



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Rivera, M Soledad; Campos, M Sylvia; Campos, Solange; Lange, Ilta; Urrutia, Mila; Castellano, Angela

Promover la salud mental con mujeres chilenas en desventaja social

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 13, núm. 4, outubro-dezembro, 2004, pp. 599-607

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413413>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**PROMOVER LA SALUD MENTAL CON MUJERES CHILENAS EN
DESVENTAJA SOCIAL**
PROMOTING MENTAL HEALTH IN SOCIALLY DISADVANTAGED CHILEAN WOMEN
PROMOVER A SAÚDE MENTAL COM MULHERES CHILENAS EM DESVANTAGEM SOCIAL

M Soledad Rivera¹, M Sylvia Campos², Solange Campos³, Ilta Lange⁴, Mila Urrutia⁵, Angela Castellano⁶

¹ Doctora en Enfermería. Magister en Salud Pública. Profesora de Salud Mental de la Mujer en la Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile.

² Magíster en Ciencias de la Nutrición. Profesora de Salud Comunitaria en la Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile.

³ Enfermera Matrona. Maestranda de Psicología Social Comunitaria. Instructora en la Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile.

⁴ Magíster en Ciencias de la Enfermería. Profesora Titular en la Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile.

⁵ Magíster en Salud Comunitaria. Profesora Titular en la Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile.

⁶ Magíster en Salud Pública. Profesora de Salud Intercultural en la Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile.

PALABRAS CLAVE:

Promoción de la salud.
Salud mental.
Salud de las mujeres.

RESUMEN: Se describe una parte de la experiencia del proyecto Chileno/Canadiense: "Promover la salud mental de las mujeres chilenas en desventaja social: Los Secretos de Maruja". Se describen los objetivos, las etapas del proceso, de intervención y los resultados de las evaluaciones preliminares. Con la participación de las mujeres usuarias de los centros de salud, profesionales y autoridades de la comuna de La Pintana, se construyó, aplicó y evaluó un proyecto de intervención para apoyar a las mujeres en la toma de decisiones que favorezcan su salud mental personal, familiar y social. La intervención contempló el diseño, producción, distribución y evaluación de 12 folletos educativos tipo calendarios, cada uno respecto a tres temas de salud mental identificados por las mismas mujeres: Identidad y autoestima, Vínculo y Comunicación y Autocuidado. Además se involucró a las enfermeras que trabajan en los Centros de Salud, quienes incorporaron esta estrategia a la atención de salud habitual y evaluaron su impacto en la identidad, autonomía profesional y en la mejoría de la calidad del cuidado.

KEYWORDS:

Health promotion.
Mental health.
Woman's health.

ABSTRACT: This paper describes a Chilean/Canadian intervention project about Mental Health Promotion with socially disadvantaged women called "Maruja's secrets". We present their objectives, each stage of the intervention process and preliminary evaluations. With the participation of women of the community, health professionals and authorities of health members of La Pintana, we conceive, develop and evaluate an intervention to support and coach women in decision making to improve their personnel and social mental health. The intervention process include design, engaged community nurses, distribution and evaluation of 12 educative color calendars, each one with 14 messages about mental health issues, that were discovered in focus groups with the same women: Identity and self-esteem; communication and selfcare. Each calendar has 14 messages, a self-diagnosis test and addresses of community social resources. Community nurses were involved in the distribution and they evaluate their experience as a way of strengthening nursing identity and the quality of nursing care.

PALAVRAS-CHAVE:

Promoção da saúde.
Saúde mental.
Saúde da mulher.

RESUMO: Descreve-se uma experiência do projeto chileno-canadense, intitulado "Promover a saúde mental de mulheres chilenas em desvantagem social: os Segredos de Maruja". Apresentam-se os objetivos, as etapas das intervenções e as avaliações preliminares. Com a participação das mulheres usuárias dos Centros de Saúde, profissionais de saúde e autoridades da comunidade de La Pintana, foi construído, aplicado e avaliado um projeto de intervenção para apoiar as mulheres na tomada de decisões que favorecessem sua saúde mental, pessoal, familiar e social. A intervenção contemplou o desenho, a produção, a distribuição e a avaliação de 12 cartilhas educativas tipo calendários, cada uma referente a três temas de saúde mental considerado importante pelas mesmas mulheres: identidade e auto-estima; vínculos e comunicação; e autocuidado. Cada cartilha tem um teste de autodiagnóstico e endereços dos recursos sociais comunitários. Ademais, comprometeu as enfermeiras que trabalham nos Centros de Saúde que incorporaram esta estratégia no seu atendimento habitual e avaliaram seu impacto tanto na sua identidade e autonomia profissional quanto na melhoria da qualidade do cuidado brindado às mulheres.

Endereço:
Maria Soledad Rivera
Vicuña Markenna 4686
Campus San Joaquín - Santiago, Chile
Correo Postal 306 - Correo 22
E-mail: mriverma@puc.cl

Artigo original: Relato de Experiência
Recebido em: 15 de maio de 2004
Aprovação final: 13 de outubro de 2004

INTRODUCCIÓN

La Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile ha venido desarrollando desde hace varios años, un trabajo en promoción de la salud con la comuna de La Pintana. Dicho trabajo ha abarcado distintos ámbitos y dimensiones, en vistas a aumentar los niveles de salud de la población, lo que redundará finalmente en una mejor calidad de vida.

En 1999, la Escuela pone en marcha un proyecto de intervención denominado “Toma de decisiones en salud: una alianza estratégica entre profesionales y usuarios” (DECIDE, 1999-2003)*, cuyo propósito es mejorar la calidad de la toma de decisiones en salud en el sistema de salud chileno. El proyecto se focalizó en desarrollar tecnologías para mejorar la toma de decisiones de salud de las mujeres de bajos recursos de la comuna de La Pintana en Santiago de Chile, y mejorar la capacidad de las enfermeras en proveer apoyo para la toma de decisiones en salud en el nivel primario de atención¹.

Durante los 5 años de proyecto, surgieron además tres sub-proyectos: la creación de un “Centro de Salud Intercultural” con el fin de facilitar el acceso de la población mapuche de la comuna de La Pintana a la atención en salud tradicional, otorgada por un *machi*** (Fondo Canadá, 2000)²; “Apoyo a la toma de decisiones en salud de cuidadores informales de pacientes con SIDA” que se trabajó con voluntarios y familiares de pacientes que se atienden en la Clínica de la Familia (Fondo Canadá, 2001) y “Los secretos de Maruja”*** que promovió la salud mental de mujeres de bajos recursos (ACDI 2001/2003). Este artículo comunica algunos aspectos de este último proyecto³⁻⁴.

En el Año Internacional de la Salud Mental (2001), la Escuela de Enfermería se propuso enfatizar el trabajo en esa área, ofreciendo a la comuna la disposición de diagnosticar los problemas de salud mental sentidos por la comunidad y como perciben que se pueden abordar, a fin de mejorarlos. La escuela tiene una historia exitosa de intervenciones en educación para el autocuidado y sobre toma de decisiones en salud que desea compartir especialmente con las mujeres, para construir juntos estrategias que sean costo-efectivas e innovadoras.

Se ha determinado abordar específicamente esta

población de mujeres en desventaja socioeconómica, debido a su mayor vulnerabilidad a los problemas de salud mental, por las consecuencias de las desigualdades de género a la que están expuestas, como el abandono, el alcoholismo, la drogadicción y violencia intrafamiliar; la concentración de exigencias psicosociales y los múltiples roles que deben desempeñar⁵⁻⁹. Estudios que incluyen la perspectiva de género, continúan señalando que estas condiciones de las mujeres no son producidas por factores biológicos o genéticos, como todavía algunos intentan sostener, ni por condiciones étnicas o sexuales. Son condiciones adquiridas socialmente, que se van produciendo a lo largo de la vida, cuando se agrega al ser mujer, situaciones de desventajas socioeconómicas extremas, como es el caso de estas mujeres^{5,7}. La OPS a través del Programa Mujer, Salud y Desarrollo del 2002, recomienda específicamente la equidad de género en salud, señalando como inequidad “aquellas desigualdades innecesarias, evitables y además injustas”. En esta perspectiva, la equidad en el acceso y uso de la atención, significa distribución y acceso diferencial a los recursos tecnológicos y humanos, según las necesidades específicas. Una de las estrategias para abordar las inequidades de género en salud, es aumentar la participación de las mujeres en la definición de prioridades en salud, planificación de soluciones, políticas, programas y responsabilización por los servicios en salud⁶⁻⁷.

Por otra parte, el estado de salud de la mujer incide directamente sobre el de su familia. Es ella quien a través de sus propios hábitos y actitudes modela en los hijos estilos de relación, modos de enfrentar los conflictos y dificultades, e incluso la manera en que se perciben y valoran a sí mismos¹⁰.

En Chile, la salud mental está siendo considerada como un componente principal de la calidad de vida de las personas, por lo cual se encuentra entre las 16 Prioridades Nacionales de Salud determinadas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAL), desde 1998. Cada año, uno de cada diez chilenos sufre depresión y estadísticas de la OMS señalan que Santiago encabeza las capitales con más alto número de esta enfermedad¹¹⁻².

Diversos estudios realizados en nuestro país revelan un aumento de la prevalencia de las enfermedades mentales a lo largo del tiempo. De

* DECIDE es desarrollado en conjunto con la Dra. Anette O'Connor y M.J. Jacobsen de la Universidad de Otava e Ilti Lange, Mila Urrutia, Cecilia Campos, Angela Castellano, Sonia Jaimovich, María Sylvia Campos, Solange Campos y Dra. Soledad Rivera, de la Escuela de Enfermería de la PUC. Apoyo financiero de la Agencia Canadiense de desarrollo Internacional (ACDI).

** Machi: curandero tradicional de la comunidad mapuche.

*** Maruja: nombre popular chileno para María.

acuerdo a una investigación longitudinal realizada por la Sociedad Chilena de Salud Mental durante 10 años, con una muestra aproximada de tres mil personas mayores de 15 años en las ciudades de Santiago, Concepción, Iquique y Cautín, uno de cada tres chilenos padecen alguna patología psiquiátrica, siendo los trastornos afectivos los que afectan a más del 16% de la población. Se ha calculado un riesgo estimado de desarrollar depresión mayor de 1.59% por año en la población adulta y de 1.25% por año en adultos mayores de 65 años. Las mujeres chilenas tienen 1.25 veces más probabilidad que el hombre de sufrir trastornos afectivos. Entre los factores relacionados a la producción de un cuadro depresivo, se mencionan las pérdidas de un familiar, de un amigo o del trabajo, los cambios en las condiciones socioeconómicas y las patologías crónicas concomitantes¹¹⁻³.

Chile es un país de 15 millones de habitantes y ha sufrido cambios radicales en su estructura social en los últimos 30 años. Si bien se ha logrado mayor estabilidad y aumentar el ingreso promedio per cápita, estudios de organismos internacionales indican que nuestro país no ha logrado vencer las distancias en la distribución interna del ingreso, y se revela como uno de los países donde existe mayor distancia entre ricos y pobres. Mientras el sector privado recauda el 60% de las cotizaciones financieras y atiende al 20% de la población chilena, el sector público recauda menos del 40% y atiende al 67% de la población¹⁴⁻⁹. Dada esta realidad, Chile mantiene inequidades en salud, que las cifras globales no revelan. La población que más acude al sistema público son mujeres y también lo son la mayoría de las profesionales que trabajan en el sistema primario de atención en salud que son las responsables de proporcionar la atención a la población más pobre del país. Como Escuela de Enfermería, nos sentimos responsables de contribuir al desarrollo de equidad en la atención de salud de las mujeres. Por ello entendemos una atención de salud más integral y de buena calidad, que proporcione cuidados de acuerdo a las necesidades de las mujeres, a través de programas de intervención participativos que las incorpore desde la definición de prioridades, en la planificación de las soluciones, de los programas de intervención y hasta la responsabilización por los servicios de salud a través del autocuidado y la toma de decisiones en salud³.

Siendo consistentes con lo anterior, comenzamos realizando un diagnóstico de las necesidades de salud mental desde la perspectiva de las mismas mujeres¹⁵. Se tenía el antecedente de que en los estudios diagnósticos realizados en 523 mujeres con esta misma población en 1999¹, sobre percepción de áreas y

conflictos en la toma de decisiones en salud, no aparecieron los problemas de salud mental en forma espontánea. Al hablar de “decisiones en salud”, “conflictos” o “problemas de salud”, las mujeres entrevistadas aludieron solo la dimensión física. Esto revela sin duda la naturaleza sociocultural del concepto de “salud mental”. En nuestro país los problemas de salud mental son vistos como debilidades personales y como tales deben esconderse. Las mujeres sentían “vergüenza” de hablar de la violencia intrafamiliar, del alcoholismo y de la drogadicción de miembros de su familia. La depresión es tan cotidiana, que se asume como característica de la vida y no como problema que se pueden abordar con la ayuda de otros y que tiene solución.

Esto nos hizo pensar que necesitábamos diagnosticar este tema en forma cualitativa, por lo que realizamos grupos focales con mujeres usuarias de la Comuna de La Pintana¹⁵. Se reveló así que los problemas de salud mental más mencionados fueron depresión, dificultad para expresar sus problemas y emociones, postergación de sí misma y necesidad de apoyo masculino en la crianza. Las principales causas asociadas a estos problemas y necesidades, fueron los sentimientos de soledad, percepción de aislamiento y dificultades para expresar lo que les sucede. Con relación a las prioridades que ellas dan a sus necesidades educativas, se develó la necesidad de orientación sobre la crianza de los hijos, la necesidad de apoyo respecto a la comunicación con la pareja y con los hijos y, a las más jóvenes le interesaban temas sobre el desarrollo de su identidad y sobre su proyecto de vida. Hubo consenso en la necesidad sentida de vinculación y comunicación con otros significativos que apareció simultánea a temor, inseguridad y desconfianza frente a esa posibilidad¹⁵.

Al mismo tiempo, el país había formulado su Plan Nacional de Promoción de la Salud en el 2000 y uno de los objetivos estratégicos de este plan señala la “necesidad de aumentar la asociatividad de los chilenos en organizaciones comunitarias” debido a que en un estudio diagnóstico se había encontrado que el chileno tiene tendencia al aislamiento social. También se recomienda la conveniencia de “Introducir metodologías y temáticas educativas que promuevan en primera instancia el ámbito relacional de la salud”¹⁶⁻⁴⁷.

Ante esta realidad, conscientes de la complejidad inherente a la promoción de la salud mental de una población vulnerable, constituimos un equipo de trabajo en conjunto con miembros de la comuna de La Pintana: mujeres usuarias del consultorio San Rafael, el Director de Salud y Educación, la Directora de Salud

Mental, la Directora del Centro de salud y el equipo DECIDE de la Escuela de Enfermería y de la Universidad de Otawa. El equipo pensó en conjunto todo el proyecto y fue decidiendo los pasos momento a momento durante sus tres años de duración.

PROPOSITO Y OBJETIVOS DEL PROYECTO

El propósito del proyecto quedó definido como apoyar a las mujeres de La Pintana en la toma de decisiones que contribuyan a promover su salud mental personal y familiar, a través de una estrategia que estimule sus fortalezas personales, familiares y sociales. El objetivo general fue promover la salud mental de las mujeres de la comuna de La Pintana, estimulando actitudes y conductas que favorezcan su identidad y autoestima; comunicación y autocuidado. Como objetivos específicos nos propusimos ofrecer información relevante, accesible y práctica sobre temas de salud mental identificados; estimular el diálogo intrafamiliar sobre estos temas; y ofrecer información sobre recursos comunitarios que ayuden al desarrollo de fortalezas en su salud mental.

ESTRATEGIAS

Se diseñaron, a nivel conceptual y gráfico, 12 folletos tipo calendarios, sobre identidad y autoestima; comunicación y autocuidado. Dichos folletos estarían a disposición de la comunidad en centros de atención de salud y otros lugares de reunión comunitaria, identificados en conjunto con encargados de salud de la comuna. La distribución de los folletos sería responsabilidad de la comuna.

Cada folleto tiene una estructura con el mismo título: "Los Secretos de Maruja". El personaje principal es "Maruja", una mujer adulta de edad media, que tiene experiencia en la vida y comparte "secretos" que la han ayudado a enfrentar el día a día y a ser más feliz. Tiene un tema central con un slogan en relación con el tema del folleto. Al interior, se presentan 14 mensajes, uno diario para dos semanas, con información específica sobre el tema, que estimula la reflexión, el diálogo y acciones a poner en práctica. Además, contiene un test de auto diagnóstico del estado del tema en la vida personal de la mujer e información sobre recursos comunitarios de espacios de desarrollo social de la Comuna.

La segunda estrategia consistió en involucrar a las enfermeras de tres de los cinco centros de salud de la Comuna de La Pintana en el proyecto. Ellas

distribuyeron el primer folleto a mujeres que atienden normalmente y evaluaron su experiencia.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

El proceso de intervención se desarrolló en cuatro grandes fases, algunas de las cuales se superponen en el tiempo. Se partió realizando el diagnóstico de los problemas de salud mental desde la perspectiva de las mujeres de La Pintana, al cual se aludió¹⁵. Con estos resultados, la Escuela de Enfermería de la PUC formalizó un acuerdo con los encargados de salud y de salud mental de la comuna de La Pintana, sobre modos de trabajo, funciones y temáticas a abordar en los folletos.

La segunda fase incluyó el diseño conceptual y gráfico de los folletos, sobre la base de revisiones bibliográficas, aportes de expertos y opinión del equipo¹⁶⁻²⁶.

La tercera fase, consistió en la evaluación de cada uno de los folletos con un diseño de investigación pre experimental, tipo pre/post-test en un solo grupo de mujeres. El folleto n° 1 se probó en 150 mujeres y el resto en 30. Se repartía el folleto a un grupo de mujeres, se recolectaba información base, se esperaba un mes para que leyera el folleto, al cabo del cual se las citaba para recoger su opinión sobre el material y la experiencia. Se aplicó tres cuestionarios: consentimiento informado, test del tema del folleto y otro sobre evaluación del folleto: calidad, utilidad, aplicabilidad, claridad, comprensión y diálogo con otras personas sobre el mismo.

La cuarta fase consistió en la incorporación del folleto n° 1 "Como te comunicas en pareja", a la atención de tres Centros de salud de la comuna de la Pintana. Esta experiencia se acompañó y evaluó a través de grupos focales y análisis de contenido temático. Además el proyecto se replicó al norte y sur del país, comprometiendo a la Universidad de La Serena y al Servicio de Salud de Valdivia.

RESULTADOS PRELIMINARES

Podemos compartir los resultados preliminares de la evaluación de los seis primeros folletos y del proceso de incorporación a la atención de seis enfermeras de Centros de salud de la comuna de La Pintana.

Para la presentación de los resultados, a cada folleto se le asignó un número tal como se resume en la Figura 1.

AREA	TEMA
Vínculo y comunicación ¹⁷	1. ¿Cómo te comunicas con tu pa
Identidad/autoestima ²⁰	2. La mujer que siempre quise se
Vínculo y comunicación ¹⁸	3. Conversar con los hijos: un de
Identidad/ autoestima ²¹	4. ¡Yo también puedo... y me enc
Vínculo y comunicación ¹⁹	5. Tengo que aprender a pedir y
Identidad/autoestima ²²	6. ¿Cómo ser mujer, mamá y pare
Vínculo y comunicación ¹⁷	7. Decir lo que uno siente y pien
Identidad/autoestima ²²	8. Yo también tengo necesidades
Autocuidado ²³	9. Tu derecho a pasarlo bien
Autocuidado ²⁴	10. ¡Transforma el bajón en posit
Autocuidado ²⁵	11. Cuidate bien para que puedas
Autocuidado ²⁶	12. Cuando estoy sola...me hago

Figura 1: Area, tema y número de cada folleto: “Los secretos de Maruja”. Santiago, Chile, 2004

En la Tabla 1 se resumen los resultados obtenidos de la evaluación de los seis primeros folletos .

Tabla 1: Síntesis de los resultados de la evaluación de seis folletos: “Los secretos de Maruja”. Chile, 2004.

ITEM	1	2	3	Nº 1
Muestra (n)				
Nº mujeres	145	30	30	
Edad (años)	31	31,2	30,7	
Escolaridad (años estudio)	10,5	9,9	10,7	
Lectura del folleto	80,7%	73,3%	64,7%	
Gustó del folleto	97,9%	100%	97%	
Lo Comprendieron	80%	96%	91%	
El tema es importante	83,2%	100%	100%	
Compartió el folleto	83,2%	40%	75,8%	
Lo encontró útil	93,7%	92%	82 %	
Recibiría otro	95,8%	100%	100%	
Pre/post	p? 0.0001	p? =0.0001	NS	

En la primera columna se señala la variable medida y en la primera fila se indica el numero del folleto del 1 al 6. En las filas sucesivas se indica el resultado obtenido según la variable: muestra (numero de mujeres a las que se les repartió el folleto); edad (se señalan los años promedio del grupo); escolaridad (años de estudio totales); lectura (indica el porcentaje promedio de mujeres que leyó el folleto); satisfacción (indica porcentaje promedio de mujeres que relatan que les gustó el folleto); comprensión (indica porcentaje promedio de mujeres que dicen comprender el volante); importancia del tema (porcentaje promedio de mujeres que indica que el tema es importante); compartió el folleto (indica porcentaje promedio de mujeres que compartieron el folleto con otras personas); utilidad (indica porcentaje promedio de mujeres que encontraron el folleto útil); recibiría otro (indica porcentaje promedio de mujeres que desearían

recibir folletos de otros temas y pre/post test (indica la significatividad estadística de los promedios de puntajes entre el pre y post-test de autodiagnóstico del tema del folleto).

Resultados de la opinión de las mujeres sobre los folletos

El grupo quedó constituido por 301 mujeres que leyeron folletos educativos, tenían entre 15- 55 años de edad, con un promedio de 31 años. El promedio de escolaridad del grupo (10,5años) es levemente superior al nacional que es de 9,7 años⁸. El rango de lectura de los folletos se encuentra entre 47% y 89%. El tema menos leído fue *Conversar con los hijos : un desafío a la confianza* y el mas leído fue *¡Yo también puedo y me encanta!*. Este hallazgo es muy importante y será estudiado en mayor profundidad. De las que leen los

folletos, el 95 % opinan que les gustó y disfrutaron al leerlos, 95% dicen que comprendieron el folleto, lo que indica que los mensajes se expresan en un lenguaje culturalmente apropiado. Aquellos mensajes que no se comprendieron, se modificaron posteriormente.

Casi todas las mujeres (96%) refieren que el tema propuesto y los mensajes para cada día, son “ muy importantes”. Entre 40% y 82,2 % conversa del tema con su familia (esposo, hijos, hermanas, cuñada, pololos*). Esta variable se presenta muy heterogénea. Los folletos menos compartidos fueron relacionados a temas de identidad y autoestima, *La mujer que siempre quise ser; yo misma; y ¡ Yo también puedo y me encanta*, lo que es esperable, porque los mensajes van dirigidos a sí misma y son más íntimos. En cambio, temas sobre comunicación fueron más compartidos.

La mayoría de las mujeres encontraron que los folletos son útiles(82 %) y casi todas (97,3 %) desearía recibir otros. Entre las sugerencias entregadas por las mujeres, está el hacer el folleto más pequeño, tipo agenda, para llevarla consigo, leerla cuando desee y escribir en ella.

Observando las diferencias del promedio de puntajes obtenidos entre el pre y post-test de autodiagnóstico, sobre el tema del calendario, solo tres folletos provocaron cambios estadísticamente significativos: el n° 1 ¿Como te comunicas en pareja?; el n° 2: “La mujer que siempre quise ser “y el n° 4: “Yo también puedo...¡ y me encanta!”. En los tres calendarios restantes, las mujeres presentaron cambios estadísticamente significativos, a pesar de tener una opinión positiva del material. Sobre la base de estos resultados se continuó la prueba de los otros seis folletos.

Resultados de la evaluación del proceso de incorporación en la atención de Enfermería, de la estrategia de promoción en salud mental de las mujeres: Los secretos de Maruja.

Para incorporar la estrategia de promoción de salud mental de las mujeres, “Los secretos de Maruja”, en la atención de salud habitual de consultorios de la comuna de la Pintana, se necesitaba lograr el compromiso de profesionales claves que atienden a estas mujeres: enfermeras y matronas. Invitamos a participar a las profesionales de tres consultorios que son campos clínicos.

El método seguido incluyó: cada enfermera distribuyó 50 folletos a mujeres usuarias entre 15 y 55

años,(5 folletos al día, durante 10 días), durante controles y consultas de salud infantil, control de embarazo, atención ginecológica y controles de mujeres con enfermedades crónicas. Al entregar el folleto educativo, proporcionó una breve explicación del objetivo y aplicó el pre-test de autodiagnóstico del folleto; luego citaron a las mujeres un mes después, para evaluar lo que ocurrió con el folleto.

Experiencia de las profesionales al entregar estos folletos educativos

La experiencia de las seis profesionales al entregar estos folletos educativos se evaluó mediante técnica de grupos focales. Las preguntas abiertas formuladas al grupo fueron: ¿ En general, cuales son las ventajas de entregar estos folletos a las usuarias, dentro de su atención diaria? (Para Ud. y para las usuarias); ¿Cuales son las dificultades experimentadas al entregar estos folletos a las usuarias, dentro de su atención diaria? (para Ud. y para las usuarias); ¿Cómo se sintió realizando esta intervención?; ¿Lo seguiría utilizando?; ¿Le aportó a Ud. como profesional? ¿En que?; Si Ud. fuera usuaria, ¿qué cambiaría para mejorar esta intervención?; Si Ud. fuera la directora de este proyecto, ¿qué cambiaría para mejorarlo?

Percepción acerca de las ventajas de entregar estos folletos a las usuarias, dentro de la atención diaria

Las enfermeras evaluaron la experiencia como positiva, porque lograron construir una relación más horizontal con las mujeres y más cercana afectivamente; pudieron escuchar más y accedieron a mayor intimidad con las mujeres. Habitualmente, cuando mencionamos la necesidad que este país tiene de incluir los temas de salud mental a la atención de rutina, las enfermeras presentan cierta resistencia por temor a la complejidad inherente a estos temas. Sin embargo, a través de estos folletos este trabajo se facilitó y ellas reconocen que les ayudó mucho: *se construyó una relación más horizontal con la mujer, más de cercanía, fue una instancia de acercamiento a la paciente, más afectiva; Las mujeres se abrieron, tocaron temas íntimos que no habían conversado antes con nadie. Incluso temas tabú que por religión no puede referirse a ellos y debe soportar, como ocurre con las experiencias de subordinación al marido: yo me casé para atender al esposo no para que yo piense, sienta o decida.*

Las dudas que teníamos respecto a la aceptación

* Pololo: nombre usado popularmente en Chile para indicar novio

del folleto como material de ayuda en aspectos de salud mental, en este caso, comunicación con su pareja, se disiparon, pues el folleto fue muy bien recibido y resultó útil para las enfermeras. Les facilitó la incorporación de la dimensión psicosocial a la atención en salud, les afirmó su identidad y autonomía profesional al poder dar una atención mas integral y desde sus perspectivas, ayudó también a las mujeres y a los hombres. *Contar con este folleto como instrumento y el test de autodiagnóstico, fue positivo porque a través de las preguntas, te guía a llegar a estos temas más profundos. Se amplió el control de salud de rutina que evalúa solo los aspectos biológicos y los fármacos, a los aspectos psicosociales.*

Hay en este aspecto un proceso que aparece relacionado a la calidad de atención. Es muy positivo para los profesionales que atienden y para los usuarios que buscan servicios de salud, contar con instrumentos concretos, confiables, probados y validados mediante estudios de investigación, que les ayude a mejorar la calidad de la atención. En este sentido, nos preocupamos de que el material de los folletos sea de buena calidad en sus contenidos y también en la forma: colores vistosos, letras claras, bonitas y lenguaje culturalmente apropiado que invite a leerlo. El significado atribuido a este tipo de intervenciones es inmenso, porque el usuario puede llevarse este material y leerlo con calma en su casa, puede compartirlo con otras personas y dialogar acerca de los temas, puede traer preguntas al próximo control de salud y puede aportar con nuevas ideas para mejorar su salud y la de su vecindario.

Dificultades encontradas al entregar los folletos a las usuarias, dentro de su atención diaria

Las dificultades de las enfermeras se concentran en la conducción y desarrollo de la relación interpersonal con el usuario, cuando este comparte su intimidad: *Como los problemas son complejos, uno a veces no sabe como orientarlos respecto a su salud mental; Al entrar en intimidad, no se puede cortar la conversación, y a veces tienen tantos problemas que uno tiene que tomar tiempo para escucharlos. Yo aumenté entre 1 hora y 1:30 hora más la consulta de cada día.*

Estas dificultades las estamos encontrando en otros grupos de enfermeras y merecen un estudio específico. Este hallazgo llama la atención porque en Chile, la enseñanza de la Enfermería es universitaria y tradicional, es decir se fundamenta en los modelos teóricos de enfermería y otras ciencias relacionadas a la salud. Todos los modelos teóricos de enfermería, se refieren

a la relación de ayuda de la enfermera con el usuario como esencial al proceso de cuidados y se enseña a desarrollar competencias de ayuda interpersonal en el pregrado y en el post-título. No obstante, las enfermeras chilenas continúan expresando dificultades y exhibiendo temores al encuentro interpersonal con los usuarios y familiares. Por esta razón, luego de estos resultados, la psicóloga de nuestro equipo reforzó la intervención en crisis en el grupo de enfermeras participantes en esta investigación.

Otra dificultad encontrada se relacionó con el post-test que debían recoger, después de un mes de leído el folleto. Encontraron mujeres que no tenían teléfono o estaba desconectado, y otras que no les tocaba control hasta tres meses más. Otras enfermeras perdieron el contacto con las mujeres o las cambiaron de lugar en el Centro de salud, otras estuvieron con licencia médica, etc. En fin, hubo mil razones, para no aplicar los dos cuestionarios. Esto no revistió mayor problema, porque nos bastaba con la evaluación que las enfermeras hicieron de la experiencia de haber distribuido estos folletos en su atención habitual.

Esta dificultad nos pareció lógica, y confirmó nuestra percepción de que las enfermeras no pueden invertir el tiempo de atención a usuarias, en investigación. Para continuar nuestros estudios teníamos que trabajar con nuestro equipo investigador, incluyendo tesis y alumnas. Aún así, para las enfermeras, la experiencia fue muy positiva y todas expresaron desear recibir otros folletos de este tipo. *Me sentí muy bien, con mas identidad. Me sentí más cercana con una mujer que vive la misma cosa, contestando la misma cosa, no sé, era como hablar de par a par.*

Tiempo requerido para esta intervención

El factor tiempo, es el más importante de considerar para cualquier cambio en las atenciones de rutina en las instituciones de atención primaria del sistema público. La resistencia al cambio se reviste de múltiples formas y el factor más frecuente es el *no tengo tiempo, me falta tiempo, no alcancé a hacer los cambios[...]*. Por ello nos interesaba mucho escuchar a las enfermeras. La mayoría no necesitó mas tiempo e integró la educación a través del folleto, dentro de su tiempo de consulta. Solo las enfermeras que trabajan con mujeres mayores con problemas crónicos de salud, tuvieron que leer el test de autodiagnóstico, contestaron mas dudas y tomaron entre 30 min. y una hora más por día. Sin embargo esta enfermera fue quien evaluó mejor su experiencia con los folletos. Cualquier cambio para mejorar la atención, tomará un tiempo, hasta que el

profesional lo integre.

Aporte de la intervención a su identidad profesional

Las enfermeras participantes se sintieron dando una atención mas integral, incluyendo la dimensión psicosocial. Esto estimuló su identidad profesional y su satisfacción laboral: *Esto lo hacemos solo nosotros, las enfermeras, fue algo muy especial. Me sentí muy bien; Tenía la seguridad de estar haciendo un aporte único a la salud mental de las mujeres, y eso me encantaba.*

Con respecto a los cambios que ellas harían para mejorar esta intervención, hubo unanimidad en la necesidad de cambiar una pregunta del test del folleto sobre "Como te comunicas en pareja", que se modificó. No sugirieron cambios al ponerse en el lugar de ser la directora del proyecto.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta ha sido una larga experiencia que no ha terminado aún. Comenzó con la idea de hacer "volantes con mensajes simples" sobre salud mental y en la medida que avanzamos etapa por etapa, se revelaba de una complejidad creciente.

Nuestro compromiso con las autoridades de salud de la comuna, fue el de no aumentar la demanda por servicios de salud mental en el nivel primario de atención, ya que estaban sobrepasados de consultas. Por otra parte, los expertos en salud mental del equipo investigador, expresábamos poca confianza en el impacto de este tipo de intervenciones, ya que se trataba de una población de mujeres de bajos recursos, no acostumbradas a leer, y menos en temas complejos como es la salud mental. La literatura y experiencia en el área de salud mental, normalmente señalan la complejidad inherente a cualquier intervención que se realice. Por lo menos, ellas implican relaciones de ayuda interpersonal y por lo tanto requieren inversión en "recursos humanos especializados" e intervenciones psicoterapéuticas largas.

Este proyecto partía del supuesto compartido, por un lado, de que los seres humanos tenemos el potencial latente o manifiesto, de comprendernos a nosotros mismos y gestionar la propia vida de acuerdo a las necesidades que emergen en cada etapa de ella y por otro, de que los profesionales tienen la capacitación básica en relación de ayuda y de apoyo psicosocial. También compartíamos la creencia de que las mujeres de La Pintana tienen recursos de apoyo comunitario

que generalmente no conocen, pero que pueden recurrir a ellos y sabíamos que a estas mujeres no les gusta compartir sus problemas de salud mental en forma verbal, por lo que ofrecerles material escrito atractivo resultaba una posibilidad congruente con esa forma de ser.

Por lo anterior, fuimos muy cuidadosas y planificamos una evaluación rigurosa en cada paso del proceso, y solo sobre la base de los resultados positivos obtenidos, avanzamos a la fase siguiente. De esta manera, lo que en principio fue solo un proyecto de intervención, ha dado frutos múltiples en la práctica de investigación del equipo con comunidades, en la enseñanza de la investigación en terreno, en la práctica de trabajo con un equipo multidisciplinario local, nacional e internacional y ahora en publicaciones.

Aún así, lo más importante continúa siendo la satisfacción de poder crear prácticas transformadoras en salud, basadas en nuestro compromiso con las mujeres más pobres de nuestro país, las más vulnerables y las más necesitadas. Confirmamos este compromiso de contribuir a la equidad en salud y al desarrollo pleno de las mujeres chilenas y ofrecer a nuestras alumnas la posibilidad de participar en la creación de procesos de cambios en la atención de salud. Pasar de la concepción teórica a la práctica de las buenas ideas, generadas en conjunto con el máximo de los actores sociales implicados en la atención de la salud pública, es una experiencia transformadora y de creación constante. Agradecemos el apoyo y la confianza depositada en nuestro equipo de la Dra O'Connor y M.J Jacobsen y de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional.

REFERENCIAS

- 1 CIDA Annual Work Plan, April 1, 2003 to December 31, 2003. Making choices, making decisions. A client/provider partnership in Canadian/Chilean technology transfer (MCMD). Elecciones y decisiones en salud: Una alianza profesional/usuario con transferencia tecnológica Canadiense/Chilena (DECIDE). Canada/ Chile. 2003.
- 2 Campos MS, Castellano A, Carrizo M, Márquez F. Centro de salud intercultural. Horiz Enferm 2001; 12: 27-33.
- 3 Lange I, O'Connor A, Urrutia M, Campos C, Campos MS, Campos S, et al. Toma de decisiones en salud: una alianza estratégica entre profesionales y usuarios (DECIDE). ACIDI / UOTAWA/ PUC. 1999.
- 4 Lange I, Urrutia M, Muñoz M. Difusión del proyecto toma de decisiones en salud: una alianza entre profesionales y usuarios. Santiago, Chile: Centro de Extensión. Pontificia

- Universidad Católica de Chile; 2004. Documento PUC.
- 5Dewart J, Bell J, Colmenar R, Fluounoy R, McGehee M, Rubin V, et al. Reducing health disparities through a focus in communities. California: A Policy Link Report. N°2, 2002[citado Nov 2002] Disponible en:URL:http://www.policylink.org/pdfs/Healthdisparities.pdf
 - 6 Gender Health and Development in the America's. Population Reference Buroww(PRB). Washington: PAHO/OMS; 2003.
 - 7 Sudhir A, Amartya S. Gender inequality in human development. Theories and measurement. New York: Human Deveolpment Report Office, Ocasional Papers. N° 19, 1995[citado 2004 Sep 20]. Disponible en: URL: http://www.undp.org/intro/oc.19a.htm
 - 8 Servicio Nacional de la Mujer (Chile). Informe Consejo de Ministros para la Igualdad de Oportunidades. Santiago, Chile: SERNAM; 2003.
 - 9 Indo MM, Martínez V, Matus T. Perspectivas en violencia intrafamiliar en Chile: diagnóstico y nuevas formas de intervención. Proyecto Centros de Intervención en Violencia intrafamiliar. FOSIS. Santiago, Chile; 2003. [citado 2004 Sep 22]. Disponible en : URL: http://www.fosis.cl
 - 10 Larraín S. Violencia familiar en Chile: una necesaria reflexión. 2002. [citado 2004 Sep 23]. Disponible en: URL: www.sernam.cl
 - 11 Ministerio de Salud de Chile. Las enfermedades mentales en Chile. Magnitud y consecuencias. Santiago, Chile; O Ministerio; 1999. Informe.
 - 12 Ministerio de Salud de Chile. Programa de Salud Mental. 2002 [citado 2004 Jul 19]. Disponible en: URL: http://www.minsal.cl
 - 13 Cuevas M. Depresión, ansiedad y adicciones agobian a los chilenos.[citado 2002 Mayo 15]. Disponible en: URL:http://www.drogas.cl/noticias2906_101.htm
 - 14 Jara P, Morales I, Núñez H, Berkowitz D. Perspectivas innovativas en política social. Desigualdad y reducción de brechas de equidad. Ministerio de Planificación y Cooperación. 2002. Chile: MIDEPLAN; 19. [citado 2004 Sep 23]. Disponible en : URL: http://www.mideplan.cl
 - 15 Bustos S, Contreras A. Diagnóstico de problemas de salud mental de mujeres de La Pintana. Santiago, Chile: Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2000.
 - 16 Ministerio de Salud de Chile. División de atención primaria. Unidad de Promoción de la Salud. Promoción de la salud para Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Santiago, Chile: O Ministerio; 1999.
 - 17 Sánchez R, Díaz R. Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. An Psicol 2003; 19: 257-77.
 - 18 Drennan M, Robey B, Goldstein, S. Obstáculos que se oponen a la comunicación entre la pareja 1998. [Versión electrónica] Publicación del Population Information Program, 26.
 - 19 Rhoden J. Marital cohesion, flexibility, and communication in the marriages of nontraditional and traditional women. [Versión electrónica] Fam J 2003; 11: 248-58.
 - 20 Brown GW, Andrews B, Bifulco A, Veiel H. Self-esteem and depression. Soc Psychiatr Epidemiol 1990 Jan-Feb; 25: 200-9.
 - 21 Greenberg J, Solomon S, Rosenblatt A, Pyszczynski T, Burling J, Lyon D, et al. Why do people need self-ssteem? Converging evidence that self-esteem serves and anxiety-buffering function. J Pers Soc Psychol 1992 May; 63(6):913-22.
 - 22 Kernis MH,Grannemann BD, Mathis LC. Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. J Pers Soc Psychol 1991 Jan; 61(1): 80-4.
 - 23 Whatley SL, Foreman AC, Richards S. The relationship of coping style to dysphoria, anxiety, and anger. Psychol Rep 1998; 83: 783-91.
 - 24 Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measures 1977 Jun; 1: 385-401.
 - 25 Communion A. Some characteristics of relations among depression, anxiety and self-efficacy. Percept Mot Skills 1989; 69:755-64.
 - 26 Benton D. Assertiveness, power and influence. Nurs Stand 1999 Sep; 15: 21-32.