis vitales**, se refieren a momentos de cambios o transición que atraviesan las personas y que les demandan adaptarse a nuevas características físicas, psicológicas o sociales; es el caso de los adolescentes, que por su grado de crecimiento y desarrollo tienen que ir adecuándose a las nuevas demandas que les plantea su transición del mundo infantil al mundo adulto y por lo tanto, se encuentran en un período de crisis vital.

El nacimiento de un nuevo niño en el hogar, el matrimonio, la viudez, la llegada de la vejez y la muerte pueden ser crisis vitales.

- **Las crisis circunstanciales**, son las que se presentan cuando un problema altera súbitamente el equilibrio de una persona o un grupo de personas. Si no existiera ese problema, la crisis circunstancial no ocurriría. Las crisis hacen que las personas atraviesen nuevas experiencias y puede incrementarse su vulnerabilidad cuando no saben manejar estas situaciones inéditas en sus vidas.

Producen crisis circunstanciales experiencias tales como la enfermedad, los accidentes, la pérdida de un ser querido, la pérdida de un trabajo, o situaciones de desastre natural (inundaciones, terremotos) o desastre humano (guerras, incendios, etc).

Sin embargo, un viejo proverbio chino dice que una crisis es una oportunidad de cambio, que puede significar éxito o fracaso. Así, las personas que viven una crisis o bien pueden adaptarse al cambio

Las crisis vitales son acontecimientos que de una u otra manera se esperan: todos los niños se convertirán en un momento en adolescentes y luego en adultos. Los hombres y las mujeres envejecen, y la muerte, es un fenómeno común a todos los seres humanos.

y aprender formas de vida que las enriquecen o fortalecen para el futuro, dotándolos de nuevas habilidades para resolver problemas; o el cambio puede ser tan dramático, peligroso y/o inesperado, que trae como consecuencia una gran desestabilización material y emocional que acarrea efectos negativos en la vida de las personas. En este último caso, la crisis puede convertirse en una crisis patológica y será necesario que la persona reciba orientación psicológica u otro apoyo profesional especializado.

Los individuos reaccionan de distinta manera frente a la tensión o estrés que supone una situación de crisis. Y ello tiene que ver con características biológicas e individuales: hay personas que son más ansiosas que otras, o tienden con mayor facilidad a la depresión o a una visión fatalista de la resolución de problemas.

Las expresiones de la violencia

1. El maltrato infantil y la violencia intrafamiliar

En el Perú, según una encuesta aplicada en el año 2001 a nivel nacional, el 41% de entrevistados declaraba castigar a sus hijos a través de golpes.

Uno de los problemas más graves de violencia que tienen las sociedades modernas son el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, en la que la víctima generalmente es la mujer. El maltrato infantil muchas veces se produce porque los padres continúan creyendo que los malos tratos son una forma de disciplinar a los hijos y porque no conocen formas alternativas de disciplina y educación.

En el año 2000, los servicios de salud mental del Ministerio de Salud atendieron a 26,000 niños y adolescentes víctimas de la violencia.

Frecuentemente los padres repiten los mismos métodos agresivos que a su vez padecieron en la infancia a manos de sus propios progenitores. Otra forma común de maltrato infantil es el que se produce cuando los niños son testigos de la violencia que el padre ejerce contra la madre en el seno del hogar. El maltrato infantil y del adolescente puede producir problemas de aprendizaje, trastornos ansiosos y depresivos, fugas del hogar, y respuestas violentistas en los jóvenes.

Entre los adultos, la violencia contra la mujer afecta a grandes sectores de la población. La agresión más frecuente contra la mujer es la violencia intrafamiliar. Muchas mujeres se sienten avergonzadas y tienen sentimientos de culpa, lo que las incapacita para pedir ayuda, padeciendo en silencio esta situación durante muchos años. La violencia contra la mujer produce una grave incapacidad psicológica, social y laboral, afectando el desarrollo de su vida personal y familiar. El maltrato más frecuente que sufre la mujer es ejercido por los esposos o convivientes.

2. La violencia entre los jóvenes

En Huamanga, en 1996, se identificaron 15 pandillas juveniles integradas cada una por 40 a 60 adolescentes y jóvenes de ambos sexos que rivalizaban entre sí agrediendo y realizando hurtos o saqueos en establecimientos comerciales.

Muchos jóvenes o adolescentes encuentran en la violencia un canal para expresar su frustración o dolor por otros problemas subyacentes como el maltrato familiar, la incomprensión de padres y adultos, la falta de oportunidades educativas y laborales y la pobreza. En países de América Latina y el Perú, se forman pandillas juveniles con escolares o jóvenes desempleados que tienen diferentes funciones para sus integrantes. Pueden ser pandillas que protagonizan actos de vandalismo urbano y violencia pública; o bien, pueden representar un grupo de soporte para los mismos jóvenes que se organizan entre sí como una estrategia de sobrevivencia o de protección para defenderse de terceros (de otros grupos o pandillas rivales, por ejemplo).

En el Perú durante la década de los 80 y comienzos de los 90, se desarrolló un conflicto armado que produjo el desplazamiento de más de un millón de habitantes en el que el 30% fueron niños y adolescentes, encontrándose que más del 5% de ellos habían quedado huérfanos de guerra.

La violencia también se manifiesta en las formas de vida urbanas a través de fenómenos como el pandillaje juvenil: muchos jóvenes o adolescentes encuentran en la violencia un canal para expresar su frustración o dolor por otros problemas subyacentes como el maltrato familiar, la incomprensión de padres y adultos, la falta de oportunidades educativas y laborales y la pobreza.

En países de América Latina y en el Perú, se forman pandillas con escolares o jóvenes desempleados, que rivalizan entre sí y se convierten en una fuente de identificación y soporte para sus integrantes.

3. La guerra

La guerra o el conflicto armado es una de las formas más extremas de violencia. Cuando ésta se produce, la población se ve forzada a huir de sus casas y comunidades generándose rupturas familiares y cambios súbitos de trabajo, escuela, y hábitos de vida.

El conflicto armado deja secuelas psicológicas que pueden ser indelebles en la vida de niños y adolescentes, y cuyos efectos pueden continuar muchas décadas después de haberse producido.

Las personas que padecen una situación de guerra se encuentran sometida a una gran tensión o estrés que afecta todas las esferas de su vida. Se sienten abrumados por la permanente incertidumbre sobre el futuro y por el dolor de la pérdida de seres queridos y conocidos.

Algunos Trastornos de la Salud Mental

Incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad o dolencia que aparece en una comunidad en un momento determinado.

Prevalencia es el número de casos nuevos y antiguos que existe en una comunidad en un momento determinado.

1. Problemas de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por altas de ansiedad (tensión) y comportamiento temeroso. Las personas que los padecen pueden sentir pánico, fobias, o estar obsesionadas compulsivamente. También puede producirse una situación de gran ansiedad que puede llegar a convertirse en un trastorno después de una crisis circunstancial como es un terremoto o un desastre natural. La ansiedad causa sufrimiento y discapacidad. Afecta al individuo, su trabajo y comprometen su bienestar social.

No existe un modelo único que explique el papel desempeñado por los factores sociales, ambientales y biológicos en la causa de las enfermedades mentales. Las investigaciones actuales demuestran que todos los trastornos mentales son biosociales y que cualquier que sean las características psicológicas, el ambiente social influye en el curso de éstas dolencias.

Los problemas de ansiedad reciben distintas denominaciones. En América Latina se conocen como *nervios*, *ataques*, miedo de *volverse loco*, o estados que producen *angustia del corazón*. En Irán se habla de *fatiga* y *mareos*. En China se habla de *neurastenia* (Desjarlais, 1997)⁵.

2. Problemas depresivos

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y disminución de la energía de las personas, características que ocurren durante varias horas o durante la mayor parte del día. A veces las personas que están deprimidas experimentan pérdida de confianza en sí mismos, sentimientos inexplicables de culpabilidad e incluso tienen ideas de muerte y de suicidio.

La prevalencia de los trastornos depresivos a nivel mundial varía. Un estudio reciente a nivel mundial indica una prevalencia de 1.9 % en varones y 3.2 % en mujeres (OPS/OMS, 2001). En el Perú otro estudio realizado con población de Lima, revela una prevalencia general de 3.0% en varones y 10.2 % en mujeres (INSM, 2002).

3. La esquizofrenia

Uno de los más graves trastornos mentales es la esquizofrenia. Ésta se manifiesta inicialmente al término de la adolescencia o a comienzos de la edad adulta. Las personas que sufren la enfermedad, tienen trastornos en el pensamiento y la percepción, desarrollan firmes creencias en ideas falsas (delusiones), y tienen alteraciones en el afecto.

Comúnmente se les ha llamado *locos* y suelen estar estigmatizados

y rechazados por la sociedad. En las ciudades, las familias pueden abandonarlos y dejarlos librados a su suerte. También en las comunidades rurales o selváticas pueden ser segregados y maltratados, o incluso encarcelados; pero eventualmente se les trata como seres *especiales* y se les incorpora a las faenas familiares o comunitarias.

Estudios recientes realizados en varios países a nivel mundial indican que la esquizofrenia alcanza una prevalencia de 0.4 % en la población (OMS, 2002⁶) . Sin embargo, pese a su baja prevalencia, suele estar desatendida por el Estado en los países pobres.

4. Fármaco dependencia o abuso de drogas.

Un informe sobre desarrollo mundial realizado por el Banco Mundial en 1993, señaló que las enfermedades relacionadas con el alcohol afectaba anualmente a 5 y 10 % de la población mundial.

En el Perú, estudios recientes constatan que cada año se incorporan 6 nuevos consumidores de alcohol por cada 100 personas y que la edad de inicio del consumo se presenta desde los 12 años de edad.

Se produce por consumo de sustancias tales como el alcohol, la cocaína, la marihuana, la pasta básica, los inhalantes (o disolventes volátiles que son inhaladas como por ejemplo el terokal); o también cuando las personas abusan de la ingesta de los medicamentos llamados tranquilizantes o ansiolíticos (tipo diazepam).

El consumo de drogas puede producir dependencia cuando las personas están dominadas por un intenso deseo de continuar consumiendo sin importar el daño que se hacen a sí mismos y a los demás. La disposición de una persona para usar drogas y el carácter de su respuesta al uso están influidos por factores tales como la disponibilidad de la sustancia, las normas culturales que rigen su uso, la respuesta de la sociedad y los costos económicos.

LA SALUD MENTAL Y LOS DERECHOS HUMANOS UNIVERSALES

La Declaración de los Derechos Humanos Universales aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, consagran la dignidad humana como derecho fundamental. Todos los seres humanos tienen derecho a la dignidad, que significa que las personas, por el hecho de ser humanos, son merecedores de respeto, consideración y honor. El primer respeto es el respeto por la vida. El respeto por los derechos humanos de las personas es también el respeto por su salud mental.

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (Art. 3). Nadie tiene derecho a ser discriminado por raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (Art. 2). Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas (Art. 24).

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Rosita es una trabajadora de salud muy responsable. Ella está preocupada por Luis, un joven de 15 años que fue al centro de salud preguntando si le podían dar alguna medicina pues desde hace varios días no puede dormir. Ella ha buscado a sus amigas del trabajo y mientras se toman un café luego del almuerzo, quiere saber cuáles son los signos que podrían indicar posibles problemas de salud mental en un joven.

Teresa: *Yo creo que debemos prestar atención a un joven que se siente muy triste y desesperado sin razón y comprobar si este sentimiento persiste. Si se enoja con mucha frecuencia, llora mucho, o reacciona frente a cualquiera cosa. También si es que a menudo se siente despreciado o culpable.*

Juan: *También deberíamos estar atentos cuando de pronto experimentan grandes cambios, tienen sentimientos que afectan su vida e impiden que realicen sus actividades cotidianas, por ejemplo, mi sobrino Gabriel tuvo problemas muy serios recientemente. No sacaba buenas notas ni aprendía mucho en la escuela; perdió el interés en las cosas que normalmente le agradaban y tuvo cambios drásticos en el comer y dormir.*

Gabriel *se pasaba durmiendo gran parte del día, estaba muy desalentado ante todo y ante todos y lloraba continuamente. También se aisló, evitaba a los amigos y quería estar solo. Luego comenzó a hablar de que la vida era demasiado difícil. Lo más grave fue cuando habló de suicidarse. Es decir, sus hábitos de vida fueron cambiando de una manera notoria y también sus horarios, patrones de sueño y alimentación. Lo más llamativo era la enorme tristeza que manifestaba.*

Liliana: *Existen otros casos en los que los jóvenes no son conscientes de que están en problemas. He visto cómo hay jóvenes que tienen una serie de frustraciones como por ejemplo, no conseguir el empleo adecuado, o no ganar el salario suficiente para cubrir sus necesidades, o estar desempleados. Y ante esta situación, se sienten desesperanzados y comienzan a beber con más frecuencia de lo habitual, hasta que llega un momento en que ya no les importa ni buscar trabajo, ni cambiar la situación. Hay jóvenes que comienzan a tomar alcohol y luego no pueden detenerse hasta llegar al estado de ebriedad. Y si conducen automóviles pueden producir accidentes, herir a otras personas y así mismos. Inclusive, en ciertas circunstancias prefieren ir a tomar y dejan de lado la realización de actividades diarias como ir a trabajar o estudiar, o también dejan de ingerir sus alimentos. En estos casos hasta se pueden poner agresivos y cometer actos de violencia en la familia.*

B. Teniendo en cuenta el texto anterior identifique qué problema o problemas de salud mental están presentes en los casos descritos.

En el caso descrito por Juan :

En el caso descrito por Liliana:

La salud mental de cada joven es importante. Muchos jóvenes tienen problemas de salud mental. Estos problemas son reales, dolorosos y pueden ser agudos. Los problemas de salud mental pueden ser reconocidos y tratados. Las familias y las comunidades pueden prestar gran ayuda.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Blanchet, L. et al. *La Prévention et la promotion de la santé mentale : préparer l'avenir*, pp. 5-9. Québec : Gaeltan Morin Editeurs, 1993.
- ² Desjarlais, R, et al. *La salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. OPS, Washington, 1997.
- ³ OPS- MINSA. *Aproximaciones hacia el estado de la información en salud mental en el Perú*. MINSA: Perú, 2001.
- ⁴ Brundtland Harlem , Gro. *Mensaje de la Directora General*. En : Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OPS/OMS. Ginebra, 2001.
- ⁵ Desjarlais, R, et al. *La salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. OPS, Washington, 1997.
- ⁶ OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS: Ginebra, 2002.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL

- ⁷ INEI. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. Lima: INEI-UNICEF-USAID, 2001.
- ⁸ Escalante, M., Uribe, R. Curitomay, J. *Registros del Programa Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud. MINSA: Lima, 2001 (Documento)
- ⁹ Escalante, M. y Valencia, I. *Perfil de las pandillas juveniles en Ayacucho*. Anales de Salud Mental (1996)XII:75-86.
- ¹⁰ Presidencia del Consejo de Ministros. *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002- 2010*. PCM: Lima, 2002.
- ¹¹ Save The Children – Suecia, Noticias Aliadas y Dughi, Pilar *Diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en 21 países de America Latina*. Save The Children, Suecia : Lima. Disponible en: <http://www.scslat.org/> (2003).
- ¹² OPS/OMS. *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental : nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, 2001.
- ¹³ Instituto Especializado de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Informe General*. Anales de Salud Mental Vol.XVIII. Año 2002. Número 1 y 2. Lima.
- ¹⁴ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en Salud*. BM: Washington DC, 1993.
- ¹⁵ DEVIDA. *II Encuesta Nacional sobre prevención y consumo de drogas 2002*. INEI-USA-UPCH: Lima, 2003.

Factores que facilitan la atención en salud mental



OBJETIVOS

- Reconocer la importancia de las habilidades sociales como uno de los factores que facilitan la atención en salud mental.
- Desarrollar actividades que posibiliten la práctica de las habilidades sociales en su establecimiento de salud.
- Sugerir pautas para una mejor interacción con las personas que acuden al Centro de Salud.

RESULTADOS

- El personal de salud del primer nivel de atención identificará las habilidades sociales necesarias para la atención en salud mental.
- El personal de salud del primer nivel de atención identificará las dificultades que existen en la Comunicación con las personas que acuden al Centro de Salud.

CONTENIDOS

HABILIDADES SOCIALES ¹

Las habilidades para la vida en general abarcan tres categorías básicas que se complementan y fortalecen entre sí.

Las habilidades para la vida se definen como las capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana.

Las habilidades para la vida son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades de vida individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés.

HABILIDADES SOCIALES MÁS IMPORTANTES

1. Comunicación

La comunicación es un fenómeno natural e inherente al ser humano. Todas las personas tenemos el derecho de expresar lo que sentimos, lo que necesitamos, lo que pensamos y lo que creemos. El no expresar lo que realmente sentimos puede llevarnos a incrementar los sentimientos de estrés, de ansiedad, problemas en el trabajo, en las relaciones con nuestro entorno laboral y familiar.

No es posible no comunicar.

Se afirma que una vez que las personas expresan de manera abierta sus pensamientos y/o sentimientos se experimentan una considerable mejoría en las relaciones con las otras personas. Esto es más evidente en el entorno familiar, pues es en esta interacción constante con los integrantes de la familia, se aprende a transmitir información y a regular dicha información.

Una de las características más importantes de este proceso de comunicación es el saber que siempre estamos comunicando, conscientes o involuntariamente. Muchas veces las actitudes, los gestos, las miradas, los silencios, las expresiones de la cara, el tono de voz, nos dicen más que las palabras.

Para algunas situaciones y para algunas personas a veces resulta difícil expresar con claridad los sentimientos (temor a ser rechazada o es una comunicación con un tema muy difícil de transmitir, entre otros). Para estas ocasiones es muy importante obtener ciertas habilidades de comunicación, que posibiliten una adecuada transmisión de información por parte del emisor y la correcta decodificación e interpretación del

Para que una comunicación sea efectiva, el emisor (el que habla) deberá hablar en forma clara, honesta, abierta y congruente.

mensaje de parte del receptor.

- El que transmite el mensaje debe de iniciar la conversación ayudándose de los componentes aprendidos e independientemente de que la otra persona lo siga o no; debe de evaluar la situación y transmitir la información relevante de acuerdo al contexto y a las características de las personas que se encuentran para recepcionar la información; y por último debe de ayudarse de componentes no verbales (sonreír, contacto visual, contacto físico si se puede, entre otros).
- El que recibe el mensaje, debe escuchar al emisor con atención, mirar a los ojos, esforzándose por comprender antes que contestar, tratando de captar los sentimientos que están de tras de las palabras y gestos manifiestos y ponerse en el lugar del otro, intentando percibir desde la perspectiva ajena, ya que no todos tenemos una misma percepción frente a un mismo estímulo (manifestado en acción o en palabras).

2. Asertividad²

Es la habilidad para transmitir y recibir mensajes haciéndolo de forma honesta, profundamente respetuosa, directa y oportuna.

La asertividad se construye en todo un modelo que sigue principios generales, de dentro hacia afuera, de construir fortalezas en nuestra persona para después poder exteriorizar un desempeño que sirva a los demás. Es así, como se parte de respetarte a ti mismo para respetar a los demás.

La asertividad se basa en los siguientes principios:

- Respetarse a si mismo
- Respetar a los demás
- Dar el mensaje que queremos dar
- Ser honesto
- Saber en que momento debemos intervenir
- Tener un control emocional, es decir gobernar nuestras emociones
- Saber decir
- Saber escuchar

La forma de interaccionar con los demás puede ser origen considerable de estrés en la vida cotidiana. El entrenamiento asertivo permite reducir este estrés, enseñando a defender los legítimos derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. En definitiva, cuando se es una persona asertiva hay mayor relajación en las relaciones interpersonales.

En la práctica el entrenamiento en asertividad supone el desarrollo de la capacidad para:

- Expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz, sin negar o no considerar a los demás y sin

- crear o sentir vergüenza.
- Diferenciar entre la asertividad, agresividad y pasividad.
- Identificar las ocasiones en las que la expresión personal es importante y adecuada.
- Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás.

3. Autoestima³

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestra manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y emocionales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5 – 6 años, cuando empezamos a formar un concepto cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros, hermanos, compañeros, entre otros), de acuerdo a las experiencias que vamos adquiriendo.

Muchas veces, dependerá de como se encuentra nuestra autoestima para adquirir éxitos y fracasos en el transcurrir de nuestras vidas. Se dice que cuando mantenemos una autoestima adecuada, esta se vinculara al concepto positivo de uno mismo, potenciara la capacidad de las personas a desarrollar sus habilidades y aumentara el nivel de seguridad personal. A diferencia de una autoestima baja, que enfocara a la persona hacia la derrota y el fracaso.

3.1. Autoestima positiva

Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actua como si “pidiera perdón por existir”, no cree que esta molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta que los demás tienen sus propios problemas en lugar de echarse la culpa “por ocasionar molestias”

Algunas características de una autoestima positiva son:

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, esta dispuesto a defenderlos aun cuando encuentre fuertes oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente seguro como para modificar esos valores y principios, si nuevas experiencias indican que estaba equivocado.
- Es capaz de obrar según crea mas acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otros le parece mal lo que haya hecho.
- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por fracasos y dificultades que experimente.
- Da por hecho que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia. No se deja manipular por los demás, aunque esta dispuesta a colaborar

si le parece apropiado y conveniente.

- Reconoce y acepta en si mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas.
- Es capaz de disfrutar diversas capacidades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigas, etc.

3.2. Autoestima negativa

Diversos autores manifiestan que todos tenemos sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de ellos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando lugar así a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiamos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y en algunos casos llegar a autodestruirse.

Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como: enfermedades psicológicas, depresión, desadaptación y ciertos rasgos que no pueden llegar a ser patológicos, pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo: timidez, vergüenza, temores, trastornos psicosomáticos.

Algunas características de una autoestima negativa son:

- Autocrítica negativa y excesiva que mantiene a la persona en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, por que se siente exageradamente atacada, echa la culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva sentimientos de resentimientos a los que le critican.
- Indecisión por temor a equivocarse.
- Deseo innecesario a complacer, por lo que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y/o perder la buena opinión de quien le solicita la tarea.
- Culpabilidad exagerada, por la que acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos o los lamenta indefinidamente, sin llegar a perdonarse por completo.

4. Toma de Decisiones.

La toma de decisiones es un proceso muy ligado al cambio de conducta. A diario nos enfrentamos a situaciones en las que tenemos que tomar decisiones, desde las más simples cómo decidir qué vestido usar, hasta otras más complejas como la decisión de casarse o tener hijos.

El aprender a manejar un proceso de toma de decisiones y resolver problemas implica transformar lo que se piensa, se dice o desea alcanzar en verdadera acción. Es descubrir lo que realmente es importante para cada uno y aprender a dirigir la vida con autonomía.

El proceso de toma de decisiones, se convierten así en una serie de actividades encaminadas a ayudar a tomar conciencia de la importancia de la resolución de problemas en las situaciones adversas, aprendiendo por nuestro propios medios y a asumirlos de forma autónoma, razonada y responsable.

Una forma sencilla de ayudar a tomar decisiones racionalmente ante cualquier situación, sería la siguiente:

- I** Identificar el problema.
- D** Describir el problema.
- E** Evaluar las alternativas de solución, elegir una, evaluar las ventajas y desventajas de las opciones.
- A** Actuar una de las opciones.
- S** Saber el resultado de la acción y asumir las consecuencias.

IMPORTANCIA DE OBTENER HABILIDADES SOCIALES

Se afirma que una persona carece de habilidades sociales, cuando no ha tenido modelos adecuados o no ha tenido contacto con medios sociales y culturales estimulantes. O cuando tiene pensamientos negativos aprendidos en la niñez (por ejemplo, la expresión : *los hombres no lloran*, es ilustrativa de la presión social que existe para que los hombres no manifiesten sentimientos) , o cuando se padece una enfermedad (física y/o mental) que pudiera acarrear la pérdida de habilidades sociales.

La importancia de desarrollar habilidades sociales, se fundamenta en que la persona, gracias a ellas, puede obtener mayores beneficios en su entorno, como por ejemplo: hacer amistades, mejorar las relaciones interpersonales con los demás, elegir una pareja, conseguir trabajo, obtener un aumento de sueldo, ser respetado y ser reconocido por los demás.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Lectura 1

Analizar la siguiente información para utilizarla en la Toma de Decisiones

Aspectos a tener en cuenta para tomar decisiones

Siempre que se trabaje con información de salud debemos tener en cuenta que:

- Una adecuada salud mental complementa la salud física.
- La información en salud (física o mental) es importante para mejorar la calidad de los servicios en los distintos niveles del sistema de salud.
- La información segura ayuda a la toma de decisiones acertadas para resolver los distintos problemas de gestión y planificación.
- Las decisiones que se tomen basándose en la información obtenida determinarán las actividades diarias que realizaremos en el establecimiento de salud.

Importancia de la Información en la Toma de Decisiones

La información es importante para:

- Determinar el tipo de enfermedad, el número de personas que se enferman y decidir qué es lo que hay que hacer para el control de la enfermedad. Así mismo, ello nos permite decidir qué es lo que hay que hacer para el control de las enfermedades.
- Identificar en la comunidad las causas o factores de riesgo que afectan la salud de la población.

Realizar el análisis de la información con la comunidad

- Primero debemos conocer el diagnóstico.
- Identificar las actividades que se registran en el Centro de Salud.
- Determinar cuáles son las enfermedades más frecuentes en la población y en relación a los temas de salud mental.

Tomar la decisión de realizar la programación de actividades junto con la comunidad.

Es importante tener presente que para lograr mejoras en la salud de la comunidad, la población debe participar en todo el proceso de la acción o actividad que se llevará a cabo: desde la identificación del problema y la planificación hasta la ejecución de las actividades propiamente dichas. Para realizar esta tarea, tenemos que saber:

A. ¿Qué significa decisión?

Una vez que hemos identificado problemas de salud en la comunidad, tenemos que ver la forma de cómo resolverlos, y elegir, entre el conjunto de problemas, aquel que sea el más importante. Por lo tanto, la acción de **decidir**, significa elegir una entre varias posibilidades.

B. ¿Cuándo tomaremos la decisión?

Tomaremos una decisión cuando se reúnan tres condiciones:

- Estamos insatisfechos con la situación de salud que muestra nuestra comunidad.
- Estamos lo suficientemente motivados como para cambiar la problemática.
- Creemos que tenemos la capacidad de cambiar la situación.

C. ¿Qué aspectos debemos tener en cuenta para tomar decisiones?

Los aspectos que se debe de tener en cuenta son:

- Las necesidades de salud de la población que atendemos en nuestro establecimiento de salud.
- La Política Nacional de Salud .

Las funciones que desempeñamos en el establecimiento de salud donde laboramos.

- La disponibilidad de nuestros recursos.
- Las tradiciones, la cultura y el sistema de valores de la población que atendemos.

D. ¿Cómo tomaremos las decisiones adecuadas para mantener o mejorar el estado de salud de la población que atendemos?

2. Lectura 2

Para tomar una decisión precisa y oportuna debemos hacernos antes las siguientes preguntas:

- ¿Cuál..... problema merece atención inmediata o prioritaria?. Esto significa que debemos tener conocimiento de los problemas que existen y por qué merecen atención prioritaria.
- ¿Por qué... ocurre el problema?, lo que significa que buscaremos la causa que lo está produciendo.
- ¿Quién..... corre riesgos debido al problema presentado? Identificaremos qué sector de la población podría afectarse principalmente con el problema.
- ¿Dónde..... viven o trabajan las personas que corren el riesgo? Ubicaremos geográficamente al grupo que se encuentra en situación de riesgo.
- ¿Cuánto..... podremos resolver - del problema - y en cuánto tiempo?, Es decir a qué cantidad de personas expuestas o que se encuentran enfermas podremos ayudar y cuánto tiempo vamos a emplear para hacerlo.
- ¿Cuándo.... debemos resolver el problema? Identificaremos el momento oportuno para realizar nuestra intervención y resolver el problema.
- ¿Con qué?.. identificaremos los recursos humanos, económicos y materiales que vamos a utilizar para resolver el problema.

3. Analicemos

A partir de la lista de preguntas de la lectura 2, trate de dar solución al siguiente problema.

La señora Domitila ha llegado al centro de salud con la clavícula rota a causa de una golpiza que le dio su marido. Ella está muy nerviosa, frota constantemente las manos, llora. La acompañan dos de sus hijos, uno de ellos tiene señales de haber sido golpeado también. Es la tercera mujer maltratada que ha llegado al establecimiento de salud en una semana. También ha llegado un niño *accidentado* pero la familia no ha sabido explicar cómo ocurrió el accidente.

¿Cuál problema merece atención inmediata o prioritaria?

.....

.....

.....

.....

¿Por qué ocurre el problema?

.....

.....

.....

.....

¿Quién corre riesgo/s debido al problema?

.....

.....

.....

.....

¿Cuánto podemos resolver y en cuánto tiempo?

.....

.....

.....

.....

¿Cuánto podemos resolver del problema?

.....

.....

.....

.....

Maltrato Infantil y Violencia Familiar



OBJETIVOS

- Identificar qué es el maltrato infantil y en qué consiste la violencia familiar.
- Reconocer la problemática de la violencia como un fenómeno social que afecta gravemente la vida de niños y adultos.
- Sugerir pautas de intervención frente a casos de maltrato infantil o violencia familiar.

RESULTADOS

- El personal de salud del primer nivel de atención reconocerá la importancia de identificar situaciones de violencia en la familia y comunidad.
- El personal de salud del primer nivel de atención adquiere algunas habilidades para ayudar a las víctimas del maltrato.
- El personal de salud del primer nivel de atención reflexiona sobre lo que significa la violencia en la vida de las personas.

CONTENIDOS

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. DEFINICION Y ALCANCE DEL PROBLEMA (OPS)¹

La violencia familiar se reproduce de padres a hijos. Los niños testigos de la violencia en el hogar, pueden aprender a responder a las dificultades o problemas también con la violencia, y continuar con este comportamiento cuando se convierten en adultos.

La violencia contra la mujer y la niña es un importante tema de salud y derechos humanos. Tomando como referencia la población femenina mundial, por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por un hombre o varios hombres en algún momento de su vida. En muchos casos, incluyendo las mujeres embarazadas y las niñas jóvenes, pueden ser víctimas de ataques graves, sostenidos o repetidos.

En todo el mundo se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte o incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer, y es una causa que compromete la salud y la afecta en mayor medida inclusive que los accidentes de tránsito y la malaria combinados.

El maltrato a la mujer es condenado en casi todas las sociedades. El encausamiento y la condena de los hombres que golpean o violan a las mujeres o las niñas son poco frecuentes en comparación con el número de agresiones producidas. La violencia opera como un medio para mantener y reforzar la subordinación de la mujer.

Definición de las Naciones Unidas

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en el género, y que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada. Incluye la violencia física, sexual y psicológica en la familia, los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer; la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica **al nivel de la comunidad en general**, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos; asimismo, el tráfico de mujeres y la prostitución forzadas; así como la violencia física, sexual y psicológica **perpetrada o tolerada por el Estado**, dondequiera que esta ocurra.

Por que son importantes las definiciones y las mediciones

Es necesario contar con datos exactos y comparables sobre la violencia a nivel comunitario, nacional e internacional para fortalecer los esfuerzos de lucha contra la violencia, ayudar a los formuladores de políticas a comprender el problema, y servir de guía para el diseño de las intervenciones.

Sin embargo, medir la prevalencia real de la violencia es una tarea compleja. Las estadísticas disponibles por intermedio de la policía, los centros de mujeres y otras instituciones formales a menudo subestiman los niveles de la violencia debido a la escasa notificación de casos de mujeres agredidas.

Las investigaciones basadas en la población son más exactas, pero la falta de métodos y definiciones uniformes dificulta las comparaciones con otros estudios. Teniendo en cuenta que las definiciones son subjetivas, algunas encuestas suelen preguntar si las mujeres experimentan actos específicos de violencia durante cierto tiempo. En otros estudios se examinan sólo las cifras del maltrato físico, sexual y psicológico. En investigaciones sobre la violencia en el ámbito familiar, puede incluirse sólo a las mujeres que en ese momento mantienen relaciones con un hombre, mientras que en otras investigaciones se obtiene información sobre las mujeres que alguna vez han estado casadas.

La gravedad de la violencia registrada también puede variar de un estudio a otro. Por ejemplo un investigador puede registrar la violencia independientemente de si produce lesiones corporales, mientras que otro investigador puede registrar solo los incidentes que ocasionaron una lesión física.

Violencia contra la mujer a través del ciclo de vida

Fase	Tipo de violencia
Pre-natal	Abortos selectivos según el sexo; efectos sobre el recién nacido de la violencia durante el embarazo.
Infancia	Infanticidio femenino; abuso físico, sexual y psicológico.
Niñez	Matrimonio infantil; mutilación genital femenina; abuso físico, sexual y psicológico; incesto; prostitución infantil y pornografía.
Adolescencia	Violencia durante el cortejo y el noviazgo (ejemplo: alteración de bebidas y violaciones); sexo forzado por razones económicas (ejemplo: niñas estudiantes que tienen relaciones sexuales con adultos a cambio de favores); incesto; abuso sexual en el sitio de trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal; violencia marital; abuso y homicidio conyugal; abuso psicológico; abuso de mujeres discapacitadas; embarazos forzados.
Vejez	Suicidio forzado u homicidio de viudas por razones económicas; abuso físico sexual y psicológico.

La violencia en las distintas etapas de la vida

La violencia tiene un efecto profundo sobre la mujer. Empieza antes del nacimiento, en algunos países, con abortos selectivos según el sexo. O al nacer, cuando los padres desesperados por tener un hijo varón pueden eliminar a sus bebés del sexo femenino. Y sigue afectando a la mujer a lo largo de su vida: todos los años, millones de niñas son sometidas a la mutilación de sus genitales. Las niñas tienen mayor probabilidad que sus hermanos de ser violadas o agredidas sexualmente por miembros de su familia, por personas en posiciones de poder o confianza, o por personas ajenas. En algunos países, cuando una mujer soltera o adolescente es violada, puede ser obligada a contraer matrimonio con su agresor, o ser encarcelada por haber cometido un acto *delictivo*. La mujer que queda embarazada antes del matrimonio puede ser golpeada, condenada al ostracismo o asesinada por sus familiares, aunque el embarazo sea producto de una violación.

Después del matrimonio, el riesgo mayor de violencia para la mujer sigue habiendo en su propio hogar, donde su esposo y, a veces la familia política, puede agredirla, violarla o matarla. Cuando la mujer queda embarazada, envejece o padece discapacidad mental o física, es más vulnerable al ataque. La mujer que está lejos del hogar, encarcelada o sufriendo cualquier tipo de aislamiento, es también objeto de agresión violenta. Durante un conflicto armado, las agresiones contra la mujer aumentan tanto de parte de las fuerzas hostiles como de las aliadas.

Un tema para los trabajadores de salud

Existen tres razones que explican por que la violencia contra la mujer debe ser un tema prioritario para los trabajadores de salud:

- La violencia produce considerable padecimiento y consecuencias negativas para la salud a una proporción significativa de la población femenina (mas de 20% en la mayoría de los países).
- Tiene un impacto directo sobre varios temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de salud son el principal o único punto de contacto con los servidores públicos que pueden ofrecer apoyo e información.

En las familias

La forma mas común de violencia contra la mujer es la violencia en el hogar o en la familia. Las investigaciones demuestran sistemáticamente que la mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior que por otra persona.

Los hombres pueden patear, morder, abofetear, dar un puñetazo o tratar de estrangular a sus esposas o compañeras; les pueden infligir quemaduras o tirar ácido en la cara; pegar o violar, con partes corporales u objetos agudos; y usar armas letales para apuñalarlas o dispararles. A veces las mujeres son lesionadas gravemente y en algunos casos son asesinadas o mueren como resultado de sus lesiones.

La naturaleza de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar ha propiciado comparaciones con la tortura. Las agresiones están destinadas a lesionar la salud psicológica de la mujer al igual que su cuerpo, y suelen ir acompañadas de humillación y violencia física. Al igual que la tortura, las agresiones son impredecibles y guardan poca relación con el comportamiento de la mujer. Finalmente, las agresiones pueden sucederse una semana tras otra, durante muchos años.

Maltrato físico

En cada país en que se han realizado estudios fiables a gran escala, los resultados indican que entre el 16 y el 52 por ciento de las mujeres han sido agredidas por un compañero íntimo. Aunque los datos nacionales son escasos, es cada vez mayor el número de estudios basados en la comunidad y a pequeña escala que indican la generalización de la violencia contra la mujer como causa importante de morbilidad y mortalidad.

Es probable que estos estudios, tanto de países industrializados como en desarrollo, subestimen el problema por muchas razones. Algunas mujeres pueden creer que merecen las golpizas por alguna acción equivocada de su parte. Otras mujeres se abstienen de hablar sobre el maltrato porque temen que su compañero las lastime aun más en represalia por revelar *secretos familiares*, o posiblemente por avergonzarse de su situación. Además, en muchos países no existen sanciones legales o sociales en los casos de violencia perpetrada por un compañero íntimo. Considerando estos factores, las estimaciones de la prevalencia del maltrato físico por parte de un compañero son probablemente moderadas.

Violación en una relación íntima

Los ataques físicos de un compañero pueden incluir violación y violencia sexual. En muchas sociedades, la mujer no define el coito forzado como violación si es que está casada o si vive con el agresor. Aunque algunos países ya han reconocido la violación en el matrimonio como delito penal, otros siguen aduciendo que el esposo tiene derecho legal de acceso sexual ilimitado a su esposa.

Las encuestas de varios países indican que entre el 10 y el 15% de las mujeres informan que sus parejas les obligan a tener relaciones sexuales. Entre las mujeres que son agredidas físicamente en su relación de pareja, las cifras son mas altas.

Violencia psicológica o mental

La violencia psicológica incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y/o reducción y control por parte del agresor de los recursos físicos, financieros y personales de la víctima. Para algunas mujeres, los insultos incesantes y la tiranía que constituyen el maltrato emocional quizá sean más dolorosos que los ataques físicos, porque socavan eficazmente la seguridad y la confianza de la mujer en si misma. Un solo episodio de violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional. Se ha informado que las

mujeres opinan que el peor aspecto de los malos tratos no es la violencia misma sino la tortura mental y vivir con miedo y aterrizada.

Falta de detección

- En la mayoría de los países no se ha identificado y prestado apoyo a la mujer que experimenta violencia en el hogar. Ello se debe en parte a que las mujeres buscan ayuda de los vecinos o de sus familiares, no de los servicios policiales o de salud.
- Varios estudios han revelado que la vergüenza o el temor de represalias suele impedir que la mujer notifique de un ataque a las autoridades, o incluso a hablar con amigos al respecto de los hechos.
- Algunas mujeres temen que al denunciar sus lesiones, los servicios de protección a los niños se lleven a sus hijos.
- Los servicios que podrían prestar apoyo, como la policía o los servicios de salud, suele no identificar a la mujer que es objeto de violencia, o no pueden responder adecuadamente. Los trabajadores de dichas instituciones pueden no estar adiestrados para tratar el problema ni saben a que lugares referir a las mujeres que buscan ayuda. Pueden tener miedo de afrontar el problema o no estar preparados para tratar la compleja situación que rodea a la mujer que ha sido objeto de violencia.

Consecuencias para la salud

Las consecuencias de la violencia contra la mujer pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis o discapacidad crónicas o problemas de salud mental. También pueden ser mortales; ya sea por homicidio intencional, por muertes como resultado de lesiones permanentes o SIDA, o debido a suicidio, usado como ultimo recurso para escapar a la violencia.

Iniciativas contra la violencia.

Una mayor conciencia del tema de la violencia contra la mujer en las familias, liderada por los esfuerzos de cientos de organizaciones de mujeres en todo el mundo, ha producido varias iniciativas que tratan el problema en casi todos los niveles de la sociedad. en muchos casos se trata de actividades subfinanciadas con posibilidades de ayudar a una fracción de las mujeres que lo necesitan. A pesar de ello, indican lo que se puede lograr en gran escala si existe voluntad política.

- En las Américas, Australia, India, Japón, Liberia y otros países, los grupos de apoyo en que las mujeres maltratadas pueden compartir experiencias, han resultado ser una forma eficaz de ayudarla a la mujer a poner fin a una relación violenta o afrontarla.

- La participación de la comunidad local en la notificación y la reprobación de los esposos violentos esta teniendo éxito en Belice, India y entre poblaciones aborígenes de Canadá.
- Comisarías de la mujer fueron establecidas en toda América Latina y en una serie de países asiáticos a fin de responder en forma más decisiva y comprometida a los delitos contra la mujer.
- Existen cursos sobre crianza no violenta y resolución de conflictos, para adultos y niños, en un numero cada vez mayor de países, incluyendo Jamaica y Canadá.
- En América Latina y Uganda se están poniendo a prueba programas de información legal y asesoramiento jurídico gratis donde se alienta a la mujer a entablar una demanda.
- Se ha incorporado adiestramiento para sensibilizar a los profesionales de salud y la policía, se han adoptado nuevos protocolos para atender a las víctimas de la violencia en la familia en Zimbabwe, Estados Unidos, Centroamérica, Perú, Bolivia, Ecuador, Brasil y otros países.
- Se han abierto refugios y albergues para las mujeres que abandonan a sus compañeros abusivos en las Américas, Egipto, Malasia, el Reino Unido y otros países.

REFLEXIONES BASICAS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL Y LA VIOLENCIA FAMILIAR

El dolor que sienten los niños o adolescentes que son testigos de la violencia del esposo contra la mujer, es un maltrato psicológico

Al interior de las familias también se produce violencia familiar contra los ancianos, a quienes la edad o la merma del estado de salud, los vuelve más vulnerables y hace que no puedan defenderse.

El maltrato por negligencia o descuido también se produce cuando los padres o tutores no se preocupan de los derechos que tienen los niños de acceder a la educación o a los servicios gratuitos de salud - como la cobertura de inmunizaciones - que proporcionan los establecimientos de salud.

1. *El maltrato infantil es toda acción y omisión que ocasiona un perjuicio en el desarrollo bio psicosocial del niño/niña o del adolescente*

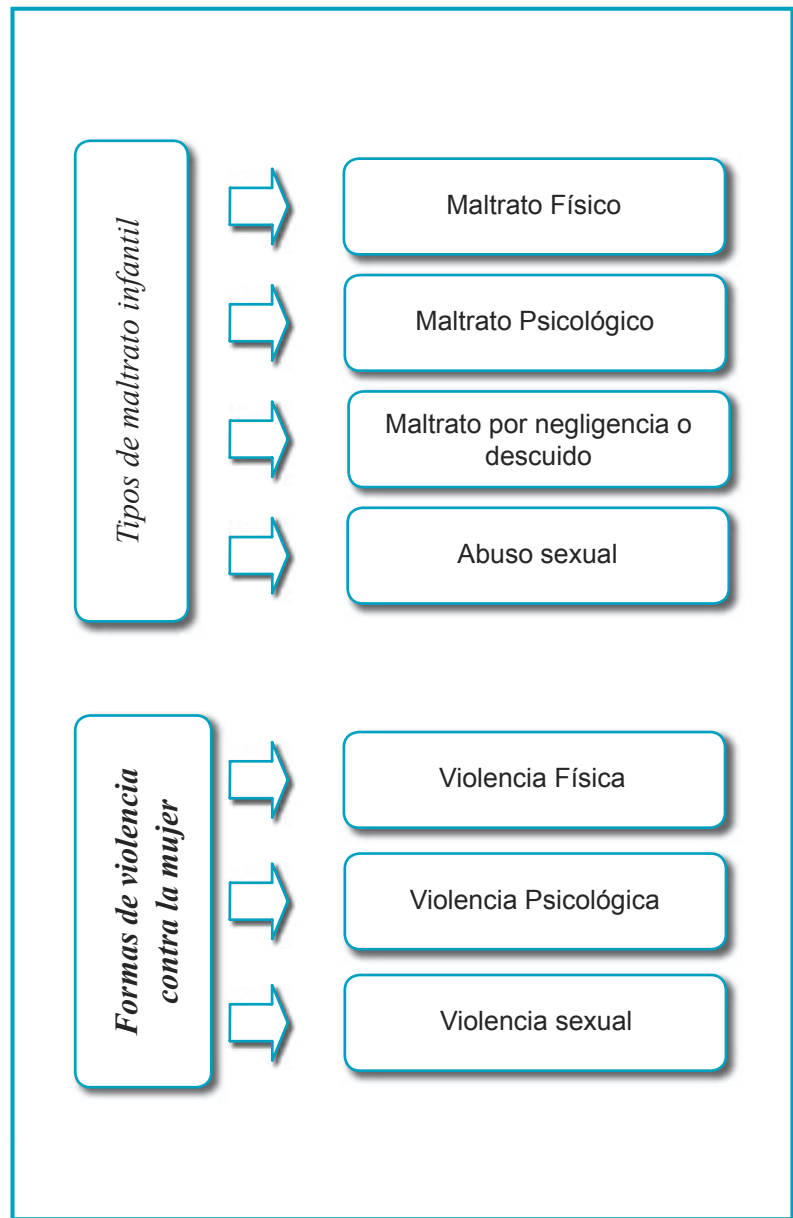
- Muchos padres ejercen castigos físicos dolorosos contra sus hijos, o los humillan u ofenden, pensando que los están *disciplinando*. En ocasiones creen que es la única manera en que los niños o adolescentes pueden aprender a comportarse bien o a obedecer. Por eso el maltrato puede o no ser intencional.
- Los niños pueden ser maltratados por sus propios padres o hermanos en la casa, o por los maestros en la escuela.

2. *La violencia familiar es la agresión continua que se da al interior de una familia por alguno de sus miembros.*

- La violencia intrafamiliar más frecuente es la violencia contra la mujer. Generalmente es ejercida por el esposo, pareja o conviviente

3. *Los tipos de maltrato:*

- **Maltrato físico:** Se produce a través de la agresión física (incluye golpes, cachetadas, jalones de pelo, empujones, fracturas, puntapiés, quemaduras o heridas).
- **Maltrato psicológico:** Se produce a través de agresiones verbales o actitudes de humillación y/o ofensa (incluye insultos, amenazas, desvalorización, indiferencia, humillaciones y amenazas).
- **Maltrato sexual o abuso sexual:** Se produce cuando una persona impone una relación sexual a la mujer o al niño; el abuso sexual se presenta en una variedad de situaciones que van desde las caricias hasta la violación.
- **Maltrato por descuido o abandono:** Se produce cuando los adultos no velan por las necesidades y derechos de los niños. Los niños que sufren el maltrato por descuido, no son asistidos en sus necesidades de alimentación o salud. En medios urbanos los niños en estado de abandono pueden consumir drogas, dedicarse a la mendicidad o estar expuestos a los peligros.



CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LOS NIÑOS O ADOLESCENTES Y LAS MUJERES AFECTADOS POR LA VIOLENCIA FÍSICA, SEXUAL O PSICOLÓGICA

Efectos físicos

- ITS/VIH
- Lesiones
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Dismenorrea
- Embarazo no deseado
- Dolor pélvico crónico
- Problemas ginecológicos
- Abuso de alcohol y/o drogas
- Incapacidad parcial o permanente

Efectos psicológicos

- Depresión
- Ansiedad
- Disfunción sexual
- Baja autoestima y menor
- Capacidad de tomar decisiones
- Desórdenes alimentarios
- Temor
- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de enojo y humillación
- Conductas de alto riesgo (autoexposición a situaciones de peligro, fugas del hogar, promiscuidad, etc.)

LEYES Y NORMAS QUE PROTEGEN A LOS NIÑOS Y ADULTOS. CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL MALTRATO INFANTIL

La pornografía infantil es otra forma de abuso sexual contra niños y adolescentes. Asimismo, la pornografía por internet es un grave problema que enfrenta la sociedad contemporánea.

- El Código del Niño y el Adolescente establece que ningún niño o adolescente puede ser maltratado (1992).
- La Ley de protección frente a la Violencia Familiar (Ley N° 26260 y la modificatoria Ley N° 26763) establece que cualquier persona natural puede denunciar hechos de violencia ante las autoridades competentes (1996 - 1997).
- El Ministerio de Salud ha aprobado por Resolución Ministerial las *Normas y procedimientos de atención a la violencia familiar y el maltrato infantil* (2000). Aquí se señala que es política del Ministerio de Salud garantizar la más amplia y adecuada información impartida por los profesionales de la salud a la población en lo referente a la prevención y atención a la violencia familiar y el maltrato infantil, de tal manera que se asegure el proceso de atención a víctimas de la violencia en todos los niveles del sistema de salud.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1.- Después de revisar los contenidos del presente módulo, analice Ud. el siguiente caso:

La señora Guillermina insulta a su hijo de 8 años cada vez que trae malas notas del colegio: Bruto, eres un bruto, un bruto - le dice. El niño llora cuando le entregan la cartilla de notas en la escuela y se niega a regresar a la casa. La maestra le ha dicho a la señora Guillermina que no debe tratar así a su hijo pues le está haciendo daño. La señora Guillermina le ha contestado: Yo sé cómo educar a mi hijo.

a. ¿Existe una situación de maltrato? Si es así, identifique cuál.

- ☐ Maltrato Físico
- ☐ Maltrato por descuido o negligencia
- ☐ Maltrato Psicológico
- ☐ Abuso sexual

b. Si la señora Guillermina se acerca a ud. y le describe esta situación. ¿Qué le diría? Señale algunas sugerencias.

2.- Lea los siguientes mitos y realidades respecto a la violencia familiar y el maltrato infantil. MINSA - OPS - UNICEF (2000) Violencia Familiar y maltrato infantil, situación de la violencia familiar en el Perú. MINSA - OPS - UNICEF: Lima. pp 29)

<u>MITO</u>	<u>REALIDAD</u>
Sólo en las familias con problemas hay violencia.	Hay familias que recurren al diálogo y negocian con respeto.
La violencia se da solo en los grupos pobres.	Las violencias hacia el niño y la mujer se da también en familias ricas y acomodadas.
Los niños mienten cuando dicen haber sido abusados sexualmente.	Difícilmente los niños inventan algo que no está en su repertorio infantil como puede ser una actividad sexual realizada con personas mayores a ellos.
El castigo es la mejor forma de educar.	Los padres que emplean castigos físicos afectan la personalidad del niño.
La mujer acepta el maltrato por que le gusta.	La mujer maltratada tiene miedo y vergüenza que le impide pedir ayuda.
La violencia dentro de la casa es asunto de la familia y no debe difundirse.	Cuando alguien de la familia es violentado debe buscar ayuda.
La mujer provoca para que la maltraten.	El hombre justifica así el acto violento.
Más me pagas, más te quiero.	Es un dicho de raíces andinas interpretado, pues en las comunidades del ande, el amor excluye el maltrato.
Solo me pega cuando toma o se droga.	Los estudios más serios demuestran que la mayoría de maltratos ocurren cuando no hay alcohol o drogas.

- a.- Identifique los mitos acerca de la violencia que ha escuchado en su vida cotidiana .
- b.- Entre ellas elija el mito que usted considera el más frecuente.
- c.- Si alguien le vuelve a repetir este mito y quiere escuchar su opinión y ud. desea explicar su desacuerdo ¿ Qué diría ? Escríbalo a continuación.

3. Después de leer el texto referido a violencia contra la mujer que publica la OMS, usted ya está en condiciones de comprender la importancia que tiene el problema de la violencia familiar en relación a la vida de las familias y particularmente de las mujeres. También ha sido ilustrado/a sobre algunas alternativas de acción que se gestan en las comunidades frente a este problema

A continuación le presentamos la reproducción de una parte del texto de la misma publicación de la OMS, en la que se describen las acciones que pueden desarrollar los trabajadores de salud.

¿Qué pueden hacer los trabajadores de salud?

Como mínimo, los trabajadores de salud pueden:

- En primer lugar, *no dañar*. Las actitudes no solidarias o que culpan a la víctima pueden reforzar el aislamiento y la culpa de la mujer agredida, minar la confianza en sí misma y restar probabilidad de que las mujeres se abran para buscar ayuda.
- Estar atentos a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.
- Cuando sea factible, preguntar con regularidad a todos los usuarios sobre sus experiencias de maltrato como parte normal de la documentación de la historia.
- Ofrecer atención médica y documentar en la historia clínica del paciente las circunstancias del maltrato, inclusive detalles del perpetrador.
- Remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y el carácter confidencial y los registros del paciente.

Todo caso de violencia contra la mujer y/o maltrato infantil, debe ser derivado a servicios de salud que cuenten con profesionales que puedan brindar atención, u otros especializados (Como los Centros de Emergencia Mujer).

Tamizado sistemático y protocolos

- Los que trabajan por mejorar la respuesta del sector salud hacia las mujeres que han sido maltratadas, hacen hincapié en la importancia del tamizaje universal de las mujeres y las niñas y la creación de protocolos de acción.
- El tamizaje es la práctica de preguntar habitualmente a todas las pacientes si han sido objeto de maltrato sexual o físico.
- Los protocolos son planes escritos que definen para un entorno específico, los procedimientos que deben seguirse para identificar y responder apropiadamente a las víctimas de maltrato.
- Los estudios revelan que con adiestramiento y protocolos adecuados, los trabajadores de atención de salud pueden adquirir una mayor sensibilidad a los temas de la violencia contra la mujer.
- La experiencia ha demostrado que investigar sobre el maltrato sólo cuando hay signos obvios de lesiones no es suficiente en general, son más las mujeres maltratadas que presentan dolencias vagas, como el dolor crónico, dolores de cabeza, trastornos de reposo y depresión que en el caso de traumatismos físicos.
- Algunos profesionales preconizan el tamizaje de todas las pacientes. Sin embargo, el tamizaje debe introducirse con cuidado. Con el adiestramiento adecuado de los trabajadores de salud y el establecimiento de protocolos, el tamizaje puede ser eficaz para detectar casos de maltrato. La ejecución descuidada del tamizaje puede originar maltrato de las pacientes, desde echarles la culpa y romper la confidencialidad hasta, incluso, a producirse casos de agresión sexual (llevada a cabo por trabajadores inescrupulosos que pueden abusar de la indefensión de las víctimas de violencia).

Directrices para los trabajadores de salud

1. No tenga miedo preguntar.

Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y/o valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte.

2. Prepare un ambiente de apoyo donde no se emitan juicios de valor.

Déjele contar su historia. Mencione claramente que nadie merece ser golpeado ni violado en ninguna circunstancia.

3. Esté atento a las señales de peligro.

Si bien la mejor manera de descubrir la violencia en el hogar es preguntar directamente, varias lesiones o afecciones deben hacer sospechar de la existencia del maltrato:

- Quejas crónicas, vagas, que no tienen causa física obvia.
- Lesiones que no coinciden con la explicación de cómo se produjeron.
- Un compañero que es excesivamente atento, controlador, renuente a dejar a la mujer sola.
- Lesión física durante el embarazo.
- Antecedentes de intentos de suicidio o pensamientos suicidas, y demora entre la lesión y la concurrencia al establecimiento para atenderse.

4. Evalúe su situación para determinar si está en peligro inmediato.

Defina si la mujer considera que ella o sus hijos están expuestos a un peligro inmediato. En ese caso, ayúdela a considerar planes alternativos de acción ¿Hay algún amigo o pariente que ella pueda llamar?. Si existe un refugio de mujeres o un centro para crisis en la zona, ofrézcase a llamarlos.

5. Explique a la mujer que tiene derechos médicos y legales.

Los códigos penales de la mayoría de países penalizan la violación y la agresión física, aunque no exista una ley específica contra la violencia en el hogar. Trate de determinar qué protecciones legales existen en esa zona para la víctimas de maltrato y a donde pueden recurrir las mujeres y los niños para recibir ayuda en cuanto a reclamar sus derechos *.

6. Esté preparado para ofrecer una cita de seguimiento.**7. Considere la posibilidad de crear espacio en el consultorio para grupos de apoyo y autoayuda.**

* En el Perú se pueden acudir a los Centros de Emergencia Mujer, Comisarias de la Mujer y Defensorías del Niño y Adolescente.

8. Cuelgue carteles y reparta volantes sobre la violencia en el hogar, la violación y el maltrato sexual; a fin de aumentar la conciencia de los temas y alentar a las pacientes a notificar de cualquier maltrato que puedan estar experimentando.
9. Cuando sea posible, evite prescribir medicamentos que alteren el estado de ánimo de la mujer que está viviendo con un compañero abusivo, ya que estos pueden poner en peligro su capacidad de predecir y reaccionar ante los ataques de su compañero.
10. Establezca y mantenga contactos con grupos de mujeres y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales que ofrezcan apoyo a las mujeres que experimentan violencia.

Lea el texto con cuidado y responda las siguientes preguntas

- a.- ¿Cuál de las acciones ahí descritas podría realizar como TSPL en su establecimiento? Escríbala.

- b.- En una intervención frente a la violencia familiar, los trabajadores de salud pueden desarrollar diferentes acciones.

Existen algunas acciones que corresponden a los médicos que evalúan a las personas que acuden a los establecimientos y otras que pueden hacerlas enfermeros u otros técnicos de salud, puesto que cada trabajador tiene diferentes funciones que cumplir en el establecimiento.

Por lo tanto, existen acciones que usted puede realizar como TSPL y otras que corresponden a otros profesionales de salud en el establecimiento.

Según el texto, escriba a continuación aquellas acciones que usted **no** va a hacer, y explique por qué.

4.- En el texto siguiente, se describen algunas características de presentación de hechos de conflicto en la familia y se proporcionan pautas para evitar respuestas violentas. Reflexiones sobre ellos.

A. ¿Por qué maltratan usualmente los adultos?

Esto puede suceder porque:

- Están enfadados(as) con el (la) niño(a).
- Están enfadados por cualquier otra razón.
- No saben qué hacer para resolver problemas con el (la) niño(a).
- Ellos (as) fueron víctimas de maltrato o abuso en su infancia.
- No conocen otra forma de relacionarse con los (as) niños (as).
- Tensión emocional.
- Frustración.
- Necesidad de ejercer poder.
- Tensión en el trabajo.
- Falta de dinero.
- Inmadurez.
- Problemas de pareja.
- Enfermedad o cansancio acumulado.
- Patrones culturales errados.

B. ¿Cómo evitar el maltrato?

- La violencia es una adicción. Es necesario buscar ayuda.
- Las personas pueden también aprender a dejar de ser violentos.
- Existe diferencia entre corrección y castigo.
- Abrazar y besar a los(as) hijo(s) diariamente es una buena costumbre.

C. Para controlar la tensión que producen las preocupaciones de la vida diaria.

Esta tensión o estrés es producido por una serie de circunstancias, tales como:

- No saber cómo ser un padre o madre.
- No tener familiares o amigos que le ayuden o escuchen.
- No tener dinero.
- Insatisfacción de necesidades debido a la falta de dinero.
- Tener demasiado trabajo.
- Otras situaciones que generen tensión, preocupación o malestar.

Para superar el estrés

- Tomar tiempo para uno mismo todos los días
- Hablar con alguien.
- Dar un paseo.
- Haga algo que le guste.
- Trate de controlarse y si no puede, hable con algun de confianza.
- Piense qué puede hacer para mejorar la situación que le mortifica.
- Asista a programas y cursos .
- Consiga ayuda si la necesita.

¿ Ha vivido usted alguna situación de estrés como las descritas en el texto?

Si es así y le volviera a ocurrir ¿ cuáles de las alternativas que ahí se sugieren para superar el estrés, elegiría ud. ? Escríbala a continuación.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Este texto es una reproducción de: OPS/OMS. *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Washington, 1998.
Disponible en : <http://165.158.1.110/spanish/hdp/hdpwomsvio.htm>
- ² Este texto ha sido tomado de: MINSA/OPS/UNICEF. *Violencia familiar y maltrato infantil, situación de la violencia familiar en el Perú*. Lima, 2000. pp 29.
- ³ Este texto es una reproducción de: OPS/OMS. *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Washington, 1998. Disponible en : <http://165.158.1.110/spanish/hdp/hdpwomsvio.htm>
- ⁴ Adaptado de: Iglesias, M^oElena. *Podemos prevenir el Abuso Sexual Infantil. Módulo de promoción para la prevención comunitaria del Abuso Sexual Infantil*. CESIP: Lima, 1998.

Abuso de Sustancias



OBJETIVOS

- Reconocer conceptos básicos referidos al consumo de drogas.
- Identificar las situaciones de riesgo para el consumo de drogas.
- Definir algunos criterios de prevención y tratamiento del consumo de drogas en la comunidad.

RESULTADOS

- El personal de salud del primer nivel de atención estará en condiciones de identificar la problemática del consumo de drogas en la comunidad.
- El personal de salud del primer nivel de atención estará en la capacidad de diferenciar los efectos y secuelas de las drogas más utilizadas en la comunidad.

CONTENIDOS

VISIÓN PANORÁMICA DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL PERU¹

El consumo de sustancias psicoactivas ha sido una costumbre ancestral entre las poblaciones humanas; usualmente un acto de naturaleza ritual cuya regulación y significado estaban inscritos en una compleja trama cultural.

La ingestión, de acuerdo a las más antiguas experiencias registradas, se vinculaba a prácticas o ceremonias religiosas o espirituales. Esto ocurría en los casos de la marihuana, cultivada tanto en Asia como en la India (2000 A.C.); la hoja de coca, consumida por parte de la nobleza Inca; o los alucinógenos, utilizada en épocas precolombinas, como práctica folklórica o en el mundo del chamanismo.

Si bien han existido otras modalidades de consumo, por ejemplo para contrarrestar o tratar afecciones médicas o físicas (como ocurriera un tiempo con el alcohol, la marihuana o incluso con el opio), las formas más prevalentes se han referido a la búsqueda de la estimulación, del placer o del hedonismo en sus diversas peculiaridades. Este patrón de consumo ha sido más prevalente desde finales del siglo XIX y, predominantemente, en el presente siglo llegando incluso a la creación de drogas con tales fines, como en el caso del éxtasis.

Si bien las primeras experiencias estuvieron asociadas a patrones culturales y, en variadas ocasiones, al terreno medicinal, pronto aparecieron efectos adversos que empezaron a ramificarse en diversos ámbitos, ya sean psicológicos, médicos y sociales. De éstos el potencial adictivo y perjudicial fue reconocido ya desde el siglo XVI para el opio, mientras que para la marihuana y la cocaína a inicios y mediados del presente siglo. Las repercusiones psicosociales, en particular la violencia y deterioro socio familiares, se hacen mucho más evidentes en el presente siglo con los estudios epidemiológicos que asociaban el consumo de sustancias con violencia doméstica, conductas homicidas y suicidas, siendo estas últimas las más notorias, en virtud de su frecuencia en adolescentes e incluso niños. En el área médica la nicotina marcó la diferencia al ser la drogas que en la actualidad más y más muertes genera por problemas de corte cardiovascular, cerebrovascular y pulmonar, siguiéndole en orden de frecuencia el alcohol y en menor grado el resto de sustancias.

Resulta evidente que el agravamiento del consumo es solamente un aspecto de un fenómeno mucho mayor; porque junto con él han venido consolidándose los procesos de producción y de comercialización de estas sustancias, especialmente de las drogas ilícitas. Problema que, por último, ha adquirido una dimensión internacional, no obstante su ilegalidad.

Perú no se escapa de esta problemática y los estudios epidemiológicos nacionales demuestran que el consumo de drogas ha aumentado notablemente en los últimos tiempos.

En cuanto al alcohol, su consumo en la vida (prevalencia de vida) en la última década al nivel de la población peruana ha fluctuado entre 83% y 88%. En cuanto al tabaco, la prevalencia de vida en el mismo período fluctuó entre 66% y 70%. A su vez, los medicamentos autoadministrados, entre los que destacan los sedantes hipnóticos y estimulantes, han arrojado cifras que oscilan entre 3% y 18%. En torno a las drogas ilegales, la marihuana continua siendo la droga de mayor consumo con porcentajes que fluctúan entre el 6% y el 8%, alcanzando cifras de hasta 14% en algunos colegios de varones y privados de Lima. Seguidamente destacan la pasta básica de cocaína con cifras que han oscilado entre 3% y 6% y el clorhidrato de cocaína entre 1% y 2%, cuyas cifras más altas se hallan predominantemente en varones.

Es importante notar que estas dos últimas sustancias son conocidas como las más adictivas en nuestro medio y con capacidad de producir dependencia tras un periodo que va desde un par de semanas hasta pocos meses de iniciado el consumo. A continuación se tiene a las sustancias inhalables y los alucinógenos, ambos con cifras de prevalencia de vida de 1% a 4% y circunscritos a niños y adolescentes de la calle y a escenarios de la medicina tradicional respectivamente.

Finalmente, una de las sustancias que ha empezado a preocupar, debido a las incautaciones y detecciones de cultivo en la zona de oriente de nuestro país, es la amapola con la subsecuente amenaza de la aparición de los derivados opiáceos en especial de la heroína, droga altamente adictiva y de impredecible consecuencias en una sociedad no preparada para una sustancia de tal naturaleza.

ACERCA DE LAS DROGAS

Definición

La Organización Mundial de la Salud define a la droga como *Toda sustancia que introducida en un organismo vivo, es capaz de modificar una o más funciones de éste.*

El concepto de droga que preocupa sanitaria y socialmente, es el de aquellas sustancias que originan dependencia y que alteren gravemente el funcionamiento total de la persona y de la sociedad. En el Perú, entre estas sustancias, están el tabaco, el alcohol, la marihuana, diversos fármacos, los inhalantes, la cocaína, el grupo de las anfetaminas (la más popular en estos momentos es la droga llamada Extasis, que se combina con un alucinógeno), entre otras.

CONCEPTOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

1. La Tolerancia

Cuando una persona se acostumbra al consumo de una droga desarrolla la tolerancia, y de acuerdo a la personalidad y al tipo de droga que se ha consumido, se produce la dependencia y posteriormente el síndrome de abstinencia; aquí es recomendable que se acuda a profesionales especialistas en rehabilitación para que se pueda abandonar el consumo de la droga.

Es el proceso por el cual una persona se acostumbra a una droga y necesita cada vez mayor cantidad de ella para experimentar los efectos que sentía cuando empezó a consumirla. Por ejemplo, cuando alguien consume cigarrillos, al inicio fumará uno, sintiéndose satisfecho; a medida que continúa fumando necesitará consumir dos o más cigarrillos para sentirse igual de satisfecho, y poco a poco aumentará cada vez más su consumo.

2. El Síndrome de Abstinencia

Se produce cuando una persona se ha habituado a consumir drogas frecuentemente, lo que le lleva a *acostumbrarse* a ellas, de tal manera que cuando dejan de consumirlas comienzan a sentir molestias en su cuerpo (náuseas, vómitos, cólicos, diarreas y temblores) y en su mente (nerviosismo, ansiedad, depresión).

3. La dependencia

Es el estado por el cual una persona siente un deseo intenso y descontrolado de consumir una droga, lo cual lo lleva a consumir una y otra vez, pese a que sabe que dicho consumo es perjudicial a su salud.

Tal es así que la persona no puede dejar la droga, ya que si no consume, experimenta los malestares descritos en el síndrome de abstinencia.

SITUACIONES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE LAS DROGAS

Hablar de las situaciones de riesgo que conllevan al consumo de drogas, implica tener en cuenta los diferentes elementos y la interacción de cada uno de los 3 elementos que conforman el modelo del uso de las drogas: sujeto, sustancia y contexto.

La situación de riesgo se define se produce por todas aquellas condiciones que facilitan que una persona (sujeto) esté en condiciones de tener acceso (contexto) y consumir la droga (sustancia).

Las situaciones de riesgo explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo, lo que no quiere decir que tales factores de riesgo sean la causa del consumo de drogas, sino sólo las condiciones que favorecerían tal consumo. No existe una relación lineal causa – efecto, por lo tanto, tenemos que hablar siempre de probabilidades y no de determinaciones.

Las implicancias preventivas de conocer las situaciones de riesgo son importantes, pues al identificar a los factores de riesgo que se dan alrededor del consumo de las drogas, y al actuar sobre ellos, podríamos disminuir la posibilidad del consumo de drogas en determinado grupo poblacional.

DESCRIPCIÓN DE LAS DROGAS UTILIZADAS MAS FRECUENTEMENTE EN NUESTRO MEDIO

El alcohol

94 de cada 100 habitantes señala haber consumido alcohol alguna vez en su vida y 74 indican haber consumido tabaco (DEVIDA, 2003).

La dependencia al alcohol, o también conocido como alcoholismo, es una enfermedad que incluye los siguientes cuatro síntomas:

- **Deseo insaciable:** una gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
- **Pérdida de control:** la incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
- **Dependencia física:** síndrome de abstinencia, con síntomas tales como náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
- **Tolerancia:** la necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol a fin de sentirse eufórico

En el Perú existe más de un millón de dependientes de alcohol y más de ochocientos mil dependientes al tabaco (DEVIDA, 2003).

Se menciona que el deseo insaciable que el alcohólico siente por el alcohol puede ser tan fuerte como la necesidad de comer o beber agua. Incluso un alcohólico continuará bebiendo alcohol aunque tenga problemas serios con la familia, con la salud o con la ley. Todo este proceso se agrava a medida que pase el tiempo y se convierte en una enfermedad crónica, lo que significa que la persona padecerá de esta enfermedad toda su vida.

Las investigaciones demuestran que el riesgo de desarrollar alcoholismo ciertamente viene de familia. Los genes que hereda una persona explican en parte este hábito, pero el estilo de vida también constituye un factor. En la actualidad se están tratando de identificar aquellos genes específicos que ponen a las personas en riesgo de desarrollar el alcoholismo; sin embargo es importante señalar que los amigos, el nivel de estrés, y la facilidad de acceso al alcohol son factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar el alcoholismo.

Testimonio: Bueno, el alcohol todavía se toma y bueno, ya después se va a dormir, pero en cambio cuando está drogado ya se desconoce, se desconoce, tienen otras ideas ya, es más violento... (Pobladora Independencia Alta.. en: Diagnóstico Situacional de la Salud Mental en el Distrito de Independencias).

Pero es necesario recordar que el riesgo no implica una determinación. Ello quiere decir que aunque existan antecedentes familiares de alcoholismo, la persona o las personas no necesariamente serán alcohólicas. En cambio otras personas desarrollarán el alcoholismo aún cuando no haya nadie en su familia que tenga problemas con el alcohol. De la misma manera, no todos los hijos de familias alcohólicas tienen problemas con el alcohol. Sin embargo, es importante que las personas conozcan sus antecedentes familiares, ya que entonces se pueden tomar medidas preventivas para evitar riesgos y adquirir y adquirir hábitos protectores respecto al alcohol.

El tabaco

En el Perú, el tabaco en forma de cigarrillos, es la segunda droga más consumida después del alcohol, por la población urbana de 12 a 64 años. Esto significa que más de siete millones de personas entre los 12 y 64 años declaran haber fumado alguna vez en su vida y cerca de cuatro millones quinientos mil, declaran haber fumado en el último año³. Un tema preocupante en nuestro país, al igual que sucede en otros países de la región, es que la edad de inicio de consumo se produce a muy temprana edad, siendo más temprano el inicio en los varones que en las mujeres⁴.

El principal componente del tabaco es la nicotina que afecta al cerebro, e incluso los productos de tabaco sin humo (tabaco en polvo o rapé, el tabaco de mascar), también contienen muchas toxinas así como altos niveles de nicotina. La nicotina, reconocida como una de las drogas adictivas más utilizadas, es un líquido incoloro que se torna marrón cuando se quema, y adquiere el olor a tabaco cuando se expone al aire⁵.

La nicotina se absorbe por la piel y por la mucosa de la boca y la nariz, o se inhala a través de los pulmones. Dependiendo de cómo se ingiere el tabaco, la nicotina contenida en él, puede llegar rápidamente a niveles muy altos en la corriente sanguínea y en el cerebro. Por ejemplo, fumar cigarrillos resulta en una distribución rápida de la nicotina por todo el cuerpo, llegando al cerebro a los 10 segundos de haber sido inhalada. Por otra parte, los fumadores de cigarros o pipas generalmente no inhalan el humo, por lo tanto la nicotina se absorbe más lentamente a través de las membranas mucosas de la boca. La nicotina del tabaco sin humo también se absorbe a través de las membranas mucosas⁶.

Una de las consideraciones más importantes señaladas en los últimos años, es que las sustancias generadas por la combustión del tabaco no sólo afectan a los fumadores, sino también a quienes lo rodean, aunque estas personas no fumen. Los fumadores exponen así a un mayor riesgo de la enfermedad y muerte a quienes conviven con ellos en sus hogares o están obligados a compartir el ambiente de trabajo, los lugares cerrados y los medios de transporte. Esta exposición involuntaria a un riesgo que podría ser evitable, puede afectar los derechos individuales de los no fumadores⁷.

La exposición cotidiana al humo del tabaco en ambientes poco ventilados puede provocar desde irritación en los ojos, dolor de cabeza, estornudos, faringitis, afonía hasta otros procesos más severos como empeorar la sintomatología en personas alérgicas, asmáticas y con problemas cardiovasculares; incrementándose el riesgo de padecer enfermedades del corazón y aumento de riesgo de padecer cáncer de pulmón y otros cánceres⁸.

*Marihuana*⁹

La marihuana es una combinación de hojas, tallos, semillas y flores de la planta conocida como Cannabis Sativa, y puede ser de color verde, café o gris. El término Cannabis describe a la marihuana y otras drogas derivadas de la misma planta. Las formas potentes incluyen la sin semilla, el hachis y el aceite de hachis.

En todas sus formas, el Cannabis es una droga que altera la función mental (psicoactiva) porque contiene el THC (delta 9-tetrahidrocannabinol) que es el químico activo de la planta de la marihuana. También contiene más de 400 químicos adicionales.

Los efectos de la marihuana dependen de:

- El tipo de Cannabis y su contenido de THC.
- La forma de uso (que se fume o se coma).
- La experiencia y expectativas de quien la fuma.
- El lugar en el que la usa.
- Si la persona está bebiendo alcohol o usando otras drogas.

Algunas personas no sienten nada cuando prueban la marihuana por primera vez. Otras pueden sentir intoxicadas(os) y/o eufóricas (os) (es decir que experimentan sensaciones de alegría o exaltación). Es común que las personas que usan marihuana sientan gran interés por estímulos visuales, auditivos o de sabor, que de otra manera serían ordinarios. Los eventos triviales les pueden parecer sumamente interesantes o graciosos. El tiempo parece pasar muy lentamente y, a veces, la droga hace que la persona sienta mucha sed o hambre.

Casi inmediatamente después de inhalar la marihuana, la persona puede sentir intoxicación, boca reseca, latidos acelerados del corazón, cierta torpeza en la coordinación del movimiento y el equilibrio, y reacciones o reflejos lentos. Los vasos sanguíneos de los ojos se expanden, por lo cual se les ven los ojos enrojecidos.

En algunas personas, la marihuana aumenta la presión sanguínea y puede hasta duplicar el ritmo cardíaco. Este efecto puede acentuarse cuando se mezclan otras drogas con la marihuana; algo sobre de lo cual

En el Perú, la población de escolares de nivel secundario muestran un incremento significativo del consumo de Marihuana y PBC (DEVIDA. 2003).

La investigación muestra que casi el 50% de los adolescentes prueban marihuana antes de terminar la escuela secundaria (NIDA-USA. 2001).

no siempre está consciente el fumador.

A pesar de que aún no se conocen todos los efectos a largo plazo de la marihuana, existen serias preocupaciones en cuanto a sus efectos en la salud y la asociación entre el uso regular de la marihuana o del THC y otras enfermedades como las respiratorias o aquellas que se producen por fallas en las defensas biológicas del organismo (llamadas defensas inmunes).

Si hablamos de la permanencia de la marihuana en el cuerpo, diremos que la sustancia THC de la marihuana se absorbe con facilidad en los tejidos grasos de varios órganos del cuerpo. Por lo general, se puede encontrar rastros de THC en los exámenes regulares de orina hasta varios días después que la persona fumó marihuana. Sin embargo, en el caso de las personas que fuman mucho (fumadores crónicos) se puede encontrar restos de sustancias incluso varias semanas después de que la usaron.

Pasta Básica de Cocaína¹⁶

La pasta básica de cocaína (PBC) es el alcaloide impuro que se obtiene como un primer paso en la extracción a partir de las hojas de coca. Cuando se calienta, sufre un proceso llamado de sublimación, pasando directamente de sólido a vapor. Como consecuencias de este proceso de extracción, se produce un polvo color blanquecino mate, que se introduce en un cigarrillo de tabaco o marihuana, y que suele consumirse bajo la modalidad de inhalación de bocanadas de humo y que pasa directamente a los pulmones donde se absorbe con gran rapidez, produciendo un efecto muy intenso y una dependencia de extrema gravedad.

Para la preparación de la pasta básica de cocaína, se utilizan sustancias altamente tóxicas para el cuerpo humano tales como los solventes orgánicos (querosene), y ácidos (ácido sulfúrico).

A la PBC mezclada con tabaco se le conoce como “tabacazo”; si está mezclada con marihuana, se le conoce como “mixto”.

La PBC produce efectos tales como alteraciones de juicio y liberación de inhibiciones sociales, por lo que los adictos a esta sustancia presentan agresividad, reacciones de pánico y eventualmente depresión agitada.

Las altas dosis crean una sensación de fortaleza mental, poder personal y muscular, produciendo también alucinaciones visuales, auditivas y táctiles.

También se produce las llamadas ilusiones paranoides, que incluyen la idea o sensación de que está perseguido, la que suele combinarse con la sensación excesiva de poder personal, en alguien sumamente antisocial y peligroso.

Clorhidrato de Cocaína

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central, derivado de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca* nativo de Sudamérica, especialmente de Perú y Bolivia, donde florece en los valles templados de cerca de 1,500 m. sobre el nivel del mar.

La cocaína es una de las drogas conocidas más antiguas. El uso ritual y terapéutico de la hoja de coca se remonta a unos 500 años A.C. En un principio, la coca se empleaba en ceremonias religiosas para introducir el trance de meditación y como ayuda para comunicarse con la naturaleza. Los incas reservaban el consumo de la coca para los nobles y sacerdotes; y aquellos que gozaban de un extremo favor imperial les permitía consumirla. Después de la “conquista” del Perú por los españoles, el uso de la coca estuvo prohibido, hasta que estos últimos descubrieron que los indios podían trabajar más con menos alimento cuando usaban la droga. Dicha práctica llegó a convertirse en un hábito que aún persiste en la actualidad.

Los efectos de la cocaína se manifiestan en las áreas cerebrales produciendo euforia, estimulación, disminución de la fatiga, alteración de la vigilia del individuo; todo ello ocurre por la acción excitadora de la cocaína, que se opone al efecto depresor del alcohol sobre el sistema nervioso central. El consumidor puede permanecer despierto mucho tiempo; sin embargo, ello genera un deterioro más violento del organismo.

Como la vía de administración es intranasal, se produce anestesia local de las membranas y observamos que el consumidor tiene adormecida gran parte de las vías respiratorias (nariz) y otras cercanas a la vía de administración, como la boca, los labios y los dientes. Debido a este adormecimiento, presenta respiración fuerte; cuando habla, exagera la pronunciación de las palabras (hace gestos y muecas).

El usuario experimenta estimulación y locuacidad (hablar rápido). Cuando se consume en grandes dosis, presenta rigidez muscular, y puede llegar hasta la psicosis y el comportamiento violento.

Los inhalantes

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que pueden ser inhalados para provocar un estado de alteración mental. A pesar de que otras sustancias también pueden ser inhaladas, el término “inhalantes” particularmente se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica común es que rara vez, o nunca, son usadas por otra ruta que no sea por la de inhalación. Esta definición abarca una amplia gama de químicos encontrados en cientos de productos diferentes que pueden tener diversos efectos farmacológicos. Como resultado, es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes. Un sistema de clasificación nombra cuatro categorías generales de inhalantes—disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos— basándose en la forma en que éstos a menudo se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos¹⁰.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN DROGAS

Prevención

Los padres contribuyen a establecer estrategias de prevención para el consumo de alcohol:

1. *Supervise el consumo de alcohol en casa;*
2. *Comuníquese con otros padres;*
3. *Entérese de las actividades de sus hijos;*
4. *Establezca reglas familiares sobre el consumo de alcohol;*
5. *Establezca un buen ejemplo;*
6. *No acepte el consumo de bebidas entre adolescentes;*
7. *Contribuya a que su hijo tenga amistades sanas;*
8. *Presente otras alternativas.*

(NIDA (2001) *Haga la diferencia. Hable con sus hijos sobre el uso del alcohol.* USA).

La prevención en el consumo de drogas, es considerada como el conjunto de acciones orientadas a desarrollar factores de protección de las personas, las familias, los grupos sociales y la comunidad en general, a fin de generarles las capacidades necesarias que les permitan enfrentar con éxito las diferentes situaciones de riesgo, para evitar o disminuir el uso indebido de drogas.

Diversas instituciones reiteran que el desarrollo de factores de protección, implica acciones informativas sobre las drogas y sus riesgos; pero sobre todo, acciones formativas para el desarrollo de actitudes y habilidades, la formación de hábitos saludables y la práctica de valores, a fin que los beneficiarios se constituyan en personas menos vulnerables al uso indebido de las drogas ^{11 12}.

La **educación** en general, entendida como un proceso social intencional, orientada a la formación integral de la persona, es ya de por sí preventiva, en el entendido que cuanto más capacitada se encuentre la persona, tendrá mayores posibilidades de enfrentar con éxito, las diferentes situaciones de riesgo que le plantea una sociedad cada vez más compleja como la actual. Sin embargo, la prevención educativa deberá estar asociada con las necesidades concretas de prevención de la persona o el grupo y su entorno.

La **familia** es uno de los ejes centrales para la prevención del consumo de drogas. Los padres pueden tener impacto si hablan con sus hijos sobre los peligros de las drogas, y se mantienen activamente involucrados en la vida de sus hijos. Incluso cuando los hijos cursan la escuela secundaria, los padres pueden estar involucrados en sus tareas escolares, sus actividades sociales y de recreo, y con sus amigos. La investigación demuestra que la acción y participación adecuada de los padres en la vida de los hijos puede reducir la probabilidad de uso futuro de drogas.

La **comunidad**, es otro de los ámbitos importantes en los que pueden participar los padres para hablar sobre el tema del abuso de drogas particularmente en su barrio o vecindad, así como también participar en programas de prevención del abuso de drogas en las escuelas, parroquias, y otras instituciones sociales.

Tratamiento¹³

La compulsión para usar drogas puede apoderarse de la vida del individuo. La adicción con frecuencia incluye no solamente la necesidad compulsiva de tomar la droga sino también una gran variedad de comportamientos disfuncionales que pueden interferir con el funcionamiento normal dentro de la familia, del trabajo y de la comunidad. La adicción puede colocar a las personas en alto riesgo de contraer otras enfermedades. Estas se pueden contraer por ciertos comportamientos, tales como costumbres perjudiciales en la manera de vivir o de la salud, que casi siempre acompañan a la vida de un adicto, o por los efectos tóxicos de las mismas drogas.

El tratamiento para la drogadicción debe ayudar al individuo a dejar de usar drogas y a mantener un estilo de vida libre de las mismas, mientras que logra un funcionamiento productivo dentro de la familia, del trabajo y de la sociedad. Los programas efectivos de tratamiento para el abuso y la dependencia a las drogas típicamente incorporan muchos componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias.

A pesar de la evidencia científica que establece la eficacia del tratamiento para el abuso de drogas, muchas personas creen que el tratamiento no es efectivo. En parte, esto sucede porque existen expectativas irreales. Muchas personas comparan la adicción con el simple uso de drogas y, por lo tanto, esperan que la adicción se cure rápidamente; de no ser éste el caso, el tratamiento se considera un fracaso. En realidad, como la adicción es un trastorno crónico, la meta principal de una abstinencia a largo plazo frecuentemente requiere rondas sostenidas y repetidas de tratamiento.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. A continuación lea atentamente las siguientes afirmaciones, conteste si es Verdadero (V) o Falso (F).

- | | | |
|---|-----|-----|
| a. Beber cerveza es beber salud | (V) | (F) |
| b. El buen vino y el buen ron no hacen daño | (V) | (F) |
| c. Sólo una vez.....no me pasará nada | (V) | (F) |
| d. Es mi problema no el de ustedes | (V) | (F) |
| e. El tabaco no hace daño al feto | (V) | (F) |

Ahora compara tus respuestas con cada una de las explicaciones que se presentan a continuación:

- a. Beber cerveza es beber salud
(F) La cerveza contiene alcohol, que es una sustancia psicoactiva que afecta el sistema nervioso central y otros órganos. El problema se agrava en las personas que tienen tendencia a consumirla hasta intoxicarse y en forma frecuente.
- b. El buen vino y el buen ron no hacen daño
(F) Ambos contienen alcohol. Los daños que causan dependen de la cantidad de alcohol que ingresa a la sangre. Pero cuando el vino y el ron son de dudosa calidad, además de alcohol, pueden contener otras sustancias tóxicas que ocasionan daño.
- c. Sólo una vez.....no me pasará nada
(F) Detrás de toda adicción hay siempre una primera vez. Tener la primera experiencia, puede significar colocarse en una situación de riesgo pues los efectos de las drogas sobre el sistema nervioso central pueden causar sensaciones aparentemente placenteras que, vividas en una persona que no tiene suficiente autocontrol o que se siente sola y deprimida, podrían conducir a repetir la experiencia, hasta llegar a la dependencia.
- d. Es mi problema no el de ustedes
(F) Por cada persona que sufre de una adicción, hay una familia, un grupo de amigos, una escuela, o un barrio; que de una u otra manera sufren las consecuencias de la enfermedad. A diferencia de otras enfermedades, la adicción a sustancias

no sólo compromete a la salud personal sino también la salud familiar y social.

e. El tabaco no hace daño al feto

(F) Cuando la madre embarazada fuma un cigarrillo, produce de inmediato un aumento en la frecuencia cardiaca del feto de 130 a 180 latidos por minuto. Además el aborto, el parto prematuro y el nacimiento de niños con bajo peso son riesgos comprobados.

2. Lea atentamente el siguiente párrafo (Tomado de Ribeyro, J. (1987). *Solo para fumadores*. Ed. El Barranco):

En muchas ocasiones -es tiempo de decirlo- traté de luchar contra mi dependencia del tabaco, pues su abuso me hacía cada vez más daño: tosía, sufría de acidez, náuseas, fatiga, pérdida de apetito, palpitaciones, mareos y una úlcera estomacal que me retorcía de dolor y me forzaba a someterme regularmente a un régimen de leche y de abominables gelatinas.

Empleé todo tipo de recetas y de argucias para disminuir su consumo y eventualmente suprimirlo. Escondía las cajetillas en los lugares más inverosímiles; llenaba mi escritorio de caramelos, para tener siempre a la mano algo que llevarme a la boca y succionar en lugar de cigarrillo; adquirí boquillas sofisticadas con flitros que eliminaban la nicotina, tragué todo tipo de pastillas supuestamente destinadas a volvernos alérgicos al tabaco; me clavé agujas en las orejas bajo la sabia administración de un acupunturista chino.

Nada dio resultado. Llegué así a la conclusión que la única manera de librarme de este yugo no era el empleo de trucos mas o menos falaces sino un acto de voluntad irrevocable, que pusiera a prueba el temple de mi carácter....

Después de leer el párrafo, conteste las siguientes preguntas

¿Por qué el tabaco es considerado una droga?

¿Qué efectos tiene en el organismo de las personas?

¿Qué efectos produce en el comportamiento de las personas?

Los Trabajadores de Salud de Primera Línea (TSPL) pueden orientar a las familias de personas que abusan de las drogas, informando en qué lugares se puede brindar tratamiento.

Por ello, es importante que el TSPL, cuente con un directorio en el que estén registradas las instituciones de la localidad en las que se brinda tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Reproducido de: CONTRADROGAS (1999). *Encuesta Nacional sobre prevención y uso de drogas. Informe General*. Fondo Editorial CONTRADROGAS: Perú. Pp 19-20.
- ² Reproducido de: NIDA (2002). *Las preguntas más frecuentes acerca del Abuso del Alcohol y Alcoholismo*. <http://www.niaaa.nih.gov/faq/q-a-spanish.htm#1>
- ³ Reproducido de CONTRADROGAS (1999) *Encuesta Nacional de Prevención y Uso de Drogas*. Lima: CONTRADROGAS.
- ⁴ COLAT-MINSA-OPS (2001). *Plan Nacional para Prevención y Control del Tabaquismo en el Perú 2001 – 2005*. Lima Perú.
- ⁵ NIDA (2003) *Serie de Reportes de Investigación. Adicción a la Nicotina*. <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Nicotina/Nicotina2.html#adictiva>.
- ⁶ NIDA (2003) *Serie de Reportes de Investigación. Adicción a la Nicotina*. <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Nicotina/Nicotina2.html#adictiva>.
- ⁷ COLAT-MINSA-OPS (2001). *Plan Nacional para Prevención y Control del Tabaquismo en el Perú 2001 – 2005*. Lima Perú.
- ⁸ COLAT-MINSA-OPS (2001). *Plan Nacional para Prevención y Control del Tabaquismo en el Perú 2001 – 2005*. Lima Perú.
- ⁹ NIDA (2001) *La marihuana: Lo que los padres deben saber*. U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication No 01-4036 (sp)
- ¹⁰ NIDA (2002). *Serie de Reportes de Investigación. Abuso de Inhalantes*. U.S. Department of Health and Human Services.
- ¹¹ CEPTIS. (2002). *Programa de Prevención del Uso Indebido de Drogas. En Centros Particulares de Educación Secundaria*. Talleres Gráficos. Lima-Perú.
- ¹² PROYECTO LULI. *Pensando en la comunidad*. Lima, Perú. 2000.
- ¹³ Reproducido de NIDA (2001). *Principios de Tratamiento para la Drogadicción. Una guía basada en investigaciones*. NIH Publicación No. 01-4180 (S).

LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD



OBJETIVOS

- Reflexionar respecto a la importancia de la depresión y la ansiedad como problemas de salud mental.
- Brindar información respecto a indicadores básicos de depresión.
- Brindar información respecto a las formas de presentación de la ansiedad.

RESULTADOS

- El personal de salud del primer nivel de atención, desarrollará habilidades para la identificación de la depresión como un problema de salud mental en la población, teniendo en cuenta la importancia del entorno cultural.
- El personal de salud del primer nivel de atención, reconocerá indicadores de la depresión.
- El personal de salud del primer nivel de atención reconoce aspectos básicos de la ansiedad.

CONTENIDOS

ASPECTOS BASICOS DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD

En el Perú la población está comenzando a demandar atención en los servicios de salud por causa de la depresión. Entre el año 1997 y el año 2000 las atenciones de salud mental motivadas por problemas depresivos aumentaron al doble.

Cada año, el 9.5 % (aproximadamente 18.8 millones de adultos) de la población estadounidense padece de enfermedades depresivas.

En la DISA Moquegua, las atenciones por violencia familiar, alcohol y depresión fueron de 3.14 %, 0.14 % y 3.32 % respectivamente. Sin embargo, se considera que esta demanda aún no refleja la verdadera magnitud de la población afectada por depresión.

En la vida cotidiana, existen cambios naturales en los estados de ánimo. Los problemas diarios que pueden producirse por dificultades familiares, económicas o laborales, son sorteados por las personas de acuerdo a sus capacidades individuales para enfrentar los conflictos. En ocasiones una persona puede experimentar estados pasajeros de tristeza cuando sus expectativas no son satisfechas o cuando enfrentan dilemas o contrariedades: decepciones amorosas, separaciones familiares, desempleo, desajustes conyugales, u otros.

Sin embargo, algunas personas comienzan a tener un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con su acostumbrado rendimiento social. Cuando esto ocurre, y de acuerdo a las características que presentan las personas, es posible que ya no se trate de una simple variación del estado anímico, sino de un episodio depresivo.

Los trastornos depresivos causan dolor y sufrimiento en la vida de muchas personas. Lamentablemente, una gran mayoría de las personas afectadas por la depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado. Hoy se sabe que el apoyo psicoterapéutico y algunos medicamentos pueden ser sumamente eficaces para tratar la depresión.

Vivir con el estrés o la tensión de perder el trabajo, o de problemas económicos o familiares, puede causar irritabilidad o producir un decaimiento de ánimo. Hasta cierto punto, sentirse así es parte de la vida. Pero si la persona siente estas cosas por mucho tiempo y con mayor intensidad, y llega a afectar también su vida cotidiana, entonces lo que parecía ser un cambio de estado de ánimo, puede haberse convertido en un episodio depresivo.

¿Qué es un trastorno depresivo?

- El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo.
- Las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. El sueño se trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad.

En 1982, el INSM-HD-HN, realizó un estudio en el distrito de Independencia, Lima, con una población de 816 adultos mayores de 18 años. La prevalencia de episodio depresivo mayor (depresión severa) fue de 9.7% y de fobia de 8.5%.

TIPOS DE DEPRESIÓN

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son: la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas, varían.

1. La depresión severa

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

2. La distimia

Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la persona. Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

3. El trastorno bipolar

También se le llama enfermedad maníaco - depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos.

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales.

Con tratamiento, se alivian los síntomas de la depresión en más de un 80% de los casos. Sin embargo, como a menudo pasa desapercibida, la depresión sigue siendo causa de sufrimiento.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede manifestar uno o más de los síntomas propios del trastorno depresivo. En cambio, cuando está en la fase maníaca, la persona puede hablar excesivamente y desarrollar una gran actividad con enormes despliegues de energía; en estas circunstancias, la manía afecta también la manera de pensar, el juicio y el comportamiento con las otras personas. Así, la persona experimenta sentimientos de felicidad o euforia, sobredimensiona sus propias capacidades, comienza a tener proyectos grandiosos, puede tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía no se trata adecuadamente, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (es decir, la persona puede perder temporalmente la razón y la capacidad de diferenciar la realidad de la fantasía).

INDICADORES DE DEPRESIÓN Y MANÍA

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen todos los indicadores. Algunas presentan algunos, otras, tienen muchos. La gravedad de los indicadores varía según la persona, pero también puede variar en el tiempo.

DEPRESIÓN

- Estado de ánimo triste o sensación de tensión (ansiedad o *nerviosismo*).
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en entretenimientos y actividades que antes se disfrutaba, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, sensación de agotamiento o de actuar con gran lentitud.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario, comer más de la cuenta y aumentar de peso (se percibe un desequilibrio alimentario distinto del habitual en comparación con el resto de personas).
- Pensamientos de muerte o ideas de querer morir.
- Intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento de salud, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

MANÍA

- Euforia excesiva (estado de ánimo exaltado).
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- La persona parece estar *inundada* de ideas que se producen con gran rapidez.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Decisiones inadecuadas o desproporcionadas para las circunstancias (falta de juicio).

- Comportamiento inapropiado en situaciones sociales.

Recordar que.....



Las personas pueden experimentar diferentes grados de depresión según las características personales (psicológicas y biológicas) y sociales.



Puede ocurrir que las personas inicialmente tengan una depresión leve, con dos o tres de los indicadores mencionados anteriormente; y aunque la persona puede sentirse angustiada, sigue realizando la mayoría de sus actividades sin grandes dificultades.



En la distimia en cambio, la depresión se convierte en crónica, dura la mayor parte del día, casi diariamente y por lo menos durante dos años.



En la depresión severa o grave, se presentan varios de los indicadores y hay gran sufrimiento, sentimientos de culpa y/o autodesvalorización de la persona. Pueden presentarse ideas u actos suicidas.



Generalmente la depresión resulta incapacitante e impide que la persona desarrolle su vida habitual.

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Algunos tipos de depresión afectan a varios miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar, lo padecen. Al parecer, existen otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: tensiones en la vida, problemas familiares, del trabajo o del estudio.

En algunas familias, la depresión severa se presenta de generación en generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo suele estar relacionado con causas biológicas.

Las personas con baja autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo de manera pesimista. Se abruma fácilmente por las tensiones y están predispuestas a la depresión. Se ignora si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden producir problemas de salud mental. Enfermedades tales como los accidentes cerebro vasculares, los ataques al corazón, el cáncer y otras enfermedades crónicas como la tuberculosis, pueden conducir también a enfermedades depresivas. La persona enferma y deprimida se siente apática, y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual afecta su recuperación.

La pérdida de seres queridos, los problemas en las relaciones sociales y personales tales como las humillaciones o discriminaciones, la violencia familiar, los problemas económicos o cualquier otra situación de gran tensión en la vida, pueden precipitar episodios de depresión. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés (tensión) leve, e incluso, pueden ocurrir sin que exista la situación de estrés.

Consideraciones culturales

No tomar en cuenta consideraciones culturales en las manifestaciones de la depresión, puede influir en que no se reconozca y diagnostique la depresión en ciertos grupos sociales.

Las descripciones de la depresión varían según las culturas. Estudios realizados en el Perú indican que las personas de comunidades rurales cuando acuden a los servicios de salud, describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza y otros.

En algunos grupos étnicos en los Estados Unidos, las comunidades afroamericanas suelen quejarse más de síntomas físicos como el cambio de apetito y los malestares y dolores en el cuerpo. En cambio las comunidades hispanas refieren otros síntomas psicológicos como tristeza y pesadumbres (CMHS, 2001).

La depresión en la mujer

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a ella. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período del postparto o la menopausia.

Muchas mujeres tienen más estrés (tensión) por las responsabilidades que desarrollan en la vida diaria. Más aún, en medios de pobreza y cuando sus parejas no asumen la cuota de responsabilidad que les corresponde respecto al cuidado de los niños, la administración y el mantenimiento de la casa; generalmente las mujeres se ven abrumadas por la cantidad de actividades que tienen que desarrollar, incluido el trabajo o el empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser jefas de hogar o por asumir el cuidado de otros integrantes de la familia o de los padres ancianos.

La tasa de suicidio en el varón es cuatro veces más alta que en la mujer.

Muchas mujeres tienen riesgo de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres, los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden conducir a una depresión post-parto. Aunque las madres primerizas pueden experimentar períodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es esperable y cuando se presenta requiere de tratamiento. Cuando recibe tratamiento de salud y el apoyo emocional de la familia, recuperan su bienestar físico y mental (INH, 2001).

La depresión en el hombre

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer según las estadísticas, también tiende a ser más reacio a admitir que sufre de depresión, por lo que se puede enmascarar los síntomas o negarlos, haciendo más difícil que la depresión sea identificada. Por estas razones, la depresión permanece oculta y los riesgos autodestructivos aumentan.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque de manera diferente a la de la mujer. En el varón, la asociación de

La proporción de casos de depresión se incrementa con la edad. Estudios realizados en algunos países señalan que dos de cada cien niños y cinco de cada cien adolescentes padecen de depresión.
(Méndez, 1998)

Según el Instituto Nacional de Estadística de España, se suicidan cada año aproximadamente 100 adolescentes, de los cuales 60 son varones y 40 mujeres.
(Méndez, 1998)

Un importante porcentaje de niños con depresión presentan al mismo tiempo otros trastornos psicológicos, como la ansiedad (tensión o nerviosismo) y la hiperactividad; en el caso de adolescentes, la depresión puede estar asociada con el consumo de drogas y la conducta infractora o antisocial.

enfermedad cardíaca y trastorno depresivo es más frecuente y su tasa de muerte es mayor cuando se presentan conjuntamente. También el abuso de alcohol y drogas enmascaran en el hombre la depresión, en mayor medida que en el caso de las mujeres.

En el hombre, la depresión puede manifestarse con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo mismo, la depresión puede ser más difícil de reconocer, situación que se agrava en el varón porque aún cuando se de cuenta de que está afectado, suele buscar - comparativamente - menos ayuda que la mujer.

La depresión en la niñez

Durante mucho tiempo se pensó que los niños no se deprimían. Desde hace más de veinte años se reconoce la existencia de la depresión en niños y adolescentes. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera.

El niño más grande, puede ponerse de mal humor, tener problemas constantes en el colegio, comportarse de manera indisciplinada o agitada, estar frecuentemente malhumorado y sentirse incomprendido.

Como el niño se encuentra en un período de crecimiento y desarrollo, es a veces difícil establecer si un niño simplemente está creciendo y adaptándose a los nuevos cambios y dilemas producto de la edad, o si está sufriendo un episodio depresivo.

A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro señala que el niño *ha cambiado* o tiene conductas que llaman la atención.

Indicadores de depresión infantil y del adolescente

- Estado de ánimo irritable o triste.
- Pérdida de interés o placer en las actividades.
- Pérdida (o aumento) de apetito.
- Insomnio o excesivo sueño.
- Agitación, nerviosismo (o enlentecimiento de la actividad física).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Dificultad para pensar, concentrarse o grandes indecisiones.
- Pensamientos de muerte o ideas, planes o intentos de suicidio.

Al igual que los adultos, los niños y adolescentes también pueden

experimentar sentimientos de tristeza o desolación eventuales, momentáneas, o como consecuencia de algún hecho que ha afectado su vida transitoriamente.

Sin embargo, los adultos pueden comenzar a pensar en un episodio depresivo, cuando el niño presenta cinco o más de los indicadores señalados, incluyendo uno de los dos primeros que son los más característicos, y cuando además el episodio dura más de dos semanas y se manifiesta en un intenso malestar que afecta sus relaciones con los amigos o amigas, su rendimiento escolar y otras áreas importantes de su vida (Méndez, 1998).

El apetito y el sueño se alteran fácilmente cuando se tienen problemas serios como sucede en la depresión. El niño puede perder peso y ver afectado su crecimiento y desarrollo, o por el contrario, puede comenzar a comer excesivamente. También se observa a los niños dormir más de lo habitual o por el contrario, comenzar a tener falta de sueño.

En el caso de niños más pequeños, predomina la irritabilidad, el llanto, dificultades en el control de esfínteres (orinarse o defecar) mientras que en la adolescencia predomina el disgusto por la propia imagen corporal, la visión pesimista del futuro o ideas catastróficas; también puede observarse en los jóvenes una falta de energía, fatiga, cansancio, baja autoestima, y bajo rendimiento escolar. Se pueden quejar constantemente de dificultades para pensar, atender, recordar hechos o situaciones. Pueden dar la impresión de estar constantemente distraídos o ausentes. Finalmente, la situación puede agravarse cuando los niños o adolescentes manifiestan ideas suicidas o de automutilación.

La depresión en la vejez

Muchas personas creen que la depresión es normal en la vejez, lo cual es una equivocación. Por esta razón, la depresión en los ancianos no se considera un sufrimiento que debiera ser aliviado y que es innecesario para él y para su familia.

La situación empeora cuando muchos ancianos que van a buscar ayuda por diversos problemas de salud, no mencionan su desesperanza y tristeza y sólo describen sus problemas físicos. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés por las actividades que normalmente deberían resultarle placenteras, o de sus penas o el dolor de la muerte de un ser querido aunque el duelo se haya prolongado durante mucho tiempo.

El apoyo terapéutico a personas ancianas, hace que recuperen sus capacidades para tener una mejor calidad de vida. En ocasiones,

estimular actividades grupales entre los ancianos, de recreo o esparcimiento, puede ser una oportunidad para alentar a que manifiesten sus sentimientos.

LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION

La ansiedad se define como una sensación de inquietud, terror, o de malos presagios. También se le llama tensión o estrés, y popularmente se le conoce como *nerviosismo* o *tembladeras*.

Casi el 50 % de personas que padecen un episodio depresivo, tienen también síntomas de ansiedad, es decir, se presenta una comorbilidad de ansiedad y depresión.

Puede ser muy difícil separar los síntomas de ansiedad y depresión cuando se presentan conjuntamente. A veces la persona que padece manifestaciones depresivas y ansiosas produce confusión en el personal de salud y en los médicos, los cuales pueden tratar a las personas por una u otra causa sin comprender la simultánea presentación de síntomas.

Trastornos de ansiedad más frecuentes

1. Trastorno de pánico

La persona siente un episodio agudo de miedo y de inquietud, que resulta impredecible, y que tiene una duración menor de una hora. Estos episodios generalmente se acompañan de manifestaciones físicas variadas: palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, malestar en el pecho, mareos, pérdida de la sensibilidad en brazos o piernas, molestias gastrointestinales y sentimientos de fatalidad.

Aunque la frecuencia de episodios de pánico es variable, generalmente las personas que los padecen están preocupadas por sufrir un episodio y sienten que no tienen control sobre su vida, lo cual les inquieta constantemente. Inclusive estas personas pueden presentar temor a estar en espacios abiertos y salir a la calle (agorafobia).

El trastorno de pánico puede presentarse durante meses o durante años si no se recibe tratamiento.

Esta es la historia de alguien que sufría de trastorno de pánico.

Un día, sin aviso ni motivo alguno, me sentí aterrorizada. Tenía tanto miedo que creí que me iba a morir. Mi corazón latía muy rápido y sentía que la cabeza me daba vueltas. Sentía estas cosas cada par de semanas. Pensé que estaba volviéndome loca. Mientras más ataques me daban, más miedo tenía. Estaba siempre atemorizada. No sabía cuándo me iba a dar el próximo ataque. Me dio tanto miedo que no quería salir de mi casa ni de los lugares en que me sentía segura.

Una amiga vio lo que tenía y me dijo que debía hacerme ver en un centro de salud. Ahí me dijeron que padecía de trastorno de pánico. Mi médico me aconsejó orientación psicológica y me recetó medicamentos. Después de unos meses de tratamiento, me estoy empezando a sentir otra vez como antes.

2. Trastorno de ansiedad generalizada

Se presenta como una ansiedad excesiva o una preocupación desproporcionada sobre sucesos de la vida, y persiste por lo menos durante seis meses. Aunque a diferencia de los trastornos de pánico, tienen menos molestias físicas, en ocasiones pueden experimentar insomnio y es el trastorno que con más frecuencia acompaña a la depresión ¹.

Testimonio de una persona que sufría de trastorno de ansiedad generalizada

Todo me preocupaba, todo el tiempo. No importaba si había motivo o no, yo simplemente me sentía mal. No podía dormir en las noches, y no podía mantener mi mente enfocada en el trabajo. No podía concentrarme. Estaba siempre molesto con mi familia, mis hijos y mi esposa me irritaban. Finalmente, fui a ver a un médico y le expliqué cómo me sentía. El me envió a ver a otro especialista que sabía tratar mi problema. Era ansiedad, según se me dijo después. Ahora estoy tomando medicamentos y aprendiendo a través de orientación psicológica a controlar mejor mis preocupaciones. No fue fácil, pero me siento mejor.

3. Fobias y otros trastornos de ansiedad

Las fobias son el tipo más común de trastorno de ansiedad. Las personas que padecen de fobia, experimentan un miedo excesivo frente a determinados objetos o situaciones específicas (miedo a estar rodeado de gente, miedo de ir a la escuela, miedo de estar en lugares abiertos, miedo de estar en lugares cerrados, etc.). Estos temores causan

sufrimientos y en muchos casos, verdaderas incapacidades.

Las personas que tienen fobia social, es decir, experimentan rechazo a estar rodeados de personas, se aíslan y tienen dificultades para trabajar. En los niños se puede presentar la fobia escolar, es decir, comienzan a tener miedo de ir a la escuela y sufren intensamente cada día en que de nuevo tienen que enfrentar la asistencia a clases.

4. Otros trastornos de ansiedad

Finalmente, un trastorno que también puede acompañarse de depresión, es el de tensión o de estrés postraumático que se presenta después de un hecho que ha afectado profunda y dramáticamente la vida de una persona (agresiones sexuales, accidentes, desastres naturales, situaciones de conflicto armado y otros eventos altamente estresantes). Se manifiesta a través de intensa ansiedad, temores, pesadillas, recuerdos repentinos que no pueden controlarse y sentimientos de abatimiento y confusión.

Al igual que los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad que no son tratados adecuadamente, pueden llegar a afectar la vida de las personas y finalmente, convertirse en incapacitantes.

ALGUNAS ORIENTACIONES PARA LOS TSPL

Los tratamientos más comúnmente empleados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión, determinarán cuál de estas opciones de tratamiento es la apropiada.

- Los TSPL deben estar en condiciones de identificar cuándo una persona presenta problemas depresivos o depresivos ansiosos a fin de poder referirla a un establecimiento de salud.
- Es importante que las personas que han sufrido algún episodio depresivo o ansioso, recuerden la historia de su enfermedad y el tratamiento que han recibido con anterioridad.
- Una persona que sufre de depresión y/o ansiedad, debe recibir tanto tratamiento médico como psicológico.

Luego de una evaluación en un establecimiento de salud, la persona que padece un problema depresivo o depresivo ansioso, recibirá el tratamiento específico según sean las características que presente.

La psicoterapia es una opción posible de tratamiento en los casos de depresión leve a moderada.

- El tratamiento psicológico puede ser efectivo cuando la persona tienen una depresión leve.
- En caso de depresiones moderadas o severas, las personas experimentan un notable alivio con medicamentos. En estas situaciones los mejores resultados se obtienen con un tratamiento combinado entre medicamentos y apoyo psicológico o psicoterapia.
- Cuando se usan medicamentos para la depresión, estos deben ser cuidadosamente supervisados por el médico tratante.
- El TSPL deberá estar informado de las características del tratamiento, y de los efectos secundarios de los medicamentos en los pacientes, a fin de orientarlos y responder a las inquietudes que puedan manifestar. En algunas personas los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y temporales pero que son molestos. Sin embargo, cuando se presenta una reacción inusual o que interfiere con el funcionamiento normal de la persona, el médico debe ser notificado de inmediato.
- Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo - recetados, sin receta o prestados - sin consultar al médico tratante. Cualquier otro profesional de salud (por ejemplo, un dentista) tienen que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman con otros medicamentos, pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos.
- Algunas sustancias como el alcohol y las drogas, pueden reducir la efectividad de medicamentos antidepresivos y deben evitarse.
- Algunos pacientes con depresión o con depresión ansiosa toman más de un medicamento, ya que tienen una serie de síntomas combinados: agitación, ansiedad, depresión e insomnio, u otros.
- Generalmente es de suma importancia encontrar la mejor combinación posible de medicamentos para cada paciente, por lo

Hasta la depresión grave responde muy bien al tratamiento. De hecho, parte de la sensación de desamparo que acompaña a la depresión grave, es pensar que lo que uno tiene es incurable.

El tratamiento no elimina los inevitables factores de estrés de la vida, ni las altas y bajas del estado de ánimo de las personas. Pero ayuda muchísimo a la capacidad de enfrentar estos desafíos y logra que se disfrute más de la vida.

que se requiere que el tratamiento sea supervisado por el personal médico.

Pasos para el tratamiento de la depresión

- Para poder disponer de los beneficios de un tratamiento, hay que reconocer primero las señales de la depresión.
- El siguiente paso es ser evaluado por un personal de salud especializado.
- El tratamiento es un trabajo de equipo entre el paciente y el profesional de salud especializado.
- Si no se observan resultados positivos luego de 2 o 3 meses de tratamiento, o si los síntomas se intensifican, la persona debe consultar con su médico para cambiar de estrategia de tratamiento. Puede también ser necesaria la opinión de otro profesional de salud o de salud mental.

Cómo uno puede ayudarse a sí mismo cuando está deprimido

- Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta inútil y desesperanzado. Es importante saber que las maneras negativas de ver las cosas, pueden ser parte de una depresión.
- En estos casos, los pensamientos o sentimientos fatalistas, no se basan en circunstancias reales.
- Mientras tanto, se sugiere:
 1. Fijarse metas realistas, tomando en cuenta la depresión, y no tratando de asumir una cantidad excesiva de responsabilidades.
 2. Es conveniente dividir las metas en partes pequeñas, estableciendo prioridades y haciendo lo que se pueda cuando se pueda.
 3. Tratar de estar acompañado y de confiar en alguna persona amiga o familiar con quien se puedan compartir inquietudes.
 4. Tomar parte en actividades que a uno le hagan sentirse mejor.
 5. Hacer ejercicio, participar en actos recreativos, deportivos, sociales o que estimulen la creatividad, como la pintura, el dibujo, la música, etc.
 6. No esperar que el estado de ánimo mejore inmediatamente, sino gradualmente. Sentirse mejor toma tiempo.
 7. Es aconsejable posponer decisiones importantes hasta que la depresión mejore: cambios de trabajo, de matrimonio o estado civil, por ejemplo. En estos casos es mejor consultar con personas que lo conozcan bien a uno y que tengan una visión objetiva de la

situación.

8. La gente rara vez sale de la depresión de un día para otro, pero puede sentirse un poco mejor cada día.
9. Es importante dejar que familiares o amigos puedan brindar su ayuda.
10. La depresión hace que la persona se sienta fatigada, sin valor alguno, desamparada y sin esperanzas. Algunas personas cuando se sienten así, quieren darse por vencidas. Es importante que sepan que estos sentimientos negativos son parte de la depresión y se irán a medida que vaya surtiendo efecto el tratamiento.

Cómo pueden los familiares ayudar a una persona deprimida

- Lo más importante que alguien puede hacer por la persona que está deprimida, es ayudarla a que reciba el tratamiento adecuado. Esto tal vez implique que tenga que aconsejar a la persona a que no abandone el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (ello dura varias semanas).
- Tal vez se le deba orientar a obtener un tratamiento diferente si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones puede requerirse que el familiar o amigo acompañen a la persona deprimida al establecimiento de salud. O incluso, es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento.
- El apoyo emocional implica brindar comprensión, paciencia, afecto y estímulo a la persona deprimida. Buscar formas de conversación o bien escuchar con atención lo que la persona aquejada manifiesta. No minimizar los sentimientos que experimenta la persona deprimida, pero señalar la realidad de las cosas y ofrecer esperanza.
- No ignorar comentarios o menciones respecto al suicidio. En esos casos, el personal de salud del primer nivel de atención deberá estar informado e informar a su vez al médico tratante.
- Invitar a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine o realizar alguna actividad entretenida o que le guste. Fomentar la participación de la persona deprimida en actividades que antes le daban placer, pero no forzarla a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso.
- No acusar a la persona deprimida de simular enfermedad o ser perezosa, ni esperar que salga de esa situación de un día para otro. Con el tratamiento la mayoría de personas mejora. Es necesario tener eso en cuenta y repetírselo a la persona deprimida para que repare en la importancia que tiene el tiempo y la ayuda recibida,

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Después de haber realizado la lectura del presente módulo, le presentamos la siguiente situación.

Imagínese usted que a una amiga/o, a quien conoce desde hace muchos años, le han dicho en el centro de salud, que tiene depresión, por lo que está siguiendo un tratamiento. La hermana de esta amiga se acerca a usted -porque sabe que usted trabaja en un establecimiento de salud-, y le dice:

- Desde que supimos que tiene depresión, no sabemos qué conversarle, ni qué hacer para que se recupere ¿Se curará? Ella no quiere decirle nada a su esposo ni a sus hijos para que no se preocupen, aunque yo pienso que ellos deberían saber para que la apoyen ¿qué opinas?

A continuación, escriba lo que usted le contestaría. Recuerde que ella ha planteado, en realidad, tres temas:

- Orientaciones que necesita la familia para ayudar a la persona que está con depresión.
- Se curará? (esta es una pregunta muy frecuente).
- ¿La familia debería estar enterada? ¿sí? ¿no? ¿por qué?

Escriba su respuesta.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings on the paper.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

1. Climent, C. Arango, MV. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención Primaria*. OPS: Washington DC, 1983.
2. Escalante, M., Uribe, R. Curitomay, J. *Programa de Salud Mental*. Ministerio de Salud. MINSA: Lima, 2001 (Documento).
3. National Institute of Mental Health (NIH) *Depresión - Lo que toda mujer debe saber*. NIH: Maryland, 2001. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>
4. National Institute of Mental Health (NIH) *Depresión*. NIH: Maryland, 2001. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>
5. National Institute of Mental Health (NIH) *¿Siente ataques súbitos de terror sin motivo? Trastorno de pánico*. NIH: Maryland, 2001. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>. NIH: Maryland.
6. National Institute of Mental Health (NIH) *¿Está siempre preocupado? Trastorno de Ansiedad Generalizada*. NIH: Maryland, 2001. Disponible en : <http://www.nimh.nih.gov>
7. POLLACK, M.H., MARZOL, P.C. (2001) *Opciones fármaco terapéuticas en el tratamiento de la depresión y ansiedad comórbidas*. En: Revista Internacional de Psiquiatría y Salud Integral. Octubre 2001, Volumen 1, número 2.
8. U.S.Department of Health and Human Services.Center for Mental Health Services (CMHS).*Mental Health:Culture, Race, and Ethnicity*. CMHS: U.S, 2001
9. Méndez, F.X. *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Ed. Pirámide: Madrid,1998.
10. Pichot, P., López - Ibor A.J. Valdés My. M. (editores) *DSM – IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. México: MASSON, 1996.

LA ENFERMEDAD MENTAL



OBJETIVOS

- Comprender los conceptos de enfermedad mental que se manejan al interior de las poblaciones.
- Identificar los principales trastornos mentales en nuestro medio.

RESULTADOS

- El personal de salud del primer nivel de atención, habrá reflexionado respecto a la asociación entre trastornos de salud mental, cultura y estigmatización (o vergüenza frente a la enfermedad mental).
- El personal de salud del primer nivel de atención, reconocerá indicadores de trastornos mentales.

CONTENIDOS

ENFERMEDAD MENTAL, CONCEPCIONES DE LA POBLACIÓN Y ESTIGMA (VERGÜENZA) SOCIAL

En comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas, el suicidio es un fenómeno frecuente. En estudios realizados en las comunidades del Alto Mayo se han registrado un promedio de 72 suicidios anuales. La mayoría de personas que se suicidan son mujeres y lo hacen como expresión del Kjetim, o sentimientos de cólera e impotencia frente a la situación de opresión que viven en el medio. Los parientes de las fallecidas consideran que el suicidio es un daño intencional producido por una persona responsable a quien se le reclama un pago por la autoría de la muerte.

Existen un conjunto de creencias, saberes y prácticas culturales acerca de las enfermedades, su prevención y tratamiento, que se han mantenido durante siglos en diferentes poblaciones y que se transmiten de generación en generación. Son prácticas que provienen de pueblos y culturas que han desarrollado sus propias percepciones del cuerpo y la salud, y en ocasiones adaptándolas e interactuando con los conocimientos que provienen de las concepciones de salud de la sociedad occidental.

Así, antiguas culturas como la China y la India desarrollaron prácticas de salud para hacer frente a las enfermedades, mucho antes que la medicina se desarrollara en el mundo occidental. En nuestro país, existen también numerosas prácticas de salud de origen andino y selvático que continúan realizándose, y que son expresadas y manifestadas por la población en su vida diaria.

Muchas personas que llegan a un centro de salud, han consultado previamente a algún curandero, yerbero, huesero, o *curiosa* porque han tenido alguna dolencia por la que han querido tratarse. En ocasiones pueden temer haber sido víctimas de algún *daño* o tener las manifestaciones de un *susto*, razones por las que han seguido las orientaciones de vecinos, parientes o curanderos.

En los establecimientos de salud, no siempre se atiende a las personas de manera amable y cordial, ni se les proporciona información o explicación sobre las enfermedades o las dolencias que padecen. Tampoco se respetan sus creencias, las que también pueden ser desvalorizadas. Estas son algunas -entre muchas otras razones, como las económicas- por las que la población prefiere consultar, en primer lugar, a un curandero o a una *curiosa* antes de ir al establecimiento de salud.

En estas prácticas y creencias ancestrales sobre el cuerpo y la salud, las personas también tienen sus propias concepciones de lo que es la enfermedad mental. Los sentimientos de tristeza o de profunda tensión, pueden ser explicados con palabras tales como *nervios*, *tembladeras*, *daño al corazón*, *sufrimiento en el alma*, y otras formas de expresión.

En Chile, la cultura indígena Mapuche atribuye el incremento de la tristeza y la pesadumbre a la falta de tierras, la migración de jóvenes en busca de mejores oportunidades económicas y el desarraigo familiar. Señalan que debido a ello el espíritu de la familia queda incompleto en el futuro, por lo que muchos indígenas presentan manifestaciones de depresión.

Tener en cuenta que.....

- Para una adecuada comprensión de la situación de salud mental, el TSPL debe tener en cuenta las opiniones y creencias que manifiestan las personas.
 - La capacidad de entender los significados que las personas atribuyen a sus actos y al mundo que los rodea, es una manera de comprender también el sufrimiento y las formas de presentación de los problemas de salud mental, que de otra manera, podrían pasar desapercibidos por el TSPL.
 - Las formas de calificar los sentimientos, pensamientos e ideas que la persona tiene frente al trastorno mental varía mucho en medios urbanos o rurales, y en comunidades de la sierra y selva.
-
- Como ya se ha indicado anteriormente en el modulo 2, las enfermedades o trastornos mentales están asociados a factores sociales, culturales, psicológicos y también biológicos. Aunque enfermedades mentales severas como la esquizofrenia, tienen una prevalencia de 0.4% en la mayoría de países del mundo, según investigaciones recientes (OMS, 2002); las formas de presentación de la enfermedad y su evolución varían mucha según la cultura de cada país: en muchos lugares de América Latina a pesar de las enormes carencias socioeconómicas, el pronóstico de la persona que padece de la enfermedad se ve favorecido cuando ésta cuenta con una red de apoyo social (familiares, amigos, vecinos y parientes) que brinda protección y ayuda.
 - Sin embargo, en la mayoría de sociedades, independientemente de las causas que se atribuyen a las enfermedades mentales, la psicosis o locura, está estigmatizada (es decir, produce vergüenza o miedo en las personas que observan o están cercanas a quien padece la enfermedad mental). La persona que sufre la enfermedad y su familia son rechazados, y el estigma puede conducir incluso al abandono y la exclusión social.
 - En algunas comunidades rurales, las personas que sufren trastornos mentales eventualmente son incorporadas a las actividades familiares o a las faenas comunales.
 - Actualmente en el tratamiento de enfermedades mentales graves, se toma en cuenta la calidad de los vínculos afectivos que están presentes en el entorno familiar y comunitario de la persona, a fin de fortalecer sus habilidades personales y facilitar mecanismos de ajuste social.

- 1) Un primer grupo de enfermedades mentales se caracteriza por afectar sobre todo la capacidad de pensar y razonar de manera apropiada (capacidad de juicio), estando en este grupo la esquizofrenia y las psicosis reactivas breves.
- 2) En un segundo grupo que se describe en el módulo N° 7, están aquellas enfermedades mentales que se caracterizan por afectar especialmente el humor (o estado de ánimo) de las personas que las padecen, como la depresión.

LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

Este grupo de enfermedades constituyen los trastornos mentales graves que pueden llegar a un establecimiento de salud. Si bien su frecuencia no es muy alta en la población, cuando se presentan, causan discapacidad en las personas afectadas, desorganizando su vida personal, familiar y laboral.

La forma de presentación de estas enfermedades puede ser dramática y producir gran impacto familiar debido a las alteraciones y conductas extrañas e impredecibles que genera.

Características generales

Una persona que padece este grupo de enfermedades presenta varias de las siguientes características:

- Conducta o comportamiento social que resulta extraño o raro a las otras personas que lo rodean: por ejemplo, puede comenzar a vestirse de una manera extravagante, hablar sólo y en voz alta, hacer muecas a la gente, acumular objetos de manera desordenada y desproporcionada, esconderse porque siente que le persiguen, o en ocasiones puede volverse agresivo.
- Alucinaciones: las personas escuchan cuchicheos o voces que le hablan o gritan de manera incesante o esporádica, o bien escuchan sonidos de campanas o música, pero que otras personas no pueden oír (alucinaciones auditivas).
- Aunque es menos frecuente, también la persona afectada por una psicosis puede ver cosas que otras personas no pueden ver (alucinaciones visuales). Mucho menos frecuente es cuando la persona experimenta otras sensaciones sin causa alguna, como picazón, o que se le quema la piel, o siente que animales o bichos recorren su cuerpo (alucinaciones táctiles).
- Desajuste laboral o en los estudios: la persona inicialmente tiene dificultades de rendimiento en la escuela o en el centro laboral. Falta

o asiste irregularmente hasta abandonar las actividades que estaba realizando. Puede manifestar indiferencia, sufrimiento o irritabilidad cuando se le interroga respecto al cese de sus actividades.

- Sin conciencia de enfermedad: cuando las personas son confrontadas con lo que les está ocurriendo, niegan que exista algún problema. O manifiestan indiferencia o tienden a acusar a los demás de propósitos perversos al tratar de sugerir que ellos tienen algún problema.
- Falta de contacto con la realidad (trastorno del juicio): las características anteriores ilustran que las personas que padecen una psicosis, carecen de un buen contacto con la realidad. El mundo en el que viven está distorsionado por un conjunto de ideas y fantasías que muchas veces permanecen ocultas y no son manifestadas ante otras personas, porque pueden creer que los demás se burlarán de ellos o los acusarán injustamente de algún problema.
- Pueden presentar depresión : tristeza, decaimiento, fatiga, falta de interés en hacer las cosas cotidianas.
- O pueden estar agitados: excitados, agresivos, con gran irritabilidad y desconfianza en el medio que lo rodea.
- Pueden presentar confusión y desorientación en cuanto al lugar en el que están (espacio), fechas o días de la semana, mes o año (tiempo), o desconocer a la gente que le rodea, aún sean sus familiares cercanos (persona).

1. La esquizofrenia

La esquizofrenia es una de las psicosis que tradicionalmente se han calificado como *locura*. Es también la más conocida y desconcertante a nivel mundial. Las personas que están con esquizofrenia pasan por períodos en donde pueden estar mejor o peor, es decir, presentan remisiones y recaídas.

La esquizofrenia suele ser una enfermedad crónica por lo que requiere de atención médica continua, como ocurre con otras enfermedades físicas tales como la diabetes o la hipertensión.

La falta de conocimiento sobre este trastorno hace que las personas que lo padecen sean víctimas del medio social, que ignora una de las principales características de la enfermedad: el sujeto no es consciente de que está enfermo. Sufre y padece las consecuencias de las burlas y hostilizaciones de las personas que lo rodean, no entiende lo que está ocurriendo, está confuso y desamparado aunque eventualmente manifieste gran agresión como una forma de protegerse contra los peligros que intuye o sospecha que lo envuelven.

1.1. Tipos de esquizofrenia

- Según predominen algunas manifestaciones de la enfermedad, entre las esquizofrenias más frecuentes están la paranoide (la persona se siente constantemente observada, o perseguida y con gran suspicacia hacia el entorno social) y la desorganizada (marcada incoherencia y aislamiento social).
- La esquizofrenia puede variar en intensidad, gravedad y frecuencia de los síntomas que la caracterizan.
- Por ello, el término esquizofrenia incluye un conjunto de trastornos que van desde formas más leves a aquellas más graves e incapacitantes.

1.2. Causas

- No se ha descubierto aún la causa de la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de expertos están de acuerdo en que son un conjunto de factores combinados con un riesgo genético, los que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.
- Se piensa que existe una condición genética, y se afirma que si un gemelo tiene esquizofrenia, el otro gemelo tiene entre 50 y 60 % de posibilidades de presentar la enfermedad.
- Actualmente se ignora qué es lo que desencadena la enfermedad en aquellas personas que tienen una predisposición familiar. Se considera que el medio social, la violencia, situaciones de gran estrés o tensión como las generadas por la extrema pobreza o la indigencia, pueden ser algunos de los aspectos que influyen en su evolución y presentación.

1.3. Indicadores de esquizofrenia

Es posible que los primeros indicios pasen desapercibidos para la familia o los amigos. Las personas que sufren esquizofrenia, muchas veces manifiestan uno o más de los siguientes indicadores durante la primera fase de la enfermedad :

- Tensión notable y constante.
- Falta de sueño.
- Mala concentración.
- Aislamiento social.
- Cambio en la forma habitual de ser o comportarse.

A medida que la enfermedad avanza, los indicadores se vuelven más intensos y extraños: la persona comienza a comportarse de forma rara, habla cosas sin sentido (pensamiento incoherente), y tiene percepciones inusuales (por ejemplo, alucinaciones auditivas). Entre los indicadores

que presentan en un segundo momento de la enfermedad están los siguientes:

- Las delusiones : son creencias o convicciones falsas. Por ejemplo, la personas que sufren de esquizofrenia pueden creer que alguien tiene la capacidad de escuchar sus pensamientos o que puede controlar su voluntad o sus sentimientos, o sus acciones o impulsos (*me están escuchando ; quieren llevarme fuera de la casa ; etc.*).
- Las alucinaciones: son distorsiones de los sentidos. Ya se ha mencionado las alucinaciones auditivas que son las más frecuentes, las visuales y las táctiles.
- Las preocupaciones intensas: son pensamientos que se repiten en las personas que padecen la enfermedad de manera constante y reiterada y siempre desproporcionadas (por ejemplo, la persona puede estar obsesionada en cuidar de su salud de una manera extravagante y exagerada: impedir que alguien toque o abra el refrigerador de una determinada manera para que no se contamine de bacterias).
- Pensamiento desordenado: la persona ha perdido la organización de sus ideas y pensamientos tal y como usualmente se hace. De esta manera la persona que padece la enfermedad ya no tiene la capacidad habitual de comunicación: utiliza palabras sin sentido, o salta de un pensamiento a otro sin que tengan relación alguna. Esto hace que se sienta incómoda y aislada por lo que la persona se aparta socialmente.
- Apatía y falta de motivación: la persona luce indiferente, sin entusiasmo ni interés en las personas o cosas que la rodean.

2. Las psicosis reactivas breves

- Es una alteración de comienzo repentino, que usualmente se presenta poco tiempo después de un acontecimiento vital altamente estresante o tensionante (por ejemplo, la pérdida de una relación afectiva, un accidente catastrófico o la muerte dramática de un familiar), existiendo siempre alteración emocional con cambios rápidos de humor (llanto y alegría), confusión y desorientación.
- Este trastorno se presenta sólo en personas que no han tenido antecedentes de esquizofrenia, o depresión grave u otra enfermedad mental.

2.1. Algunos indicadores

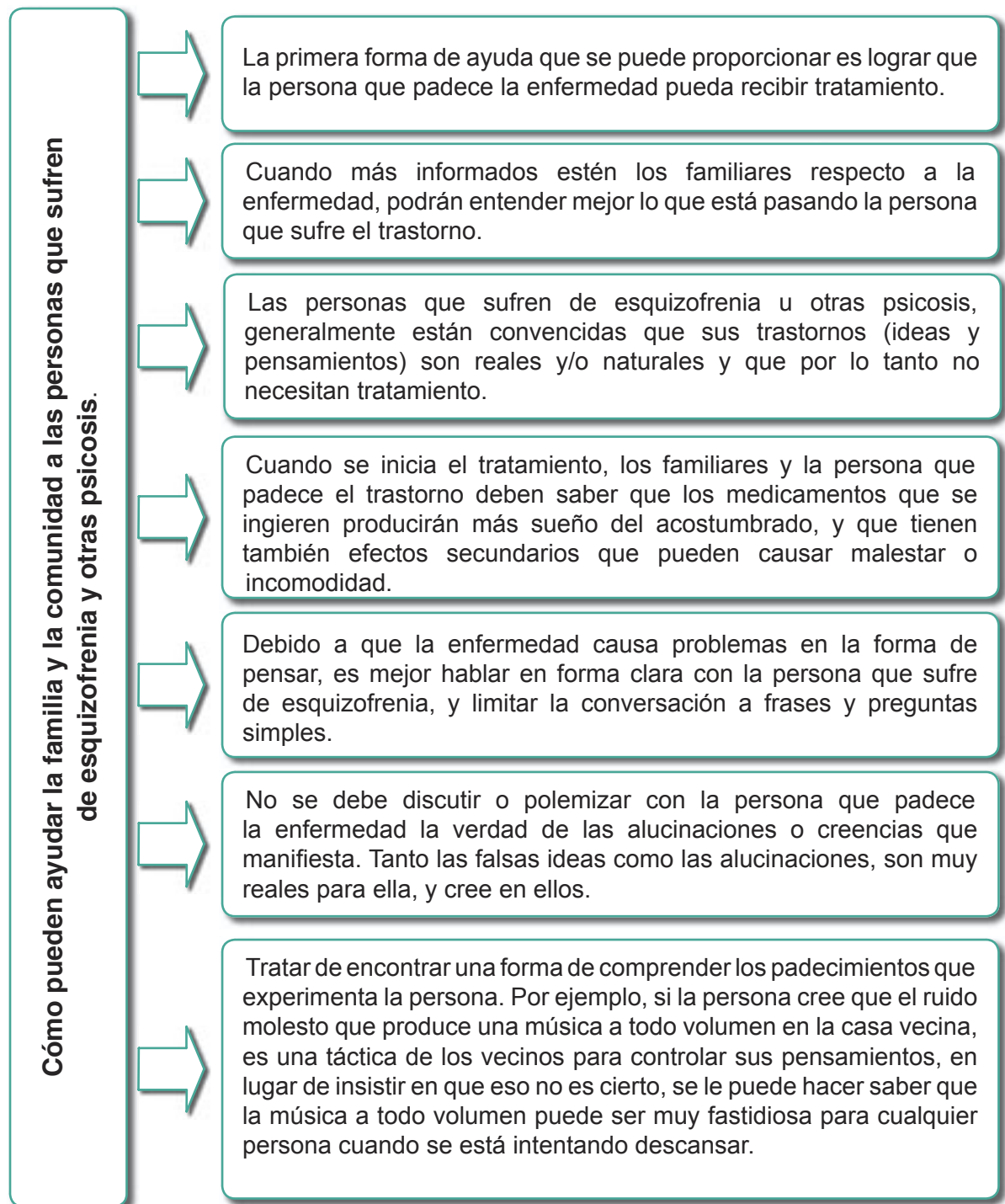
- Alucinación
- Lenguaje desorganizado

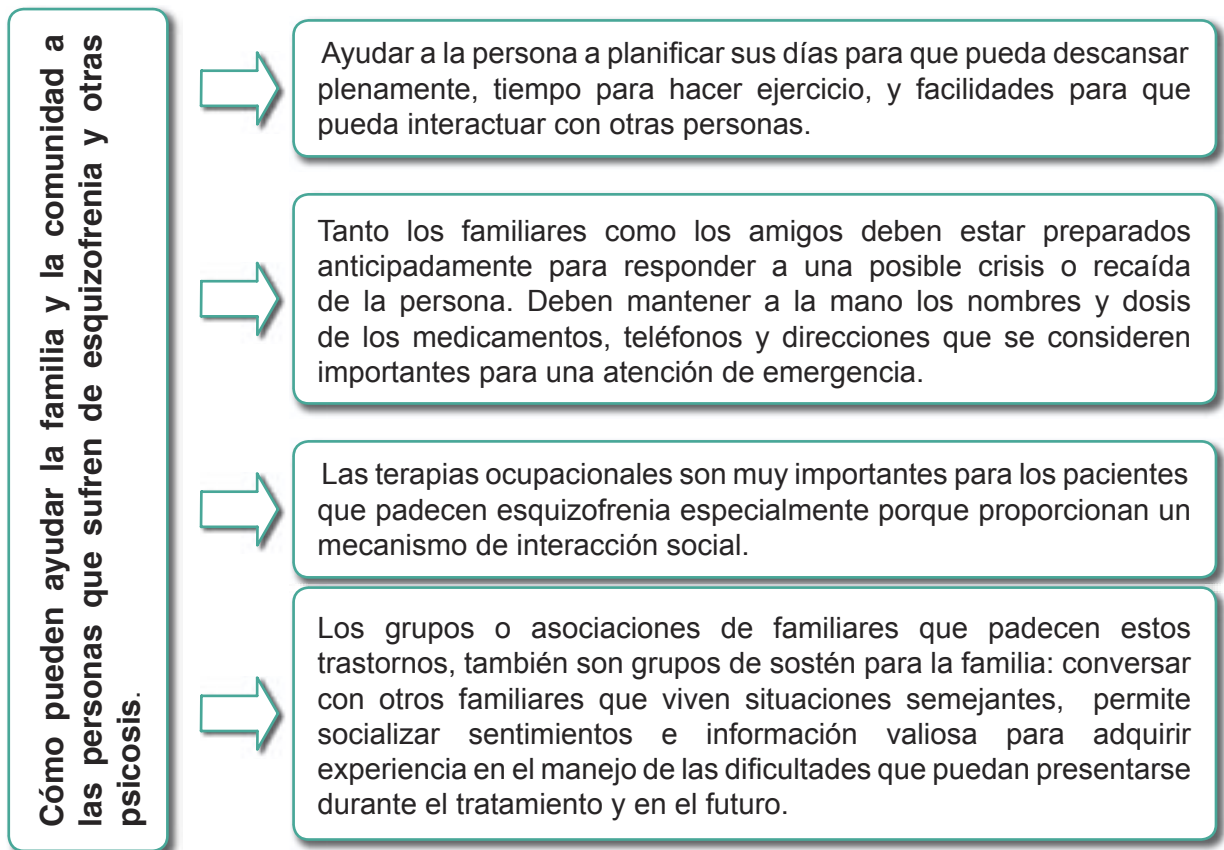
- Incoherencia en el pensamiento
- Conducta notablemente extravagante o extraña
- Puede también presentar también un estado de mudez o conductas agresivas o suicidas

Lo más característico de este trastorno es que todos los indicadores desaparecen a los pocos días o máximo un mes. Por lo que se considera que su curso es benigno. Puede quedar en las semanas siguientes una leve depresión y sentimientos de baja autoestima.

Al igual que la esquizofrenia y por la severidad de las características presentadas, la persona requiere de tratamiento médico y cuidados familiares mientras dura la enfermedad.

Luego de haber descrito las causas e indicadores más importantes para poder identificar la esquizofrenia y las psicosis reactivas breves, a continuación se plantean algunas pautas de orientación para que el TSPL pueda brindar apoyo a las personas que padecen estas enfermedades y a sus familias.





Mitos sobre algunas enfermedades mentales

Las personas que tienen esquizofrenia siempre son violentas.

- La violencia no es un síntoma de la esquizofrenia.
- Generalmente son víctimas de la violencia y del rechazo de la gente.
- Eventualmente, podrían tener un episodio de violencia o agresión debido a que se sienten acorralados o no alcanzan a comprender las intenciones de otra persona.
- Las alucinaciones, las preocupaciones o el pensamiento desorganizado les produce miedos y confusiones que podrían culminar en un episodio de violencia.

Las personas que tienen psicosis no sufren porque no se dan cuenta de nada.

- Las personas que viven una situación de psicosis son seres humanos como cualquier otro.
- Por lo tanto tienen sentimientos dolorosos aunque a veces no los manifiesten de la misma manera que el resto de personas.
- Justamente, por estar desorientados y confusos respecto al mundo que les rodea, pueden sentirse desamparados, angustiados o perplejos.

Una persona con esquizofrenia no va a poder volver a trabajar.

- Una enfermedad mental como la esquizofrenia no siempre evoluciona hasta el deterioro.
- Por el contrario, un adecuado tratamiento puede facilitar la vida de la persona y lograr que ésta vuelva a recuperar sus funciones sociales.

Algunas orientaciones para los TSPL.....

- Estas enfermedades deben ser tratadas por personal médico puesto que requieren un tratamiento especializado en el que se incluyen obligatoriamente los medicamentos.
- Es importante que el TPSPL sepa que la esquizofrenia puede evolucionar siguiendo diferentes patrones.
- Estos varían entre la aparición de un solo episodio, seguido por la remisión completa de los síntomas, y otros casos en que la enfermedad no presenta remisiones y sigue un curso crónico y deteriora la vida de la persona.
- Un rol valioso en el TPSPL es ayudar a que la persona siga su tratamiento.
- El TPSPL puede brindar información a la familia respecto a los servicios de apoyo social y ocupacional que brinda el establecimiento de salud o el hospital más cercano.
- Los mejores tratamientos para las personas que padecen estos trastornos, combinan el apoyo psicosocial basado especialmente en la ayuda de la familia y amigos, con la terapia medicamentosa.
- Es necesario que la persona asista regularmente a la supervisión médica para vigilar la aparición de efectos secundarios de los medicamentos.
- Si no se toman los medicamentos diariamente, por cierta cantidad de tiempo, no son efectivos.
- Mientras se está en tratamiento no se deben consumirse alcohol o drogas puesto que pueden interactuar con los medicamentos y desnaturalizar sus efectos en el organismo.
- Los familiares y el paciente deben saber que es importante tener paciencia porque los tratamientos demoran semanas en tener efectos. El médico tratante puede informar respecto a ello.
- El TSPL debe tener en cuenta que una amenaza de muerte o ideas suicidas en la persona que padece el trastorno, son signos graves que ameritan un control médico urgente.
- Las personas que están afectadas por la enfermedad mental tienen sus capacidades disminuidas. No siempre pueden llevar a cabo sus responsabilidades diarias y requieren de cuidado externo.
- Los niños de la familia pueden sentirse desconcertados ante lo que está ocurriendo en el hogar.
- Muchas veces los adultos están tan ocupados con sus propios problemas, que ignoran que los niños también están siendo afectados. Es conveniente conversar con ellos y ayudarles a entender lo que está pasando.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Después de haber terminado la lectura del presente módulo, usted tal vez ha recordado alguna experiencia -directa o indirecta- que ha tenido con las medicinas tradicionales, es decir, con la visita a alguna curiosa o curandero.

A continuación, describa esa experiencia:

Ahora, le proponemos un ejercicio de reflexión respecto a esta (s) experiencia (s)

- 1.- ¿Por qué las personas podrían preferir acudir primero representantes de las medicinas tradicionales antes que ir a los servicios de salud? Describa dos motivos que, de acuerdo a su opinión personal, le parezcan los más importantes.

2.- A continuación, reflexione de nuevo y contraste la siguiente pregunta con las respuestas que usted ha contestado en la pregunta anterior: ¿qué se necesita cambiar en la atención que se brinda en el establecimiento de salud? (indique dos cambios posibles y realistas y explique por qué).

También es necesario recordar algunas de las nociones importantes que se han señalado en este módulo respecto a las enfermedades mentales. A continuación le haremos algunas preguntas a fin de fijar conceptos claves.

Marque verdadero o falso en las siguientes preguntas.

- Es necesario que la familia de las personas que padecen esquizofrenia sepa que es una enfermedad que se contagia igual que la hepatitis.
V F
- Las personas que padecen psicosis saben que están enfermas y suelen buscar ayuda porque se desesperan.
V F
- La delusión es una música que escucha la persona que sufre de esquizofrenia.
V F
- Es suficiente ver que una persona tiene un comportamiento *raro*, para pensar que podría tener una psicosis.
V F
- El tratamiento para personas que padecen de enfermedades como la esquizofrenia y otras psicosis, debería incluir los cuidados médicos, los familiares y los sociales.
V F

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

- ¹ OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS: Ginebra, 2002.
- ² OPS. *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. OPS: Washington DC, 1997
- ³ Perales, A., Zambrano, M., Vásquez Caicedo, G. et al. *Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo*. UNMSM: Lima, 1991.
- ⁴ Pichot, P., López - Ibor, J., et al. *DSM - IV, criterios diagnósticos*. Masson: México, 1996.

La salud mental y los jóvenes de la comunidad



OBJETIVOS

- Conocer la situación actual de los jóvenes en la comunidad.
- Identificar y comprender la problemática actual de los jóvenes: violencia juvenil, embarazo adolescente, depresión y suicidio en adolescentes, consumo de drogas.
- Identificar los factores de protección relacionados a la salud mental de los adolescentes.

RESULTADOS

- El personal de salud del primer nivel de atención estará en condiciones de identificar las principales problemáticas de los y las adolescentes en la comunidad.
- El personal de salud del primer nivel de atención estará en la capacidad de identificar los factores protectores en la población adolescente.

CONTENIDOS

LA SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES

Entre los diferentes momentos del ciclo vital, la adolescencia es uno de los períodos más difíciles. En esta etapa del desarrollo humano, los adolescentes aún no se sienten seguros sobre su rol como personas, como hijos en tránsito a ser independientes, o como sujetos civiles en tránsito a ser ciudadanos, puesto que todavía no han alcanzado la plena madurez biológica, cultural y social. Es la edad en la que se enfrentan a las contradicciones con los padres, a los primeros amores, a las presiones de los grupos de amigos, y a la desconcertante situación de un futuro que todavía no está claramente delimitado en sus vidas. En los adolescentes hay ansiedad y muchas preguntas respecto a sus estudios, su oficio, su profesión, y ellos mismos no pueden proporcionarse las respuestas. Es natural que durante la adolescencia se produzcan cambios de humor, y los adolescentes suelen oscilar entre sentimientos de tristeza o aburrimiento sin causas aparentes y estados de gran ánimo y energía. También es la época en la que hay gran idealismo, muchas decisiones se pueden tomar de manera impulsiva, sin darse el espacio suficiente para la reflexión, y en ocasiones los adolescentes que se enfrentan a situaciones inéditas, pueden mostrar impaciencia y dificultades para tolerar la frustración.

Sin embargo, aún a pesar de estos cambios, la adolescencia se concibe actualmente como una etapa de continuidad entre la niñez y la adultez. Y así como los adolescentes muestran contradicciones producto de su proceso de adaptación, también consolidan nuevas destrezas y experimentan nuevas amistades que los enriquecen y los dotan de mejores competencias sociales.

El adolescente está en un proceso de socialización y formación de su propio sistema de valores, así como del aprendizaje de reglas sociales. Por estas razones es sensible, sugestionable y vulnerable a las presiones externas. Al mismo tiempo, ir madurando implica diferenciarse de los padres y adultos en la perspectiva de gestar su propia autonomía. Este conjunto de cambios que tienden a percibirse como contradictorios, van acompañados de un cuestionamiento a la autoridad que tradicionalmente ha sido ejercida por los padres y los adultos. En un mundo que aún no les pertenece porque el adolescente no es niño, y todavía no es adulto, los jóvenes pueden ser incomprensidos por los padres o el medio familiar, o verse confrontados por los maestros. Los amigos pueden ejercer gran influencia en los adolescentes, puesto que entre ellos se reconocen como pares, como personas que están atravesando el mismo proceso. Además, la adolescencia también es una etapa de la vida marcada por la exploración y conocimiento del mundo que los hace ser audaces y en algunos casos, aventurados, y hasta pueden subestimar peligros. Por este conjunto de razones, muchos adolescentes pueden llegar a desarrollar conductas de riesgo.

PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LAS/LOS ADOLESCENTES

1. El embarazo adolescente

La mayor cantidad de adolescentes gestantes se encuentra en el grupo de 14 a 16 años.

Según la encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2000 (ENDES), el 13% de las adolescentes entre los 15 y 19 años, ya son madres o están gestando por primera vez. Estas cifras aumentan en un 34% en Loreto, 27% en Ucayali y 25% en Huancavelica. Según la misma encuesta, el 64% de embarazos de las adolescentes no son planeados.

Más de la mitad de los casos de madres adolescentes de Lima se concentran en siete populosos distritos (San Juan de Lurigancho, Comas, Villa El Salvador, Ate, La Victoria, Villa María del Triunfo y San Martín de Porres). (INNPARES, 2001).

El embarazo de una adolescente, no sólo es un problema de salud, sino un riesgo reproductivo, puesto que el cuerpo de la adolescente, aún no ha finalizado su maduración biológica. Según algunas fuentes (Marchiano, 2002), las adolescentes adquieren su madurez biológica o fertilidad, aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional. Lo más difícil de afrontar en el embarazo adolescente son los riesgos sociales, puesto que los estudios escolares pueden verse interrumpidos, o la adolescente bien puede disminuir la cantidad de tiempo que dedica al estudio, dadas sus nuevas responsabilidades maternas y familiares. Esta situación, puede afectar sus futuras oportunidades laborales y sociales. Es por ello que el embarazo adolescente no sólo se asocia a efectos adversos para la salud de la madre y el hijo, sino también con la reproducción de la pobreza.

Debido a estas razones, el embarazo adolescente se considera un problema de salud, no únicamente por los riesgos reproductivos, sino por sus consecuencias educativas y sociales.

*Testimonio
E: ¿Qué es lo que dejaste de hacer al ser madre?
A: Dejar de jugar.*

1.1. Factores de riesgo durante el embarazo adolescente

- Riesgos sociales están referidos a las tensiones que se producen entre el nuevo rol materno o paterno del adolescente, y el tiempo que se debe destinar al estudio y la formación. Debido a ello, la deserción escolar es un alto riesgo, con las consecuencias posibles de menor calificación laboral y mayores posibilidades de vivir en la pobreza.
- Riesgos psicológicos: están referidos a las dificultades que tiene la adolescente en asumir su embarazo y las responsabilidades que este conlleva. En ocasiones esto puede significar una menor comprensión de las necesidades de cuidado que requiere tanto ella misma como su bebé. Asimismo, el hecho de quedar embarazada, puede producir vergüenza y sentimientos de culpa ante sus padres o familiares, con lo que puede aislarse, no comunicar su embarazo, y

sentirse desamparada y sin ayuda.

- Riesgos de salud: un primer riesgo es el biológico, puesto que la adolescente aún no ha completado su maduración anatómica y su pelvis todavía es estrecha para llevar a cabo un parto sin dificultades.

La adolescente que puede sentirse abrumada por sus nuevas responsabilidades, puede asumir conductas de riesgo, tales como el abuso de alcohol o la promiscuidad sexual y aumento de compañeros sexuales lo que la expone a enfermedades de transmisión sexual.

Cuando la adolescente no realiza los cuidados necesarios de salud, puede tener una alimentación inadecuada, anemia y un riesgo de desnutrición, lo que puede traer como consecuencias el incremento de la presión arterial (toxemia de embarazo). En estas circunstancias, puede sufrir edemas o hinchazón de extremidades y cara. El organismo de la adolescente en estas condiciones puede tener bajas defensas y se expone a infecciones, o eventualmente, hemorragias durante el parto o parto prematuro.

Cuando estos riesgos no son atendidos a tiempo se pueden producir dos grupos de consecuencia :

- a) Consecuencias para la madre: mortalidad temprana, desnutrición, y parto complicado.
- b) Consecuencias para el bebé: nacimiento prematuro cuando la madre está desnutrida, defectos congénitos si existe en la madre el antecedente de abuso de alcohol, drogas o enfermedades sexualmente transmisibles.

1.2. Factores protectores durante el embarazo adolescente

Así como existen factores de riesgo, también es posible promover factores protectores para las adolescentes que están embarazadas. Los factores protectores pueden ser de tres tipos: cuidados de salud, autocuidados personales, y participación del padre del bebé y de la familia.

- Cuidados de salud: se debe promover que la adolescente lleve a cabo de manera puntual y rigurosa su control pre natal. Asimismo, el personal de salud debe proporcionar información a la adolescente embarazada respecto a su alimentación, el progreso del embarazo, la importancia de recibir la vacuna antitetánica para prevenir el tétanos neonatal, y la preparación del parto. Un adecuado control pre natal

puede controlar los riesgos que acarrea la anemia y detectar y tratar a tiempo alguna enfermedad de transmisión sexual. En el caso de zonas rurales, es conveniente que la adolescente sea evaluada por el personal médico para prevenir posibles complicaciones, ya que se trata de una gestación de riesgo.

- Autocuidado personal: debido a las transformaciones corporales que experimenta la adolescente embarazada, (aumento de fluidos corporales y de peso) puede sentir mayor cansancio durante los tres primeros meses, por lo que se recomienda dormir ocho horas diarias. Se recomienda que la adolescente haga ejercicio y evite ropa ajustada que pueda dificultar la buena circulación; así como una higiene adecuada para evitar el riesgo de heridas e infecciones.

Apoyo familiar: el rol del padre adolescente es importante no sólo por su responsabilidad paterna y complementaria, sino también como apoyo a la madre adolescente a lo largo del embarazo y durante el parto. Durante mucho tiempo se subestimó la importancia del rol de padre durante el embarazo de la adolescente, privilegiándose el papel que tradicionalmente han cumplido las madres y abuelas. Hoy se promueve que el padre esté involucrado, tanto como el resto de integrantes de la familia. Su participación activa facilitará una mejor relación con el hijo en camino. Los trabajadores de salud pueden estimular la participación del padre en la vida cotidiana de la adolescente embarazada, para generar las mejores condiciones de paternidad y maternidad, apoyando el entrenamiento de ambos progenitores en la futura crianza del hijo. Asimismo, los familiares también cumplen un papel fundamental para brindar el respaldo y protección que requiere la madre adolescente, no sólo respecto a sus cuidados de salud y alimentación, sino a su situación educativa y también con su experiencia, a la preparación de la crianza que se avecina.

2. Pandillaje Juvenil

Las pandillas pueden congregarse hasta 25-30 miembros, con edades que fluctúan entre 8 y 25 años. (Flecha en el Azul, 1999).

En el Perú existen más de 1.200 pandillas juveniles, de las cuales 700 actúan en Lima (250 en el distrito San Juan de Lurigancho) y el resto repartido mayoritariamente en Trujillo, Piura, Chiclayo e Iquitos, pero en general disperso en casi todas las ciudades del país. (Flecha en el Azul, 1999).

Es frecuente que los jóvenes gusten de andar en grupo. En muchas ocasiones, el grupo puede representar una protección o un espacio para compartir aspiraciones o problemas comunes. Sin embargo, eventualmente, estos grupos pueden adquirir un tinte violentista y transformarse en pandillas que cometen agresiones o actos vandálicos.

En el Perú, las pandillas están caracterizadas por ser un grupo de jóvenes que desarrollan gustos e ideas comunes pero que además transgreden normas o realizan actos violentos. En una pandilla además, suelen existir algunos requisitos o condiciones para pertenecer a ellas. Una de las más comunes es vivir en el mismo barrio o pertenecer al

mismo colegio. Sin embargo, también la pandilla puede ser un espacio de reconocimiento individual para los participantes, especialmente cuando se sienten incomprendidos en el hogar y la escuela.

Al interior de una pandilla, la figura del líder es significativa en la medida en que asume la representatividad grupal y guía las acciones y conductas de los integrantes. Se ha observado que muchos adolescentes que pertenecen a pandillas tienen problemas familiares tales como la violencia familiar, maltrato, o problemas escolares de adaptación y rendimiento, por lo que algunos abandonan los estudios.

3. Consumo de drogas

En nuestro país el motivo principal de mortalidad juvenil son los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol (Proyecto LULI, 2001).

En el Perú, el 47% de jóvenes entre 15 y 18 años comienzan a ingerir alcohol (Devida, 2003). La misma fuente indica que entre los 13 y los 15 años, existe una mayor proporción de mujeres que consumen alcohol, en comparación con los varones. Es decir, desde hace un buen tiempo, cada vez más, las mujeres adolescentes se encuentran en igual o mayor riesgo de consumir drogas legales, como el alcohol.

La probabilidad de inicio del consumo de drogas legales aparece desde la edad de los 6 años. Sin embargo, es a partir de los 9 años que la curva inicia un ascenso llegando a un pico en la adolescencia. (Proyecto LULI, 2001).

Las razones por las que los adolescentes consumen alcohol están muy asociadas a factores culturales y sociales. En primer lugar, la fase de la vida que están atravesando, los hace ser más audaces y experimentadores, y pueden consumir alcohol o tabaco con la expectativa de identificarse con hábitos o costumbres que asocian a los adultos.

Sin embargo, no todos los adolescentes que consumen alcohol se vuelven dependientes. Para ser dependiente, el adolescente debe experimentar la necesidad física o psicológica de consumirlo, y alterar sus patrones de vida.

La OMS informa que una de cada cuatro muertes anuales de jóvenes europeos entre 14 y 29 años, o 55.000 fallecimientos prematuros, son atribuidos a la bebida. (OMS, 2001).

Los factores familiares son importantes para explicar las tendencias de los adolescentes hacia el consumo de drogas. En muchos casos existen problemas familiares entre padres e hijos, tales como la indiferencia, la frialdad, la falta de comunicación, el autoritarismo familiar o la violencia, etc., si además estos problemas coinciden con un fácil acceso a las drogas, se incrementan los riesgos de consumo.

El tabaco también tiene una alta probabilidad de consumo en los adolescentes. En el Perú, 9 de cada 10 adolescentes a los 19 años, ya han consumido tabaco (Devida, 2003). Muchos adolescentes comienzan a consumir tabaco como una conducta imitativa a la de los adultos, o también para mostrar rebeldía o disconformidad. Sin embargo, en los últimos años, y con el desarrollo de una mayor cultura anti tabaco en

la sociedad, se percibe una actitud mucho más crítica de parte de los jóvenes respecto al uso de esta droga legal.

4. Depresión y suicidio en adolescentes

Después de los accidentes de tránsito, los suicidios, representan una de las principales causas de mortalidad en los adolescentes.

Se denomina suicidio, a la voluntad o el deseo deliberado de acabar con la propia vida.

Existen numerosos factores familiares, socioculturales e individuales que explican la conducta suicida en el adolescente. Generalmente se trata de un conjunto de situaciones que sobrepasan la capacidad de afronte del adolescente: problemas de orden familiar como la violencia o el alcoholismo, distanciamiento de los padres, aislamiento, dificultades para expresar sentimientos o emociones, problemas de adaptación en la escuela, o problemas individuales tales como el abuso de drogas.

Cuando el adolescente presenta varios problemas, no siempre puede encontrar alternativas para resolverlos, y como está atravesando una etapa de la vida en donde predomina una conducta impulsiva y con baja tolerancia a la frustración, suele ser impaciente y aún no tiene las habilidades necesarias para manejar las fuentes de conflicto que lo afectan. Esta conducta impulsiva suele estar asociada a un contexto de frustración, desesperanza o decepción. Es así, que un conjunto de eventos negativos que se repiten en la vida del adolescente, sumados a la etapa de cambio y transformación biológica y psicológica que experimenta debido a su edad, frecuentemente se asocian a la conducta suicida.

Sin embargo, el adolescente que experimenta ideas suicidas, suele desear ser ayudado pero no sabe cómo expresarlo. Es decir, no sabe pedir ayuda.

Algunos autores (Marcelli, 1992), señalan que el acto suicida en el adolescente puede explicarse como:

- Un deseo de fuga: querer escaparse de una situación que el adolescente juzga como intolerable.
- Un deseo de ser querido: el adolescente se siente marginado, ignorado, despreciado o infravalorado y desea ser atendido por las personas que le rodean.
- Un duelo con gran aflicción: el adolescente ha sufrido una pérdida humana (muerte de un familiar o persona querida) y experimenta

un profundo desamparo. Como si deseara “reunirse” con la persona perdida.

- Deseos de venganza: el adolescente experimenta deseos contradictorios y quiere provocar remordimientos en personas que él siente que le han hecho daño o le han ofendido profundamente.
- Dificultad para afrontar responsabilidades frente a ciertos actos o conductas delictivas.

Canessa et al (1997), señalan algunos factores comunes que se presentan en los adolescentes suicidas, tales como la visión idealista, sentimental y egocéntrica de la vida que es frecuente a esta edad. Asimismo, los autores indican que puede presentarse una crisis suicida en el adolescente que involucra a dos personas: el suicida, y una persona que le resulta importante o significativa. Generalmente ha existido una relación dependiente entre ambos, y algún conflicto produce la ruptura que afecta al adolescente y lo convierte en un suicida potencial. Los mismos autores señalan que las pérdidas importantes como amigos, amores, trabajo o salud, pueden ser factores precipitantes de ideación suicida.

FACTORES DE PROTECCION PARA LOS ADOLESCENTES

Entre los factores protectores para los adolescentes están aquellos que son individuales, tales como el tener una buena autoestima o mejor control de los impulsos. Los del entorno inmediato, cuando hay cohesión familiar y ausencia o escasa discordia conyugal; y los comunitarios, cuando los entornos en los que se desenvuelve el adolescente son seguros, y/o ofrecen la posibilidad de que el adolescente pueda entablar relaciones positivas y de confianza con personas cercanas.

La OPS (1998) plantea algunas recomendaciones para mejorar la salud de los adolescentes, entre las que se pueden mencionar: promover mayores oportunidades de escolaridad, espacios de recreación o de formación artística, oportunidades de desarrollo vocacional, estímulo para obtener destrezas comunicacionales y habilidades sociales para la vida. Entre las medidas que la OPS propone están:

1. Fortalecer las condiciones de seguridad y afecto en las familias, con figuras adultas que puedan brindar al adolescente apoyo, sentido de la responsabilidad y dirección.
2. Mejorar las condiciones de estudio, de tal manera que este sea estimulante y estructurado, a fin de que nutra la confianza y las sensaciones positivas de pertenencia grupal.
3. Promover una cultura de valores en los jóvenes utilizando estrategias comunicacionales.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. *Actividad de aprendizaje*¹

a. Reflexione Ud. sobre lo que se señala en el recuadro:

Posiblemente usted ha conocido una o varias historias en las que un joven ha fallecido a consecuencia de un accidente premeditado o después de una cadena de conductas autodestructivas.

Si la respuesta es sí, debe tener en cuenta que usted, como TSPL tendrá la oportunidad de orientar al adolescente hacia un tratamiento o servicio adecuado. Debe considerar que los adolescentes que planifican el suicidio no saben exactamente qué es lo que desean o esperan otros de él. También hay que recordar que la intención suicida adolescente está cargada de ambivalencia, es decir, que está sujeta a dudas, cavilaciones, interrogantes, etc. esto quiere decir que los adolescentes pueden mantener un balance bastante débil entre las fuerzas de la vida y la muerte.

b. Ahora conteste a la siguiente pregunta: ¿qué haría usted si se encuentra con un adolescente que expresa un deseo de muerte o autodestrucción?

2. Actividad de aprendizaje ²

- a. A continuación lea Ud. el siguiente caso:

El Dilema de Alicia

Alicia ha estado con este problema por dos semanas. Ha tratado de disimular, pero para ella no es fácil esconder sus sentimientos.

Su madre ha notado algo raro y quiere ayudarla, pero ha sido algo imposible comunicarse con ella, tan solo han intercambiado saludos. La conversación entre ambas, de *mujer a mujer*, -como suele llamarse-, ocurrió cuando Alicia tenía más o menos, 13 años.

Ahora Alicia tiene 16 años y quiere que la consideren como una adulta independiente. Sus amistades piensan que ella es muy atractiva: baja, delgada, de bonitas facciones, pelo sedoso y ondulado. Aunque algunos de sus compañeros de clase piensan que ella es distinta, su madre sabe que es un poquito tímida. Sin embargo, una vez que se la conoce, ella genera confianza en las personas que se le acercan.

El novio de Alicia es lo opuesto. Tiene 19 años, es alto, un poco gordito y de temperamento muy fuerte. Trata a Alicia como si fuera de su propiedad, en vez de tratarla como a una novia o como una persona. Quiere saber qué es lo que ella hace y con quién lo hace. La gente piensa que la relación no va a durar, pero ya llevan juntos más de un año.

En la casa, Alicia permanece encerrada en su cuarto, hablando por teléfono con su novio o con sus amigas. Sólo sale de su cuarto cuando va a la escuela, o para tomar algo del refrigerador o cuando va a salir con su novio.

La madre de Alicia ya no quiere actuar como si nada pasara. Quiere saber qué le está ocurriendo a su hija, porque observa que ha cambiado su conducta. Pero no sabe cómo hacerlo; finalmente, decide que el bienestar de su hija es más importante que cualquier otra cosa. Toca la puerta del cuarto de Alicia, entra y se sienta en la orilla de la cama.

- ¿Qué te pasa? - le pregunta con voz calmada - Por favor, dímelo Alicia, te quiero ayudar.

Alicia empieza a llorar. Baja la cabeza y se pone las manos en la frente.

- Yo..... - dice Alicia sollozando.
- ¿Si? - pregunta su madre -Vamos cariño, dime.

La madre de Alicia se angustia. De pronto intuye que su hija está en problemas.

- Mamá....tengo tres meses. Tengo un embarazo de tres meses.

b. A partir de la historia, responda Ud. las siguientes preguntas:

¿ Cuantos casos de embarazo adolescente se ha reportado en el Centro de Salud que Ud. labora?

¿Cuántas de estas mismas adolescentes, luego de su diagnóstico de embarazo han regresado a realizarse el respectivo control pre-natal?

¿Qué sugiere Ud. para prevenir el elevado número de embarazos no planificados o no deseados en adolescentes?

-
- c. A continuación responda Ud. las siguientes preguntas que lo invitan a involucrarse dentro de la situación de Alicia

Si Ud. fuera la primera persona en recepcionar a Alicia en el centro de salud y además Ud. se convierte en la primera persona (profesional) a la que ella comenta que esta embarazada ¿qué le podría sugerir a Alicia para que se sienta mejor?

¿Qué pueden hacer las madres, los padres y las escuelas para ayudar a evitar los embarazos no planificados o no deseados?

¿Qué puede hacer usted?

Imagínese que Ud. es la madre / padre de Alicia. ¿Qué le diría a Alicia?

3. Actividad de aprendizaje ³

a. Lea Ud. la siguiente historia

Estela trabaja en un establecimiento de salud del centro de la ciudad. En un día común de trabajo, escucha por la radio un titular que llama su atención: *La combinación del alcohol y el volante se convierten en una mezcla mortal*. Se detiene a oír con atención.

Las noticias describen que ocurrió un accidente automovilístico, a 15 minutos del centro de salud, dos personas, varones jóvenes, que viajaban en estado de ebriedad, perdieron el control del vehículo y chocaron contra un árbol de la berma central; posteriormente el coche se incendió. Los bomberos explican a la que los accidentados despedían un fétido olor a alcohol y carne prensa que los accidentados despedían un fétido olor a alcohol y carne quemada y afirman que ambos cuerpos tenían quemaduras de tercer grado en el noventa por ciento de su superficie corporal, aproximadamente.

En el centro de salud todos siguen con atención las noticias, pues el accidente ocurrió muy cerca de donde laboran. La radio continua brindando información, esta vez ya desde el hospital a donde fueron derivados los accidentados. Los médicos confirman las afirmaciones de los socorristas: Se trataba de dos pacientes varones, de 19 y 21 años de edad: el primero de ellos había sufrido quemaduras de tercer grado en el 93% y el segundo en el 85% de su cuerpo. Las posibilidades de que sobrevivieran eran reducidas, sin embargo, se afirmaba que estaban haciendo todo por salvarles la vida.

Luego de dos horas, la radio nuevamente retomaba la noticia, esta vez para comunicar que el hospital había informado que los dos pacientes habían muerto luego de haber permanecido dos horas en el hospital.

La noticia causó impacto en el Centro de Salud:

- El médico menciona que en el último mes su centro reportó dos casos de intoxicación alcohólica en adolescentes de 17 y 19 años de edad.
- Los trabajadores de salud que cumplen turnos rotativos, mencionan que por las noches, en especial los viernes y sábados, los adolescentes se concentran alrededor de la canchita de fútbol y empiezan a consumir alcohol e incluso otras drogas.
- La obstetriz menciona que a su consulta había llegado esta semana una adolescente que quedó embarazada luego de asistir a una fiesta y consumir alcohol...el resto es noticia conocida, dice.

b. Ahora Ud, puede responder las siguientes preguntas

¿Cuántos veces Ud. ha atendido a pacientes que han consumido algun tipo de bebidas alcoholicas? (no necesariamente en el centro de salud, sino en las visitas domiciliarias que Ud. realiza)

¿Cuáles han sido las consecuencias (físicas, psicológicas y/o sociales) que se han dado en estos pacientes?

¿Cuáles cree Ud, que son las razones por las que sus pacientes consumen algun tipo de bebidas alcóholicas?

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL

- ¹. Canessa, P., Nykiel, C. *Manual para la educación en salud integral del adolescente*. OPS/OMS: Washington DC, 1997.
- ². Marcelli, D. Y Braconnier, A. *Psychopathologie de l' adolescent*. Masson: París, 1992.
- ³. INEI. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. Lima: INEI-UNICEF-USAID, 2001.
- ⁴. DEVIDA. *II Encuesta Nacional sobre prevención y consumo de drogas 2002*. INEI-USA-UPCH: Lima, 2003.
- ⁵. OPS. *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* OPS: Washington D.C, 1998.
- ⁶. Marchiano, D. *El embarazo adolescente. Riesgos*. 2002 NIH. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

La salud mental de la comunidad y los servicios de salud



OBJETIVOS

- Estudiar el panorama mundial de la política y prestación de servicios en salud mental.
- Describir la situación actual de los servicios de salud mental en la comunidad.
- Establecer la importancia de la salud en el trabajador de salud.

RESULTADOS

- El personal de salud del primer nivel de atención fortalecerá contenidos básicos acerca de la importancia de dar y recibir atención en salud mental.
- El personal de salud del primer nivel de atención estará en la capacidad de reconocer el panorama actual de los servicios de salud en la comunidad.

CONTENIDOS

POLÍTICAS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL

1. Políticas en salud mental

Es responsabilidad del gobierno el formular y establecer normas y patrones con respecto a la salud mental al interior de los servicios. Ello incluye la definición de los papeles respectivos de los sectores (público y privado), en el financiamiento y la prestación de servicios.

Esas funciones directivas en el tema de salud mental están poco desarrolladas en muchos países, como lo demuestran las siguientes cifras:

- Políticas: el 40% de los países no disponen de una política bien definida de salud mental; en un 33% aproximadamente no funciona ningún programa de salud mental, menos aún política alguna; y un 33% no han establecido ninguna política concreta en materia de drogas o alcohol.
- Presupuesto: el 33% de los países no poseen un presupuesto específico para la salud mental dentro de su presupuesto global de salud pública; el 33% de los países destinan menos del 1% de su presupuesto de salud pública a la salud mental, y el resto destina menos del 5% a ese concepto.

Entre el conjunto de lineamientos que deben seguir las políticas de salud mental, la OMS (2001)² propone tener en cuenta algunas medidas entre las que se destacan las siguientes:

1.1. Establecer la cobertura de los grupos vulnerables.

Las políticas deben tener prioridades hacia las necesidades especiales de salud mental que requieren cierto grupos que son considerados como vulnerables y que incluyen a los niños, los ancianos, las mujeres que son víctimas de la violencia, y aquellas personas que han sufrido los efectos de los conflictos armado o poblaciones desplazadas por la violencia política. Asimismo, las políticas deben considerar a aquellas personas que se encuentran en riesgo de salud mental como las que intentan suicidarse, o las que sufren enfermedades mentales como depresión, esquizofrenia o las que son dependientes al alcohol. Asimismo, las políticas de salud

mental deben contemplar acciones respecto no sólo al alcohol sino también a las drogas ilícitas, ya que muchos de los trastornos de salud mental pueden estar asociados al abuso de estas sustancias. La OMS (2001) registra que aproximadamente un millón de personas se suicidan cada año, y entre 10 y 20 millones han intentado hacerlo.

1.2. La atención a las enfermedades mentales

Dado que las enfermedades mentales son frecuentemente crónicas, necesitan ser atendidas a largo plazo. Uno de los principales problemas que tienen los pacientes que sufren estas enfermedades, es que no tienen capacidad para costear los medicamentos que requieren, tratamiento que además puede prolongarse por varios años. Los gobiernos y estados deben garantizar la provisión y accesibilidad de los servicios durante largo período de tiempo, y generar medidas de protección para las personas cuya economía se ve afectada por los problemas de salud mental.

1.3. Promoción de los derechos humanos

En muchos lugares del mundo las personas que padecen trastornos mentales son víctimas de la discriminación y el estigma y sus derechos humanos se encuentran vulnerados de manera sistemática. Muchas personas han sido recluidas en centros psiquiátricos durante años, contra su voluntad y de manera injustificada. La mayoría de ellas viven en condiciones extremadamente difíciles debido a que la comunidad no ofrece servicios adecuados y tampoco apoyo para que puedan recibir tratamiento, rehabilitarse e insertarse en la comunidad. Las personas que sufren de trastornos mentales, a menudo no pueden ejercer sus derechos políticos, económicos, culturales y sociales. Carecen de viviendas dignas, empleo y oportunidades de educación. Una de las medidas fundamentales para gobiernos y estados es desarrollar una legislación respetuosa de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, a fin de cumplir con las medidas de protección para estas personas.

2. Prestación de servicios de salud

La OMS (2001), señala que en la mayoría de los países del mundo, es necesario analizar, reevaluar y reformar los servicios de salud mental para que estos puedan, efectivamente, ofrecer las mejores opciones disponibles de atención y de tratamiento. Entre los problemas que se han encontrado, están el que muchas poblaciones no tienen acceso a ningún servicio de salud mental, y cuando estos existen, el tratamiento que se ofrece es de mala calidad.

A continuación se enumeran algunos de los requisitos mínimos que los países deben tener en cuenta al elaborar políticas y programas destinados a atender las necesidades de salud mental de su población.

2.1. En relación a los hospitales psiquiátricos

La primera recomendación es mejorar las condiciones de vida de los pacientes, capacitar y entrenar al personal que los atiende, así como establecer procedimientos para proteger a pacientes contra ingresos hospitalarios o tratamientos injustificados e involuntarios. Se requiere la creación de organismos administrativos independientes que vigilen y supervisen las condiciones que existen en los hospitales, y que velen para que los pacientes reciban medidas de rehabilitación que les permitan ser capacitados para no perder sus oportunidades de ingresar al mercado laboral.

2.2. Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental

El objetivo fundamental para cualquier servicio de salud mental, es asegurar el tratamiento y la asistencia en la comunidad para personas afectadas, a fin de que puedan reintegrarse a la sociedad. Para mejorar los servicios comunitarios de salud mental, se propone incluir medidas que contemplen: nutrición, procedimientos para la atención de afectados en las emergencias de los hospitales generales; acceso a la atención ambulatoria; centros comunitarios; casas de acogida para personas que no pueden ser atendidas por sus familias; sostenimiento y apoyo para familiares y cuidadores que brindan atención a pacientes crónicos; entrenamiento y apoyo ocupacional; rehabilitación y otras medidas de protección y cuidado como la vivienda y la ropa.

2.3. Integración de los servicios de salud mental en la atención general

La salud integra de manera natural lo físico y lo mental. Es así que en muchas ocasiones, problemas depresivos pueden predecir la

aparición de la cardiopatía, o puede aumentar la susceptibilidad para diversas enfermedades o afectar el sistema endocrino e inmunitario del organismo. Así como las dolencias físicas y mentales se presentan simultáneamente, los servicios generales de salud deberían estar en condiciones de brindar el tratamiento a ambas dolencias.

La integración de los servicios de salud mental con el resto de servicios puede producir efectos valiosos para la atención comunitaria. Especialmente porque en el primer nivel de atención es más fácil intervenir precozmente, porque es el tipo de servicio que se encuentra más cerca de la vida de las personas y en el que se encuentran más cómodas. Asimismo, el tratamiento para personas que padecen trastornos mentales en el primer nivel de atención, se puede prestar a menos estigmatización para el paciente y de parte del personal de salud, porque este último se acostumbra a analizar y manejar al mismo tiempo tanto las dolencias orgánicas como las mentales.

Los servicios del primer nivel de atención, podrían ayudar en hacer una detección precoz y tratamiento, especialmente en las personas que tienen dolencias físicas que está asociadas a trastornos mentales y conductuales o a la inversa. Para las administraciones de salud, una de las ventajas que conlleva la integración de los servicios y el fortalecimiento de la atención en el primer nivel, es que se puede mejorar la calidad de la atención y reducir los riesgos de hospitalismo y su consecuente gasto económico. Asimismo, se puede garantizar una mejor y más amplia cobertura para los servicios de salud mental y se puede contar con los recursos comunitarios con más facilidad, de tal manera que se puede contrarrestar la limitada disponibilidad de personal de salud mental.

2.4. Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales

La OMS (2001) señala que aproximadamente un 25% de los países no disponen de los tres medicamentos más utilizados para tratar enfermedades mentales como la esquizofrenia y la depresión en el primer nivel de atención. Por esta razón, es imperativo promover medidas para garantizar que estos medicamentos básicos puedan estar disponibles no sólo en todos los niveles del sistema asistencial, sino también que los agentes de salud comunitarios reciban la capacitación y el entrenamiento necesarios para poder prescribirlos en los centros de atención de salud comunitaria.

2.5. Creación de vínculos entre el sector salud y otros sectores

El gobierno debe promover la coordinación intersectorial entre los

diferentes ministerios para movilizar la provisión de servicios sociales y económicos que necesitan los enfermos mentales y sus familias. Ministerios que desarrollan políticas de promoción social, u otros como el de trabajo, educación, economía y justicia, tienen ingerencia en las medidas de salud mental. Es por ello que sus acciones deben ser coordinadas en objetivos comunes y sus operadores deben estar suficientemente informados respecto a la problemática, necesidades y derechos de las personas afectadas en su salud mental.

2.6. Desarrollo de recursos humanos

Es necesario capacitar a los profesionales de salud y al personal técnico en materia de salud mental, y específicamente en aspectos técnicos de abordaje, a fin de que estén en condiciones de manejar los trastornos mentales o conductuales en la comunidad. Los operadores de salud representan un recurso humano fundamental en la provisión de servicios y especialmente en los primeros niveles de atención o en el ámbito comunitario. La integración gradual de los servicios de salud mental con los generales, hará que el personal de salud se vaya dotando gradualmente de nuevas competencias y funciones, por lo que se requiere de un entrenamiento técnico y una capacitación teórica y práctica adecuadas para prepararlos para sus nuevas responsabilidades.

La capacitación básica debe extenderse no sólo a todo el personal profesional (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos), sino también a los técnicos de los establecimientos de salud. E incluso, si a los curanderos tradicionales se les incorpora en el círculo de los dispensadores de atención oficiales, ellos pueden facilitar la derivación de los casos y contribuir con actividades de orientación, vigilancia y seguimiento.

SITUACION ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN EL PERU

Las enfermedades mentales representan un serio problema de salud pública a nivel mundial, pero generalmente su importancia se ha subestimado. Las enfermedades mentales además de la enfermedad *per se*, generan necesidades de rehabilitación considerables para las personas que tienen que recibir tratamiento durante largos períodos de su vida. Entre las 10 enfermedades que más discapacidad producen en el mundo, 5 son psiquiátricas, la depresión ocupa el primer lugar y el uso de alcohol el cuarto; la depresión bipolar (depresión /manía) el sexto lugar y la esquizofrenia y los desórdenes obsesivo compulsivos el noveno y décimo respectivamente

En el Perú existe creciente interés y preocupación en cuestiones relativas a la salud mental, tanto a nivel de gobierno como en el ámbito académico. En el país no existe a la fecha un estudio nacional que mida la magnitud de enfermedad mental y su distribución por sub grupos poblacionales. Existen estudios para poblaciones específicas o datos recogidos a partir de información que proviene del uso de servicios de salud. Estudios de investigación en nuestro país identifican como prioridades en este campo: violencia, abuso de sustancias psicoactivas, depresión, desórdenes psicóticos y crisis emocionales como consecuencia de los desastres entre otros.

El contexto demográfico actual puede describirse como el de un aumento de la población en los grupos etáreos de los adolescentes, la población joven, adulta y adulta mayor en contraste con el grupo infantil. Este perfil de crecimiento demográfico permite preveer un crecimiento relativo de la prevalencia de las enfermedades que aquejan a estos grupos etáreos como son los problemas de violencia y del uso de drogas en la población juvenil, y las enfermedades mentales crónicas que afectan a la población adulta y adulta mayor como son la depresión y la psicosis entre otras.

Existe muy poca información que describa de manera global a los servicios e intervenciones en salud mental. En el Perú, el mayor número de atenciones brindadas en salud mental corresponden al sector público (400 hospitales generales, 1200 centros de salud y alrededor de 4000 puestos de salud). La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud promueve estrategias preventivas que deben normar las acciones de salud mental, considerando dentro de ello que cada uno de los establecimientos del sector salud cuenta por lo menos con un responsable de Salud Mental.

LA SALUD MENTAL Y EL TRABAJADOR DE SALUD

En los últimos 25 años diversas investigaciones han explorado los problemas de desgaste laboral que pueden afectar a las personas. Freudenberg en la década de 1970 (Bertolote et al,1998), formuló el síndrome de *desgaste personal*, en el que incluyó un conjunto de síntomas y signos, entre los que se encontraban un estado de extenuación, sensaciones de desencanto y negativismo, así como molestias físicas que presentaban voluntarios que trabajaban en actividades de salud mental.

El desgaste personal también es conocido como síndrome de agotamiento crónico (SAC), en el que se encuentran algunas características básicas:

- Fatiga crónica que puede estar acompañada de otros síntomas físicos como dolores de cabeza, tensiones musculares, náuseas, dolores lumbares o trastornos del sueño.
- Síntomas emocionales: desmotivación, despersonalización, sentimientos de fracaso, depresión, irritabilidad e impaciencia.

La diferencia entre la fatiga física y la fatiga del SAC, es que el trabajador se recupera de la primera si es que reposa, mientras que la fatiga del SAC es continua y está asociada con los síntomas emocionales.

La desmotivación hace que el trabajador perciba el ambiente laboral como no estimulante, está hipoactivo, falta de energía y con reducidos deseos para desarrollar actividades.

La despersonalización hace que la persona se vuelva negativista hacia sí misma, el trabajo y las personas que la rodean. Si antes le agradaban sus compañeros de labores, las actividades que desarrollaba y/o los pacientes que atendía, ahora le desagradan y puede experimentar la sensación de sentirse *atrapado* en el trabajo.

Falta de realización personal, la persona se siente insatisfecha con sus logros o con la actividad que realiza, y tiende a subestimar el valor o la importancia de su trabajo. Puede creer que lo que hace no vale la pena o es inútil. Esta sensación puede ser cierta, o puede deberse a una actitud hipercrítica hacia uno mismo o hacia los otros. La persona pierde la capacidad de autoevaluarse y evaluar el trabajo de una manera justa y equilibrada.

El desgaste personal se presenta en centros de trabajo donde hay sobrecarga laboral con pocas pausas estructuradas que permitan

tener momentos de esparcimiento, horarios de rotación por turnos sin cumplir el tiempo de descanso, trabajos sin apoyo de compañeros o de interacción social; o en casos en que las personas realizan labores para las que no están suficientemente entrenadas, orientadas o supervisadas; y especialmente en personas que se encargan del cuidado de pacientes que padecen enfermedades crónicas, como cáncer, Alzheimer y otras demencias, SIDA o pacientes con enfermedad mental crónica. Si se produce la sobrecarga laboral, las personas comienzan a experimentar altos niveles de tensión y cansancio (estrés).

El desgaste personal o SAC evoluciona de manera gradual. A medida que se desarrolla, las personas se vuelven irritables, impacientes y desconsiderados en el trato con las personas del entorno inmediato, ya sean compañeros de trabajo o familiares. Muchas de las personas que sufren el desgaste, terminan adaptándose a su situación y como mecanismo de defensa para intentar sobrellevar el estrés o tensión, se vuelven escépticos, indiferentes, o por el contrario, desconfiados y exigentes con ellos mismos y con los otros.

Algunos autores (Wilson cit. por Bayés, 1997) distinguen factores de riesgo para el desgaste laboral, que pueden ser externos o internos.

Factores externos son aquellos que dependen del medio laboral. Entre ellos se pueden citar la sobrecarga de trabajo, la falta de autonomía para definir y realizar las actividades diarias, así como la reducida participación en la toma de decisiones que afectan el trabajo.

Factores internos son aquellos propios de cada individuo: niveles de autoestima de la persona, su capacidad para expresar emociones, su grado de motivación previo a experimentar el desgaste laboral, así como su capacidad para proponerse metas realistas, y plantearse expectativas adecuadas de acuerdo a sus circunstancias laborales y personales.

La identificación de estos factores de riesgo hace posible explicarse por qué las personas tienen diferentes respuestas frente a las mismas cargas de estrés. Así, algunos trabajadores pueden desarrollar el desgaste laboral y otros no, aún a pesar de compartir el mismo trabajo.

Como el desgaste laboral se va desarrollando paulatinamente, puede ser detenido cuando la persona que lo está experimentando recibe apoyo y realiza medidas de autocuidado. En caso contrario, si la persona continúa desgastándose emocional y físicamente, puede comenzar a dejar de funcionar adecuadamente en el trabajo, ausentarse de él, e inclusive, abandonarlo.

Los trabajadores o jefes de centros laborales pueden subestimar la

importancia del desgaste laboral. Particularmente en los establecimientos de salud, es importante comprender que el trabajador debe cuidarse a sí mismo para mantener su propia salud y bienestar, así como para el bienestar de la persona que cuida. El autocuidado del personal implica que las personas aprendan a fijarse metas que puedan cumplirse y que no sean por lo tanto desproporcionadas para la condición o circunstancias de trabajo; que sean capaces de establecer sus propios límites en las intervenciones que realizan; que sean capaces de pedir y aceptar ayuda cuando lo requieren; que sean capaces de cuidarse a sí mismos y que comprendan la importancia de contar con otras personas como recursos de apoyo para diferentes circunstancias (para compartir momentos de esparcimiento, escuchar opiniones para resolver problemas, tomar decisiones, etc.).

Bertolote (1998), describe algunas estrategias que pueden prevenir el desgaste laboral: unas individuales y otras que pueden aplicarse al centro laboral.

A nivel individual

- Disminución de las exigencias a través de la formulación de metas realistas y gratificantes.
- Oportunidades frecuentes de adiestramiento en el servicio.
- Aprendizaje de técnicas o estrategias que faciliten las labores diarias (como por ejemplo, técnicas de organización del tiempo).
- Desarrollo de grupos de soporte o apoyo.
- Asesoramiento y orientación para el personal muy estresado.
- Aprendizaje de técnicas de manejo de estrés: relajación corporal, espacios de conversación e intercambio grupal, tiempos de pausa, etc...

A nivel de la organización del trabajo

- Mecanismos de entrenamiento, retroalimentación, y seguimiento regular entre supervisores y operadores.
- Vacaciones y pausas durante el horario de trabajo.
- Distribución entre todo el personal de las actividades más difíciles y menos gratificantes.
- Posibilidades de trabajar en más de un servicio o programa que permitan alternar las actividades menos gratificantes con las más gratificantes.
- Oportunidades y espacios para que los trabajadores puedan participar en el trabajo y proponer actividades nuevas o creativas.
- Implementar actividades de desarrollo profesional para el conjunto del personal.

En la mayoría de casos, los trabajadores o los responsables que ostentan cargos de dirección, no suelen percibir los estresores o condiciones de tensión que viven las personas individualmente, dado que se encuentran concentrados en sus actividades laborales. Por ello, se sugiere tener en cuenta medidas organizacionales que puedan prevenir algunos factores de riesgo:

- Formulación de metas claras y coherentes que sean conocidas por los trabajadores.
- Promover la autonomía y participación del personal en la toma de decisiones.
- Identificar espacios laborales de mayor sobrecarga y establecer medidas para mejorar la distribución de tareas y compartir responsabilidades.
- Promover el conocimiento de lo que es el autocuidado y capacitación en técnicas de autocuidado.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Actividad de aprendizaje ¹

1. Después de la lectura cuidadosa del material, usted podrá responder las siguientes preguntas:

¿En la última semana cuántos pacientes llegaron a su centro de salud con problemas relacionados con hechos de violencia, consumo de drogas, o debido a accidentes?

¿Cuántos de estos pacientes, han recibido atención o han sido derivados a un profesional de la salud mental?

¿Qué dificultades han tenido estas personas para acceder a la atención de un profesional de salud mental?

2. Actividad de aprendizaje ²

A continuación lea el siguiente caso y responda Ud. a las preguntas que se detallan a continuación del mismo:

Clara trabaja en un establecimiento de salud. Su domicilio es cercano al mismo, a dos cuadras de camino y su horario es de 7a.m. a 3p.m. Ella es TSPL, y trabaja para ese establecimiento desde hace 14 años. Su labor consiste en recepcionar a los pacientes que acuden para su atención de salud. Clara es casada, tiene dos hijos, su pareja no encuentra trabajo desde hace 5 meses y ella es la que se encarga de cubrir los gastos del hogar.

Clara por lo general tiene un carácter tranquilo y tiene un trato cordial con los pacientes; busca atenderlos de prisa y se esmera en alcanzar con prontitud las historias clínicas a los respectivos profesionales. Sin embargo, desde hace varios meses, a Clara se le nota diferente, sus compañeros de trabajo gastan bromas al respecto, frente a las cuales ella permanece indiferente.

Ella comienza el día agotada, somnolienta e incluso busca descansar en los momentos en que la afluencia de pacientes es menor. Uno de esos días, Clara comenta a su compañera de trabajo que le duele mucho la cabeza y que siente adormecimiento en su cuerpo.

A partir de la lectura del caso, responda Ud. las siguientes preguntas:

Describa Ud. los problemas de salud mental que puede estar ocurriendo en Clara.

¿Cómo influye su estado emocional en el trabajo que ella desempeña?

3. Actividad de aprendizaje ³

A partir de lo aprendido en el presente módulo, puede Ud. responder a las siguientes preguntas:

Describa Ud. que dimensiones del síndrome de desgaste, se evidencia en los trabajadores de salud de su centro de salud:

Extenuación emocional

Despersonalización

Falta de realización personal.

¿Qué estrategias han elaborado los jefes de su establecimiento de salud en relación a los problemas de desgaste personal?

BIBLIOGRAFIA

¹ Reproducido de OMS (2001) *Nota descriptiva: informe sobre la salud mental en el mundo*. Washington D.C:OMS. Disponible en http://www.who.int/whr2001/2001/main/sp/pdf/policy_sp.pdf

² MINSA – OPS (2001). *Lineamientos de política para el desarrollo del plan nacional de salud mental*. Documento preliminar. s/e. s/i. s/f.

Gil Monte, P. Peiró, JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome del quemarse. Ed.Síntesis Psicológica: Madrid, 1997.

Bayés, R. *Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador*. s.f. Disponible en: <http://www.fehad.org/valhad/pn022.htm>

Bertolote, J. Fleischman, A. *Desgaste del personal*. En: World Health Organization. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. OMS: Ginebra, 1998.

OMS. *Políticas y prestación de servicios de salud mental*. Nota descriptiva. Ginebra:OMS, 2001.

OMS. *Proyecto Atlas: cartografía de los recursos de salud mental en todo el mundo*. Factsheet. Ginebra: OMS, 2001.