

PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOEDUCATIVO (PIPE) PARA DISMINUIR DESORDENES EMOCIONALES EN POBLACIONES URBANO-MARGINALES. SAN MARTIN DE PORRES (*)

Hilda Jaúregui ()**

Previo a la ejecución del programa; se aplicó una encuesta de Salud Mental en dos Asentamientos Humanos (AA.HH) de San Martín de Porres, con fines de Diagnóstico Situacional. Los resultados del Programa Psicoeducativo en la población de estudio evidenciaron un aumento significativo de conocimientos en salud mental y medios de prevenir desórdenes emocionales en el individuo, familia y comunidad. Posterior a la intervención se visitó a las madres de familia capacitadas quienes tenían claro el significado de salud mental y referían que «ahora daban mejor trato a sus hijos; y ya no los castigaban como lo hacían antes».

PALABRAS CLAVE : Salud Mental - Programa de Intervención en Poblaciones Urbano-Marginales.

PSYCHOEDUCATIONAL ASSISTANCE PROGRAM (PIPE) TO LOWER THE EMOTIONAL DISEASE IN URBAN-MARGINAL POPULATIONS - SAN MARTIN DE PORRES

Before to do the program, a diagnostic survey was carried out searching for mental health problems in two slums of San Martín de Porres district. The results of the psychoeducational program in the psychoeducational program in the studied population proved a significant increase of knowled in mental health and the prevention of the emotional disease in a gay, family and Community. After this was visited training mother who have a clear significative of mental health and said that " they are affable and polite to their sons and they already didn't punish as did before".

KEY WORDS : Mental health - Asistance Program in Urban - Marginal Population

(*) Proyecto financiado por CONCYTEC N° 610 A-08-94

(**) Enfermera del Departamento de Salud Mental Comunitaria, Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi»

**DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE
LOS PROBLEMAS DE SALUD
MENTAL DE LOS ASENTAMIENTOS
HUMANOS «LAMPA DE ORO» Y
«JAZMINES DE PALAO»**

En el diagnóstico situacional se detectó una alta prevalencia de problemas de salud mental en ambas localidades: 65% «Lampa de Oro» y 61% en «Jazmines de Palao». En la prevalencia de los problemas de salud mental específicos destaca la alta frecuencia de problemas de conducta en población infanto-juvenil. Si bien no se descarta la posibilidad de que un porcentaje de tales problemas se deban a trastornos mentales específicos de la niñez y adolescencia, la proporción mayor de ellos parecen vincularse a factores psicosociales, por ejem. la ausencia prolongada de los padres por motivos de trabajo, que no permite el cuidado ni la supervisión adecuada de los niños, pues aún los hermanos mayores que quedan a cargo de los menores son a su vez niños o adolescentes.

La alta prevalencia de depresión/ansiedad coincide con las observaciones epidemiológicas tanto nacionales como internacionales y aunque no se ha determinado la distribución por sexo probablemente sean mujeres las que más aquejan (6).

Una muestra de ello es que sólo la tercera parte de la población en «Lampa de Oro» y la cuarta parte de «Jazmines de Palao» pertenecen a una organización comunal, que como se sabe, suplementan parte de las necesidades básicas familiares.

Otro aspecto a destacar es que la mitad de la población es infanto-juvenil, seguida de los adultos-jóvenes. Este último grupo en edad fértil seguirá procreando y la población de la localidad crecerá, sin mejorar sus condiciones de vida, peor aún agravándolas, de no

mediar un control de la natalidad. A pesar del nivel de pobreza de ambos asentamientos humanos, el nivel de educación de la población es bueno, ya que los analfabetos son adultos de tercera edad y el resto de la población tiene educación secundaria y primaria, más aún el 6% tiene educación superior.

Diversos comentarios de pobladores permite suponer que además de la prevalencia de problemas de salud mental, las de tipo infectocontagioso parecen ser significativas en ambas localidades. Tal situación debe alertar a las autoridades sanitarias y fundamentalmente al gobierno, a fin de que se tomen medidas necesarias del caso. Hoy en día en que la ciencia ha permitido aumentar la expectativa de vida, resulta inadmisibles que existan poblaciones como las estudiadas en el presente trabajo, que viven al margen de los beneficios del desarrollo alcanzado por la humanidad.

Finalmente, cabe mencionar que concluido el análisis de datos se convocó a una reunión de la comunidad, con el fin de darles a conocer su problemática de salud mental, así como explorar las expectativas de los pobladores respecto al manejo del Programa Psicoeducativo. La asistencia a la reunión fue masiva y las madres de familia solicitaron capacitación en salud mental, tema desconocido para ellas y muchas veces confundido con locura. A pesar que en la encuesta la mayoría respondió que deseaban recibir charlas de orientación una vez por semana, los asistentes decidieron dar dos días a la semana para la actividad educativa en salud mental. Así, se estableció un horario de 15:00 a 17:00 horas los miércoles y viernes. De este modo, aunque en forma gruesa y práctica pero científica, el Programa Psicoeducativo en el AA.HH. «Lampa de Oro» tomó en cuenta el diagnóstico de salud mental realizado, además de los temas solicitados por las familias

que asistieron a la reunión de difusión de los resultados de la encuesta.

El presente programa psicoeducativo, se desarrolló en los Asentamientos Humanos (AA.HH) «Lampa de Oro» y «Jazmines de Palao», ubicados en las faldas del Cerro la Milla, en el distrito de San Martín de Porres. En ambas localidades antes de iniciar el programa de intervención psicoeducativa se aplicó un pre-test de conocimiento, el cual fue elaborado teniendo en cuenta los temas a desarrollarse.

A continuación se presenta el desarrollo del Programa Psicoeducativo.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Concepto de Salud

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ubica en el equilibrio entre nuestro cuerpo, nuestra mente y el medio que nos rodea. En tal sentido, el ser humano tiene la responsabilidad de conservar y mejorar tal equilibrio, a fin de aumentar su bienestar y no sólo su capacidad de resistencia a las enfermedades y a los riesgos de morir. Para ello, cada persona - niño, joven o adulto - deben conocer su fisiología y psiquismo, su relación con sus semejantes y la realidad del medio en el que transcurre en existencia.

La Educación

De otro lado, es el proceso a través del cual adquirimos conocimientos, actitudes, destrezas y habilidades, que nos permiten satisfacer, de la mejor manera, nuestras necesidades individuales y colectivas. Desde una concepción de salud basada en el ser humano, lo importante es afrontar la educación como un proceso que permite a niños, jóvenes y a la comunidad en general, la

exploración y el descubrimiento de maneras de ayudarse mutuamente y de mejorar los niveles de salud, individual y colectivo, aún en medio de la pobreza.

Pobreza

En lo relativo a la pobreza, Alarcón señala las siguientes características :

a) Económicas : bajos salarios, precariedad ocupacional, desocupación por largos períodos y el ejercicio de una amplia gama de ocupaciones y subocupaciones no calificadas. Situación que genera el fenómeno de marginación social y constante índice de desempleo y subempleo.

b) Sociales : vivir incómodos y apretados, ausencia de vida privada, alta incidencia de alcoholismo, violencia, castigo corporal a los niños y maltrato del cónyuge, temprana iniciación sexual, incidencia de madres abandonadas, autoritarismo familiar, inexistencia de la infancia, bajo nivel educativo, analfabetismo, actitud crítica de las instituciones que mantienen las clases dominantes, espíritu gregario, vínculos acentuados de parentesco y compadrazgo, y promiscuidad.

c) Biológicos : Por lo general, los individuos pobres son inferiores en peso y altura respecto al promedio de la población, acusan bajo rendimiento físicos e intelectual, exhiben altas tasas de natalidad, morbilidad, desnutrición infantil y mortalidad, asimismo menor expectativa de vida.

d) Personales : fuerte orientación al tiempo presente, pocos deseos de planear para el futuro, vivir de lo inmediato, tendencia al hedonismo de corto alcance ; sentimiento de fatalismo basados en las dificultades de la vida ; bajo nivel de aspiración, creencia en la superioridad masculina, cierta tendencia de

las mujeres a considerarse mártires; sentimiento de marginalidad y de no pertenecer a nada, desconfianza social, frecuentes sentimientos de inferioridad y de desvalorización personal.

Adicionalmente a las características individuales, la pobreza puede afectar la organización social con emergencia de patologías tales como: alcoholismo, violencia y delincuencia, entre otros (4) de allí la importancia de intervenir en ella.

Salud Mental y Educación

Desde que la Salud Mental corresponde a una actitud mental que, en términos científicos puede denominarse conducta mental, ingresamos al gran capítulo de la conducta humana. Como tal, si bien ésta apoya sus bases en el substrato biológico del hombre, especialmente en el funcionamiento del sistema nervioso y, en particular, del cerebro, el gran porcentaje restante de la organización de la conducta depende del proceso de aprendizaje al que es sometido el individuo desde su nacimiento hasta el final de su tránsito cultural.

Se infiere de ello que el hombre se comporta tal y conforme ha sido enseñado a comportarse. Si actúa subdesarrolladamente es porque sus esquemas mentales adquiridos por aprendizaje (repertorios de afronte o coping styles) han sido, también, subdesarrollados. He aquí la gran importancia que asume la investigación en salud mental. Precisar científicamente que factores interfieren y cuáles facilitan la adquisición de actitudes mentales subdesarrolladas constituye el primer paso para el diseño de estrategias de intervención en este álgido campo. Debe recordarse que, de acuerdo a los expertos, los patrones básicos de la personalidad y, por ende, del comportamiento, se adquieren entre los 0 y 5 años, aunque la

influencia del medio continúa durante toda la vida. El medio familiar y la educación formal e informal surgen, así como los mayores modeladores de la conducta básica en el futuro ciudadano.

En síntesis, podemos postular que la Salud Mental es susceptible de ser «enseñada», es decir, transmitida de un ser humano a otro por el proceso de transferencia cultural, por lo mismo, pasible de transferencia sistemática por medio de metodologías educativas específicas.

Educación para la Salud

Definición e importancia de la educación para la salud: La estrategia de la A.P.S. pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. La única forma posible en que esto se realice, es que al comunidad pueda tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas ha de resolver por sí misma y sobre qué aspectos tiene derecho a exigir solución al nivel central. Esta toma de conciencia y participación no brota espontáneamente en la comunidad si no es propiciada a través de la apertura de espacios de discusión y reflexión sobre aquellos problemas que más los afectan. Aquí entra la educación para la salud como creadora de esos lugares, convirtiéndose en instrumento imprescindible para implicar responsablemente al individuo y la comunidad en la toma de decisiones en la defensa y promoción de la salud.

«La educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones».

Entendemos la educación para la salud como un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice

y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad e analizar su situación de salud y decidir como enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas.

¿Por qué es importante la educación para la salud ?

1. Porque intenta fomentar la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales que inciden en el estado de salud de la población en función de acciones concretas y organizadas para transformarla.
2. Propicia y estimula un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico-científico y otras formas de conocimiento local a través de un diálogo democrático entre ellos. Reconoce la pluralidad cultural en que se desarrolla y la legitimidad de otra lógica, facilitando el encuentro horizontal entre distintas vertientes culturales y racionales.
3. Al involucrar a la comunidad en actividades de salud, va ganando experiencias de participación y por consiguiente abre camino hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo.

Principales deficiencias en los programas de Educación para la salud comunitaria.

Entre las causas que condicionan estas deficiencias podemos señalar las siguientes:

1. Frecuentemente los programas son diseñados a nivel central y no se adecúan a la realidad local. Esto puede manifestarse en diferentes formas :

- * Los objetivos perseguidos por los programas no responden a los problemas sentidos por la población al no haber sido definidos en función de ésta.
- * Los canales de información elegidos no logran llegar a los grupos objetivos, por ejemplo, el uso de carteles escritos para una

población analfabeta o de mensajes televisivos para grupos que carecen de aparato receptor.

- * Se facilitan informaciones que no responden a preguntas o inquietudes de la población, o bien cuyos contenidos son incomprensibles por el propio lenguaje, ajeno a la población, o por ser contrario a sus vivencias y valores.
- * Se utilizan técnicas y materiales didácticos que no han sido puestos a prueba antes de su elaboración final y cuyo impacto educativo no ha sido medido. Así, por ejemplo, el uso de métodos didácticos semejantes a los de la escuela, olvidando que se trata de adultos.
- * Otra falla que se comete en algunos programas de salud es no ser coherentes con la disponibilidad de recursos. A través de carteles, folletos, películas y otros medios se estimula a la gente a utilizar servicios que están escasamente disponibles o totalmente ausentes. Por ejemplo, el promover el uso de sales de rehidratación oral, cuando pasan meses sin proveerlas, fomentar medidas de higiene como hervir el agua, cuando el costo de la leña es alto.

2. Aunque se ha prestado mucha atención a la elaboración de programas y material para la educación en salud, se ha descuidado con mucha frecuencia la preparación de las personas sobre quienes recae la responsabilidad de realizar actividades de educación y promoción de la salud. La mayoría de ellas no dispone, ni recibe la formación básica necesaria que le permita diseñar, organizar y realizar prácticas educativas de acuerdo a las necesidades y al contexto sociocultural de la población con quien trabaja.

3. Se pretende motivar a la población a incorporar conductas que no ha sido adoptadas por el propio equipo de salud. Por ejemplo, se promueve la higiene personal y

de la vivienda presentando el centro de salud o Puesto de Salud unas condiciones de higiene lamentables. Se busca promover la reflexión y conciencia crítica por parte de la comunidad, que le lleve a organizarse y trabajar como colectivo para resolver sus problemas, sin lograr que el equipo de salud actúe como equipo, discutiendo y planificando entre todos los aspectos técnicos y operativos de los programas.

4. Aunque los programas de A.P.S. promueven la participación popular e incluso logran en ocasiones que se llegue hasta una evaluación conjunta entre el personal de salud y la comunidad de las actividades realizadas, pocas veces éstas llegan a influir sobre las decisiones a nivel central. Por ejemplo, se implica a los trabajadores básicos de salud en la evaluación de la campaña de vacunación para analizar entre todos las fallas y deficiencias, observándose donde habría que realizar cambios, sin embargo, en la siguiente jornada se cometen las mismas fallas: esto significa que no hubo influencia de la retroalimentación.

Relaciones entre el personal de Salud y la Comunidad

El acercamiento de los trabajadores de salud a la comunidad como meta principal del proceso de educación:

La educación para la salud es una tarea difícil, no solo porque, habitualmente, el personal de salud que ha de llevarla a cabo no se encuentra capacitado para ella, sino también por no ser un trabajo que produzca resultados inmediatos. A esta dificultad se agrega la presión de la población que requiere soluciones a sus problemas actuales de salud, es decir, medicina curativa. El limitar su trabajo a acciones curativas es una tentación fácil para el personal de salud, ya que representa la función para la cual ha sido

capacitado y así soluciona dos problemas: evita las dificultades de la educación para la salud y da respuesta inmediata a las solicitudes de la comunidad.

Sin embargo, el nuevo enfoque de las políticas de salud busca la implicación responsable de la comunidad en las acciones de salud. Una posición frecuente por parte de éste ha sido evitar socializar sus conocimientos incluso dando una información incomprensible en términos médicos, por temor a perder su autoridad como saber único.

Si se persigue un cambio en el papel de la comunidad en salud, el personal sanitario ha de aprender a escuchar, dialogar y aprender de los demás, así como compartir conocimientos.

El diálogo va a permitir al personal de salud entrar en contacto con otras formas de conocimiento, otros caminos para hacer las cosas. También va a facilitar a la población el conocimiento sobre el trabajo del equipo de salud, sus dificultades y limitaciones, para poder tomar decisiones y emprender caminos conjuntamente.

Desde el momento en que la gente se siente escuchada y comprendida con espacio para decidir sobre su salud, puede aceptar responsabilidades frente a ella.

«El éxito de la educación en salud sólo puede alcanzarse en la medida en que el personal sanitario logre captar la confianza y participación de la comunidad en los trabajos de promoción de la salud, y esto sólo es posible si se trabaja en función de sus necesidades, anhelos e inquietudes».

El equipo de Trabajo y el Centro de Salud
Las actividades de promoción de enfermedades o promoción de la salud deben

estar acompañadas de un buen nivel de prestación de servicios curativos básicos, en lo relacionado a su eficacia y al trato personal. La forma como los trabajadores de salud organicen, planifiquen y ejecuten su trabajo decide en gran parte la confianza y acogida de la población a sus servicios de salud.

Si bien existen comunidades organizadas con experiencia en el trabajo colectivo, lo más frecuente es encontrar comunidades poco organizadas. Por ello tratar de aglutinar los esfuerzos de la comunidad en torno a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, no se tarea fácil y requiere en primer lugar de un fortalecimiento del equipo de salud como tal.

Se debe buscar siempre que los trabajadores de salud impriman a sus actividades un carácter de trabajo en equipo. Es indispensable que conjuntamente establezcan sus recursos, conozcan sus limitaciones y estén en condiciones de plantear propuestas para mejorar al situación de al salud en la comunidad.

La credibilidad de estas propuestas depende mucho de la relación que la población establezca con el trabajo de salud. Lo que se debería esperares que la comunidad sienta ese trabajo como propio y no solamente que lo acepte. Unas instalaciones extrañas al ambiente, frías, donde solamente se recurre cuando hay problemas, donde no se presta un servicio con regularidad y hay mal humor, difícilmente pueden llegar a sentirse como propias.

Un centro de salud puede servir de lugar de información y difusión de actividades comunitarias de diverso orden. En sus instalaciones se pueden realizar, después de las albores diarias, diferentes eventos como charlas, reuniones o encuentros de grupos de

la comunidad. Es muy importante que en un lugar visible se presenten los horarios de atención, los servicios que se prestan y las actividades de promoción que están programadas. Disponer de un espacio afuera para recreación de los niños mientras esperan ser atendidos y procurar la comunidad y el buen trato de todas las personas que visitan el lugar, ayuda a contrarrestar ese sentimiento de intimidación y temor que generalmente esas instalaciones producen.

El equipo de salud debe disponer de un lugar adecuado para al reflexión continua sobre su trabajo, la preparación y elaboración de materiales y la realización de actividades para su formación,

Planificación de un Programa de Educación en Salud Comunitaria

Como todo programa de desarrollo aocial, el diseño de una campaña e educación para la salud requiere de una serie de etapas.

Primera etapa : Investigación local, para comprender mejor al grupo objetivo y sus necesidades.

Segunda Etapa : Planificación de actividades a partir de los resultados de la investigación para establecer métodos y objetivos.

Tercera etapa : Desarrollo de los materiales que van a ser utilizados.

Cuarta etapa : Pruebas de los materiales en el seno de la comunidad a quien va dirigidos para ver qué modificaciones necesitan. Después de ser modificados, han de ser sometidos a pruebas de nuevo antes de su uso definitivo.

Quinta etapa : Realización del programa.

Sexta Etapa : Evaluación del programa, du-

rante su desarrollo y al final del mismo. Si se pretende realizar un programa participativo, ha de serlo en todas sus fases, es decir, las personas que constituyen el grupo objetivo, deben verse implicadas en todo el proceso; desde la definición de los objetivos, en función de sus necesidades, hasta la evaluación del programa (19)

El objetivo del presente trabajo es transferir tecnología a través del conocimiento favoreciendo el desarrollo personal, familiar y de su comunidad. Favorecer la irradicación de estilos de vida inadecuados que alteren la salud mental del individuo; familia y comunidad. Favorecer la disminución de la morbilidad.

Se formó por invasión hace 10 años; por habitantes procedentes del norte; centro y sur del país. Actualmente está conformado por 120 familias. Este AA.HH. se constituyó en el grupo control.

Instrumento

Se diseñó instrumentos para medir conocimientos: prueba de entrada y salida, asimismo la tabla de calificación del instrumento.

Procedimiento

Se orientó a las madres de familia sobre los objetivos del Programa de Capacitación Psicoeducativa. Se presentó al personal que participara en el desarrollo del programa. A cada madre de familia se le aplicó el Pre-Test; también se distribuyó materiales de trabajo. El total de participantes fue de 43 madres de familia. La metodología educativa fue variada y todas ellas motivaron al mejor entendimiento y comprensión de los temas por las participantes. Estas se reforzaron con guías de trabajo y participación activa de las madres quienes participaron como expositoras. La actividad se desarrolló 2 veces por semana los días

miércoles y viernes de 03:00 a 05:00 p.m. En cada sesión se desarrollaban como promedio 2 temas y había un tiempo para refrigerio. Sus niños estuvieron al cuidado del personal de trabajo en la Posta de Salud de la comunidad mientras madres recibían la capacitación en el ambiente de la parroquia por ser más amplia y ventilado, ubicado a pocos metros de la Posta de Salud.

Al final de cada sesión se hacía rifas de víveres entre los participantes. Las estrategias utilizadas estuvieron orientadas a la difusión del Programa a través de afiches; banderolas, perifoneo y visitas al hogar llevándolas las invitaciones. Al finalizar el programa se aplicó el post-test. El programa de capacitación de desarrolló de Octubre a Diciembre de 1995. Se hizo seguimiento de Enero a Julio 1996.

Al grupo central también se constituyó el 43 madres de familia y se les aplicó pre-test, se les dió trípticos de los temas desarrollados y se aplicó al finalizar post-test.

Análisis de datos

Concluido el Programa psicoeducativo se procedió a la tabulación y análisis de datos.

◆ RESULTADOS

El diseño del estudio fue experimental, comparativo, longitudinal prospectivo. A continuación se presenta la evaluación cuantitativa.

Resultados de evaluación de conocimientos: Pre-test y Post-test en los Asentamientos Humanos «Lampa de Oro» (grupo experimental) y «Jazmines de Palao» (grupo control).

	LAMPA DE ORO			JAZMINES DE PALAO		
	Pre	Post	Dif	Pre	Post	Dif
Media aritmética	15.16	22.63	7.47	8.30	9.42	1.12
Desviación standar	7.53	5.56	2.80	3.60	3.39	1.53
Tamaño	43	43	43	43	43	43

$$Z = 13,05 \quad P \quad 0,001$$

$$Z = 7,47 - 1,12 = 6,35 = 13,05 \quad p \quad 0,001 \text{ aumento significativo}$$

$$\sqrt{\frac{2,80}{43} \frac{1,51^2}{43}} \quad 0,4866$$

El primer grupo «Lampa de Oro», obtuvo un incremento de puntajes significativamente mayor que el segundo grupo «Jazmines de Palao».

En el cuadro observamos que en el grupo de «Lampa de Oro», la diferencia entre el Pre-test y Post-test es de 7 puntos, esto nos dice que el incremento de conocimientos es significativo. El grupo de «Jazmines de Palao», observamos que la diferencia entre el pre-test y post-test, es de un punto, esto nos dice que el grupo control que recibió información a través de folletos, también tuvo incremento en conocimientos, pero fue mínimo.

Además : Cada sesión educativa era evaluada, teniendo en cuenta las siguientes líneas de acción:

Relacionado al tema : Se discutía si los contenidos expuestos habían sido de fácil comprensión para las participantes, si había motivado la discusión del mismo y el dominio del tema por parte del ponente, tono de voz, ayudas visuales.

Relacionado a la participación del público : Se discutía las diferentes técnicas

participativas, si se dirigía a cada persona por su nombre ya que cada una portaba su solapín, se fomentaba la participación activa escuchando casos relacionados al tema, expresado por cada participante y la resolución de los mismos.

Relacionado a la limpieza del ambiente : Organizar a las familias para que apoyen con la limpieza del ambiente (antes y después de la actividad educativa).

Relacionado a la tranquilidad del ambiente : Ante el bullicio de los niños de las madres que participaban en la actividad educativa, se sugirió llevar a los niños a la posta y allí cuidar de ellos mientras las madres son capacitadas. Se adaptó el ambiente con material lúdico y se realizó actividades recreativas diversas (juegos, canciones, dibujos, etc.)

Relacionado a la participación de los dirigentes : El Presidente del asentamiento humano de ese entonces, se muestra indiferente al desarrollo del programa psicoeducativo. A pesar de comprometerse al préstamo del equipo de sonido, micro y parlantes, incumple. Las personas que se

comprometieron a preparar leche, integrantes del comedor «Fraternidad» (incumplieron con apoyar en el preparado de la leche, a pesar de haber coordinado durante la semana con ellos). Se coordina con las madres participantes para que se turnen en la preparación del refrigerio.

Relacionado a la asistencia de madres de familia : Se controla el número de asistentes a cada sesión y si disminuyen se pregunta a los demás participantes el motivo de la ausencia, por ejemplo : la ausencia de agua durante toda la semana, a veces llegaba el agua los días de actividad educativa y las madres hacían cola en los pilones ubicados en las faldas del cerro, siendo éste uno de los motivos por los cuales se reducía la asistencia de madres a la actividad educativa.

Relacionado al reforzador : Se observa que no es estratégico que sólo una participante reciba un obsequio, la canasta de víveres. Se ve la motivación de todas las madres de participar en el programa psicoeducativo. Se sugiere que se rife cada vívere de la canasta, de manera que varias madres se lleven un obsequio.

◆ DISCUSION

El presente estudio tuvo como propósito, proponer un modelo de intervención psicoeducativa en Asentamientos Humanos que permita disminuir la prevalencia e incidencia de los desórdenes emocionales.

Como señala Perales y Sogi «La formulación de Programas de Salud Mental a nivel de población no puede sustentarse, exclusivamente, en la opinión de expertos prescindiendo de datos epidemiológicos de base. Desafortunadamente, en países del tercer mundo donde los datos con frecuencia

no existen, las autoridades de salud y sus representantes de línea : los hospitales, centros y puestos de Salud ; han decidido omitir esta regla por la urgencia misma de los problemas que enfrentan, y, en el mejor de los casos apoyarse en estadísticas generadas por los servicios de atención, en cuanto a población asistida». La epidemiología, en tal sentido, va más allá de servir al estudio de la distribución de los problemas de salud de la población, para luego planificar los servicios correspondientes, pues los datos generados en tales estudios permitirán comprender que contextos económicos y sociales se relacionan con el proceso salud-enfermedad (2).

A pesar que la población cuenta con 361 familias solo asistieron a la capacitación 43 madres de familia, el 18% del total de familias. El mayor porcentaje de las madres y/o familiares que se encuentran por las tardes prefieren descansar.

Las comunidades en general tienen poca o casi ninguna disposición para participar en programas educativos ya que sus principales necesidades están orientadas a solucionar sus necesidades primarias.

Esto es comprensible debido a que nos falta crear una nueva cultura de la salud. Por ello esta necesidad está ubicada casi al final de todas sus prioridades. Hay quienes definen la cultura como : «un conjunto de símbolos e instrumentos que crea una sociedad determinada, que transmite de una generación a otra y que actúan como determinantes y reguladores del comportamiento humano.

Otros afirman que deben entenderse por cultura todo un complejo de conocimientos, creencias, artes, normas morales, leyes, costumbres y otras capacidades y hábitos que el hombre adquiere para ser miembro de una sociedad. Por lo tanto, la cultura es todo lo

que aprenden y comparten de una comunidad». Pero además, la cultura se crea. El hombre lo hace de acuerdo a sus preferencias y afinidades. También se aprende. Es un proceso constante desde su nacimiento, a partir de un entorno social en que nos movemos. Esto quiere decir que la cultura se comparte socialmente con muchas personas que participan de nuestra forma de pensar, de actuar, de creer, ya que es un fenómeno de grupo más que individual. Otra característica de la cultura es que se adopta. Es decir que va evolucionando como el hombre, a veces de manera rápida y dinámica y otras de forma más gradual y constante.

El trabajo comunitario requiere de coordinación intersectorial. Trabajar con la comunidad, sus problemas prioritarios como son el saneamiento ambiental asesorado por el organismo que le corresponda; mientras que el responsable de salud trabajará con la comunidad, el diagnóstico de su situación de salud y juntos buscar solución a esta problemática con programas de intervención educativo de promoción y prevención.

Una de las estrategias de atención primaria son los SILOS, en ellos se desarrollan actividades de promoción, atención, mantenimiento de la salud y rehabilitación, dándose mayor énfasis a la prevención de la salud.

La comunidad debiera estar en constante capacitación porque sólo así se podrá hablar en algún momento de participación comunitaria o participación-capacitante, eso como es natural, es un proceso de aprendizaje que dará sus frutos en un tiempo quizá prolongado, que se hará evidente cuando los miembros de la comunidad hagan propuestas para solucionar sus problemas de salud y participen en él. Esto es similar con cualquier grupo humano, los individuos mientras más

se capacitan se sienten motivados a avanzar y superarse cada vez más, se observa mayor compromiso consigo mismo, con su comunidad o centro de trabajo. Generalmente no todo el grupo humano responde igual, pero sí un buen porcentaje.

La promoción de la salud y la educación son los elementos fundamentales para el desarrollo de la comunidad ya que esto favorece su autocuidado y modificación de estilos de vida inadecuados. Esto último no es fácil de lograr pero se requiere de mucha dedicación y el impacto se verá a largo plazo.

Todos sabemos que el trabajo es arduo y para que de buenos resultados se requiere que el personal de salud se sienta identificado realizando esta labor, que haya continuidad y sobre todo apoyo en la inversión económica que permita elaborar programas que se evalúen desde el inicio y posteriormente hacer el seguimiento para ver el efecto o efectividad de la intervención y de ser posible hacer propuestas innovadoras.

7. Conclusiones y Recomendaciones

1. Ambas poblaciones dieron a conocer su interés por los temas planteados sobre salud mental y además solicitaron diversos temas de su interés, los cuales se incluyeron en el programa psicoeducativo.
2. El horario en que la población decidió recibir orientación fue por las tardes y dos veces por semana
3. El instrumento diseñado para la evaluación de conocimientos permitió medir el grado de conocimientos de los participantes antes y después de concluido el programa psicoeducativo.
4. Las técnicas educativas de mayor impacto

fueron las charlas educativas acompañadas de ayudas visuales, sociodramas, talleres de grupo. Esto motivó la participación del grupo.

5. Las madres de familia capacitadas quedaron satisfechas, observándose aceptación de la salud mental.

6. Sólo el 18% de la población total acudió a la actividad educativa. El mayor porcentaje de la población prefiere descansar.

7. Concluído el programa psicoeducativo, se sugiere continuar con el seguimiento para evaluar la efectividad o impacto en la población capacitada.

8. La psicoeducación facilita la modificación de estilos de vida inadecuados. Posteriormente se visitó a las familias

capacitadas, quienes tenían claro el significado de salud mental y referían que «ahora daban mejor trato a sus hijos, y ya no los castigaban como lo hacían antes».

9. Se recomienda continuar ejecutando programas de intervención educativa, en relación a los desórdenes emocionales de mayor prevalencia.

10. Se recomienda utilizar diversas estrategias para la difusión de programas psicoeducativos. Inicialmente utilizar todos los recursos de la comunidad.

11. Se concluye que el grupo de madres de familia, capacitadas tuvieron un aumento significativo en relación a los conocimientos adquiridos. No así el grupo control que sólo recibió tripticos.

◆ REFERENCIAS

1) PERALES A., SOGIC., SANCHEZ E. & SALAS RE. «Salud Mental en una localidad urbano-marginal de Lima. Monografía de Investigación N° 2. INSM «HD-HN». Dimersa, Lima 1995.

2) GUERRA DE MACEDO C. Prefase in the Health of Adolescents and Youths in the Americas. Scientific. Publication N° 489 PAHO/WHO. Washington D.C. 1985.

3) ROTONDO H., MARIATEGUI J. & BAMBAREN C. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. Resultados de la aplicación del índice médico de Cornell. En estudios de psiquiatría social. B. Caravedo, H. Rotondo & J. Mariátegui (Eds.) Ediciones del Sol. Lima 1963

4) PERALES A., MONTOYA A. & COSIG C. Linderos sociales y culturales para salud mental comunitaria. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» & Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 1995.

5) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL «HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI» (Hayashi S., Perales A., Warthon D., Sogi C. & Llanos R.) Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). Anales de Salud Mental, Lima, 1985; 1 : 206-222.

6) PALTIER FL. La salud mental de la mujer en las Américas. En género, mujer y salud. Publicación científica N° 541. OPS. Washington D.C. 1993.

7) RADDA B. Educación en salud. «Programa curricular y guía metodológica de educación inicial». Lima 1994: 7-8-9

8) LIP C. «Programación en salud» - Guía práctica. Especialista en administración de salud y doctor en medicina. Instituto Provee S.A. Setiembre, Lima 1996.

9) ZAVALA SARRIO S. «Hacia una cultura de salud». Ex-Ministro de Salud. Revista Gestión Médica - Informe Pág. 13, N° del 23 del Diciembre de 1996 al 12 de Enero de 1997. Lima, 1997.

Dirección Postal : Av. Alameda Palao s/n,
Lima 31

ELECTROCARDIOGRAMICS FINDINGS IN PSYCHIATRIC PATIENTS

The authors present the results of a study conducted in the Hospital General de Lima, Peru, to determine the prevalence of electrocardiographic abnormalities in psychiatric patients. The study was conducted in the Cardiology Department of the Hospital General de Lima, Peru, from 1995 to 1997. The study included 100 psychiatric patients. The results showed that 45% of the patients had electrocardiographic abnormalities. The most common abnormalities were sinus tachycardia (25%), sinus bradycardia (15%), and ST-T changes (15%). The authors suggest that electrocardiographic abnormalities should be determined with caution in psychiatric patients.

KEY WORDS: electrocardiogram, psychiatric patients, prevalence.

* Médico especialista en Medicina Interna del Hospital General de Lima y del Hospital de la Universidad de Lima.
** Miembro de la Sociedad Peruana de Cardiología.