



SECCION ARTICULOS ORIGINALES
REVISTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 4 VOL 1 N° 5 - 2004 - 26-38

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL

**Gloria Cielo Álvarez R¹., Mariodys Arias S²., Janny Catherine Guzmán Ch³.,
Dalia Lucy Ordóñez H⁴., Rosalba Mera R⁵.**

Recibido Mayo 7 - 04 Enviado para modificaciones Junio 30 - 04 Aceptado Agosto 27 - 04

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa en una institución psiquiátrica de nivel III de atención con el fin de promover la adaptación social de la persona con enfermedad mental en términos de auto-imagen, autoestima y autocuidado en casa. Se trabajó con 30 personas mentalmente enfermas, de sexo masculino con edades comprendidas entre 18 y 45 años y también con 30 familiares responsables del cuidado del enfermo mental. Entre los hallazgos se encontró que posterior a la intervención educativa aumentó el porcentaje de personas con auto-imagen, autoestima y autocuidado favorable según la percepción de la persona enferma. Según la percepción del familiar responsable del cuidado del enfermo también aumentó el porcentaje de auto-imagen, autoestima y autocuidado favorable. No se encontró relación estadística entre la primera y la segunda medición para estos componentes. Se encontró relación estadística negativa entre la variable edad y auto-imagen ($P = 0.026$), es decir que a mayor edad la auto-imagen favorable disminuye. También la relación entre autocuidado y edad mostró estadísticamente relación negativa ($P = 0.01$), es decir que a medida que aumenta la edad el autocuidado tiende a ser menos favorable.

SUMMARY

A teaching intervention was carried out, in a level III psychiatric institution, with 30 mentally ill men, 18 to 45 years old and their family caregiver in order to promote the mentally ill person's self-image, self-esteem, and self-care. After the intervention, there was an increase of the percentage of persons with favorable self-image, self-esteem, and self-care according to the perception of the mentally ill person and their family caregiver. There were not differences statistically significant between the measure of the above variables before and after the intervention. The relationship between age and self-image and self-care was negative.

Palabras Claves: COMPONENTES DE ADAPTACIÓN SOCIAL: AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA, AUTOCUIDADO, FAMILIA DE PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL

INTRODUCCION

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes y universales, puesto que afectan a

¹ Profesora Titular. Escuela de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad del Valle. gloricar@mafalda.univalle.edu.co

² Estudiante de Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad del Valle. marlodys@lycos.es

³ Estudiante de Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad del Valle. jkguzman12@hotmail.com

⁴ Estudiante de Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad del Valle. dalorhy@yahoo.com

⁵ Profesora Titular Jubilada. Escuela de Enfermería facultad de Salud. Universidad del Valle. rosalbameracali@hotmail.com

grupos socioeconómicos y de un entorno geográfico urbano y rural. Tienen un impacto económico sobre la sociedad y la calidad de vida de los individuos y su grupo familiar.

Cuando los trastornos mentales son severos y persistentes, interfieren significativamente en las capacidades funcionales de las personas en la vida diaria. El autocuidado, las relaciones interpersonales, el desempeño en el trabajo y el estudio se debilitan y con frecuencia se requiere de atención hospitalaria, donde se brinda un tratamiento adecuado y se espera que la persona egrese en mejores condiciones de salud y en capacidad de lograr cierto grado de independencia, autocontrol y competencia social para continuar su proceso de tratamiento y rehabilitación con participación de su familia.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 1996, cuatro de las diez primeras causas de discapacidad en el mundo corresponden a trastornos mentales. Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo. Más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida, afectan aproximadamente al 10% de la población adulta y alrededor del 20% de todas las personas atendidas por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. También es importante tener presente que los estudios muestran que en una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o de comportamiento. Los familiares no solo proporcionan apoyo físico y emocional sino que soportan las consecuencias negativas de la enfermedad, de la estigmatización y la discriminación. ⁽¹⁾

En Colombia, los trastornos relacionados con la Salud Mental no se mencionan en el cuadro de las 10 Primeras Causas de Morbilidad, debido a que posiblemente la enfermedad mental es considerada un estigma, muchas personas no logran identificar o reconocer su enfermedad por desconocimiento, temor, vergüenza, entre otros motivos. En muchas ocasiones, los trastornos mentales no son bien

diagnosticados por falta de claridad en los signos y síntomas reportados por el enfermo y su familia. De lo anterior, se podría deducir que un gran porcentaje de personas no recibe apoyo adecuado y tratamiento oportuno, lo que conlleva al desmejoramiento de la calidad de vida del enfermo y su familia y al aumento de los costos en la atención.

El estudio realizado por el Ministerio de Salud de Colombia en el año de 1997 mostró que el 13.6% de las personas encuestadas expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental. El 25.1% refirió algún grado de posible depresión clínica y el 14.3% mostró algún indicador positivo para un posible caso de psicosis. El intento de suicidio observado fue de 57 por 1000. El mismo estudio reportó una prevalencia de vida para la depresión clínica de 19.6%, para la ideación suicida 4.5%, para el intento de suicidio 1.7% y para la esquizofrenia una prevalencia de vida de 1.4% y en el último año de 0.6%. ⁽²⁾

Según los registros obtenidos del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de la ciudad de Cali, entre los años 1999 y 2000, el incremento de la consulta psiquiátrica fue de 35.6%. Las primeras causas de ingresos hospitalarios fueron: la psicosis esquizofrénica, psicosis afectiva, trastornos depresivos, trastornos neuróticos y epilepsia. ⁽³⁾

Para la familia resulta difícil afrontar la convivencia con una persona con enfermedad mental, debido entre otros factores, al desconocimiento de la enfermedad y al rol que puede desempeñar la familia en el tratamiento y recuperación de la persona enferma, lo cual le impide reconocer la enfermedad, aceptarla y potencializar los recursos internos con que cuenta la persona enferma, impidiendo de esta forma una mejor adaptación social.

La incertidumbre, la imprevisibilidad y la confusión que rodea una familia que intenta adaptarse y afrontar el que uno de sus miembros sea un enfermo mental, fácilmente origina desesperanza,

frustración y tensión. Una elevada tensión familiar puede corroer la estabilidad familiar y poner a los parientes sanos al borde de la sintomatología psiquiátrica. Es así, como algunas familias sufren trastornos relacionados con el estrés como la cefalea, hipertensión arterial, insomnio y depresión, otros reaccionan huyendo de la situación o rechazando la persona con enfermedad mental.^(4, 5)

Según investigaciones realizadas, el estrés permanente al cual está expuesto el familiar responsable del cuidado del enfermo puede ocasionar alteraciones en el sistema inmunitario, depresión y hasta muerte prematura. Un estudio realizado por Richard Schulz, de la Universidad de Pittsburgh, reportó que las personas mayores que cuidaban enfermos y manifestaban sentirse agotadas física o psicológicamente, como consecuencia de sus obligaciones tenía un 63% más de probabilidad de morir de forma prematura que los que no cuidaban a nadie.⁽⁶⁾

Los estudios realizados muestran que el 90.9% de los familiares responsables del cuidado de los pacientes son mujeres y de este porcentaje, 51.5% corresponde a la madre, con una edad promedio de 51 años y escolaridad de primaria. En cuanto al trato que su familia le brinda, el 55.5% de los pacientes consideran que siempre es bueno; 31.5% lo perciben que es bueno solo de vez en cuando y 11% afirman que nunca reciben buen trato.^(7, 8)

Un aspecto importante a considerar, es que un gran porcentaje de los enfermos que egresan de una institución psiquiátrica presentan re-hospitalizaciones frecuentes, debido entre otros factores a la falta de continuidad en el tratamiento, a la poca participación de la familia en su cuidado y a la existencia de factores ambientales desfavorables que reactivan la enfermedad ocasionando progresivamente el deterioro del enfermo mental.

Es necesario entonces crear un nexo entre la familia y la persona enferma sustentado por una orientación con base en la responsabilidad, el compromiso, la atención y el cuidado, debido a que

la persona con enfermedad mental necesita apoyo y tolerancia por parte de su familia para lograr una mejor adaptación al hogar y a la sociedad, disminuyendo de esta forma la frecuencia y la duración de las hospitalizaciones, donde el equipo de salud debe trabajar activamente para lograr el bienestar integral de los mismos.

Igualmente, la familia requiere de conocimientos básicos y ayudas para afrontar las situaciones estresantes y los sentimientos negativos que pueden interferir en el bienestar de cada uno de los miembros del grupo.

En la actualidad, la integración de los tratamientos biológicos y sicosociales es un postulado esencial e indiscutible en la atención al enfermo mental. Las ayudas sicosociales buscan reforzar las capacidades de la persona, reducir al mínimo la vulnerabilidad al estrés, estimular las capacidades de adaptación, potenciar la resolución de problemas de la vida cotidiana, combatir el aislamiento, reforzar los apoyos sociales, y prevenir y evitar las recaídas.^(9,10, 11)

Se buscó entonces, evaluar el efecto de una intervención educativa en la adaptación social de la persona con enfermedad mental egresada de una institución psiquiátrica y los resultados de este trabajo aportan elementos a las instituciones de salud y a los profesionales que se desempeñan en el área, con el fin de orientar a la familia de la persona con enfermedad mental sobre el cuidado en casa.

Para las autoras, la adaptación social se define como: El establecimiento de una relación armoniosa entre la persona con enfermedad mental y su familia, donde la auto-imagen, la autoestima y el autocuidado juegan un papel importante en la vida del individuo.

La auto-imagen se define como: La forma en que la persona se ve a sí misma, acepta su propio ser, su apariencia física, cualidades y defectos. Se considera autoestima como: El grado en que la persona se siente querida, valiosa y competente y autocuidado como: Aquellas actividades que realiza la persona con el propósito de promover la salud, prevenir la

enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Entre los aspectos que pueden influir en el nivel de auto-imagen, autoestima y autocuidado de la persona con enfermedad mental se seleccionaron la edad, el nivel de escolaridad, el número de hospitalizaciones, el diagnóstico y la dinámica familiar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo se realizó a través de una intervención educativa dirigida a la familia y a la persona con enfermedad mental, con el fin de motivar y lograr la participación de la familia en el tratamiento y rehabilitación del enfermo para facilitar una mejor adaptación social. Se llevó a cabo en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, con un grupo de 30 enfermos mentales de sexo masculino y un familiar responsable del cuidado de cada enfermo, por lo que el grupo estuvo constituido por 30 familiares y 30 enfermos mentales. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: Enfermos mentales de sexo masculino, con edades entre 18 y 45 años, hospitalizados con diferentes diagnósticos, pertenecientes al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social del país y residentes en el área urbana de la ciudad de Cali.

En cuanto a los aspectos éticos se aplicó un formato de consentimiento informado dirigido al grupo de familiares y al grupo de personas enfermas, con el fin de obtener su aprobación para participar en el programa educativo. Tanto la persona enferma como su familiar responsable del cuidado, tenían el derecho de retirarse del grupo objeto de estudio en cualquier momento sin tener ninguna repercusión en la atención que le brinda la institución. Cuando la persona enferma y su familiar se retiraron voluntariamente del programa, se seleccionó otra persona que cumpliera con los criterios de inclusión y deseara hacer parte del programa.

El programa de intervención educativa estuvo dirigido a 2 grupos: familiares responsables del cuidado y personas con enfermedad mental. Con la familia se trabajó desde el inicio de la hospitalización

del enfermo y con la persona enferma, cuando su estado mental había mejorado y le permitía el proceso de aprendizaje. El trabajo se desarrolló durante 12 semanas a partir del primer semestre del año 2003.

El programa educativo dirigido a la familia, comprendió cuatro (4) talleres con una duración de una hora por semana, con el fin de orientarlos para realizar un buen acompañamiento a su familiar, fortalecer los componentes de adaptación social (autoestima, auto-imagen y autocuidado); orientar al enfermo en cómo afrontar positivamente las situaciones de la vida cotidiana, a disminuir los factores estresantes y a mantener las relaciones intrafamiliares armoniosas. Igualmente, se reforzó la importancia de continuar con el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En cada taller se utilizaron dinámicas educativas, de integración, de reflexión y de relajación, las cuales permitieron la expresión de sentimientos, el fortalecimiento de conocimientos, la identificación de situaciones causantes de estrés y las diferentes formas de afrontamiento de manera saludable.

El programa educativo con el grupo de personas con enfermedad mental buscó sensibilizar al enfermo acerca del reconocimiento de su enfermedad mental, de la continuidad del tratamiento farmacológico y no farmacológico, del valor de sí mismo, del mejoramiento de su auto-imagen, autoestima y autocuidado y la importancia de su adaptación social, con el fin de facilitar una mejor relación de ayuda entre el enfermo y la persona responsable de su cuidado. Al igual que en el trabajo con los familiares, el grupo de personas enfermas se dividió en subgrupos para recibir la educación.

Este programa comprendió cuatro talleres, con duración de una hora cada uno, propiciando la expresión de sentimientos, la reflexión, el análisis de comportamientos saludables y no saludables y las estrategias de solución a las dificultades que se presentan en la vida cotidiana.

Para llevarlo a cabo, se presentó el proyecto a

las directivas de la institución para su revisión y aprobación. Posteriormente, la propuesta se presentó a profesionales de trabajo social, terapia ocupacional y enfermería, para recibir sugerencias sobre las necesidades de la persona con enfermedad mental y su familiar, los cuales fueron de gran utilidad para reajustar el programa educativo.

En la recolección de información se emplearon dos instrumentos:

1. Dirigido al familiar responsable del cuidado que consta de tres partes: La primera contiene datos sociodemográficos de la persona que recibe la educación.

La segunda parte, se refiere a la percepción del familiar responsable del cuidado, acerca de los componentes de adaptación social (auto-imagen, autoestima, autocuidado) de la persona enferma en una escala de sí, algunas veces y no. La tercera parte está orientada a conocer los sentimientos de cuidador con relación al cuidado que brinda. Este instrumento se aplicó al inicio del programa educativo, es decir cuando la persona estaba hospitalizada, al finalizar el programa educativo, a los tres meses de terminar el programa y a los seis meses de haber realizado el mismo.

2. Dirigido a la persona enferma que contempla tres partes: La primera se refiere a los datos sociodemográficos y el diagnóstico, la segunda incluye la estructura y la dinámica familiar mediante la aplicación del APGAR familiar; la tercera contempla los componentes de adaptación social (auto-imagen, autoestima y autocuidado); en una escala de sí, algunas veces y no.

Este instrumento se aplicó cuando la persona salió de su fase aguda, al finalizar el programa educativo y posteriormente, a los tres y seis meses de haber terminado el programa educativo.

Una vez elaborados los instrumentos, se verificó la validez de contenido de los mismos por parte de un grupo de expertos conformado por psicólogos y profesionales de enfermería que trabajan en el área

de salud mental, quienes valoraron la claridad y la relevancia de los instrumentos y además la relación de las preguntas con los componentes de adaptación social: auto-imagen, autoestima y autocuidado. Se obtuvo como resultado para validez de contenido del instrumento del familiar responsable del cuidado 98% y 93% para el instrumento de la persona con enfermedad mental. Después de validar el contenido se procedió a realizar los cambios pertinentes a los instrumentos con base en las recomendaciones. Una vez consolidados los instrumentos se aplicó a una muestra piloto (conformada por 3 familiares y 3 personas con enfermedad mental) para evaluar la claridad de las preguntas y luego se seleccionó la muestra según criterios de inclusión.

Con base en las respuestas obtenidas del instrumento aplicado a la persona con enfermedad mental, se procedió a asignarle valores a cada respuesta en la siguiente forma:

Cuando la respuesta es favorable para la adaptación social de la persona con enfermedad mental, se le asigna un valor de tres (3); cuando la respuesta es poco favorable un valor de dos (2) y cuando la respuesta no es favorable, un valor de uno (1). Si se parte del supuesto que todas las respuestas son favorables para auto-imagen, esta tendría un total de 30 puntos y si todas las respuestas fueran no favorables tendrían un puntaje de 10.

Para el componente de **auto-imagen** la escala quedó en la siguiente forma:

Favorable	24 a 30
Poco favorable	17 a 23
No favorable	10 a 16

Para **autoestima** la escala es:

Favorable	29 a 36
Poco favorable	21 a 28
No favorable	12 a 20

Para **autocuidado** la escala quedó así:

Favorable	26 a 33
Poco favorable	18 a 25

No favorable 11 a 17

Similar metodología se utilizó con el instrumento del familiar responsable del cuidado del enfermo, quedando la escala en la siguiente forma:

Auto-imagen:

Favorable 10 a 12
 Poco favorable 7 a 9
 No favorable 4 a 6

Autoestima

Favorable 26 a 33
 Poco favorable 18 a 25
 No favorable 11 a 17

Autocuidado

Favorable 31 a 39
 Poco favorable 22 a 30
 No favorable 13 a 21

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo donde las variables continuas se expresaron en promedio y las categorías en proporciones. Las comparaciones se realizaron con la prueba T de Student y Chi (X^2). Se consideró un valor de $p < 0.05$ como nivel de significancia. Se utilizó el programa S.P.S.S. versión 10.0 para Windows para el análisis estadístico.

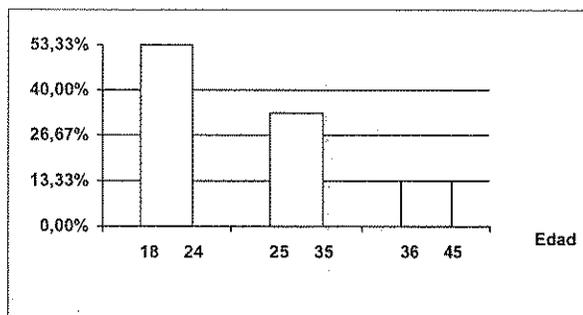
RESULTADOS

1. Datos sociodemográficos de la persona con enfermedad mental

De las 30 personas enfermas, el 53.3% (16), se encuentran en el rango de edad de 18 a 24 años; 33.3% entre 25 y 35 y el resto en el de 36 a 45 años (Gráfico 1); 66.7% son mestizos y 33.3% son de raza negra; el 86.7% son solteros y el resto separados o conviven en unión libre. El 83.3% de las personas realizaron estudios de educación media sin concluirlos, 13.3% estudios de educación básica y el resto no ha realizado estudios de educación formal. En cuanto a la religión, el 33.3% expresa pertenecer

a la religión católica, el 26.7% a la religión cristiana, 13.3% refiere no pertenecer a ninguna religión y el resto profesa otras religiones.

Gráfico 1. Distribución porcentual del grupo de personas con enfermedad mental según la edad. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Cali 2003



Como puede observarse en el gráfico 1, la distribución porcentual del grupo de personas con enfermedad mental según la edad, el 86.6% de la población corresponde a los grupos de adolescente y adulto joven, período en el cual las personas son aptas para el desarrollo de su potencial humano y productivo, la adquisición de nuevos roles y eventos que en algunas ocasiones pueden aumentar el riesgo de ser susceptibles a las situaciones que alteren su salud mental.

Igualmente, es en estas etapas en donde la enfermedad mental se manifiesta con mayor frecuencia modificando el proceso de socialización de las personas, lo cual se refleja en las alteraciones de tipo cognitivo, afectivo y del comportamiento (12, 13), hecho que repercute negativamente en el desarrollo económico y social del país debido a que las desadaptaciones generadas por la enfermedad mental disminuyen la capacidad productiva.

El 53.3% de las personas se desempeñan en economía informal: vigilancia, lavar carros y realizar labores de limpieza entre otras; 33.3% no tiene ninguna actividad, 10.1% desempeña otras ocupaciones como "Hacer mandados a la familia y colaborar en las actividades del hogar", y solo una

persona estudia. Es importante resaltar como, más de la mitad de la población estudiada realiza en su diario vivir, actividades que favorecen el bienestar físico, psicológico y social de la persona enferma mentalmente y su familia, logrando de esta forma fortalecer la autoestima, la auto-imagen y el autocuidado con el fin de lograr un mejor proceso de adaptación.

El 60% de la población estudiada nació en Cali, 20% en otros municipios del Valle del Cauca y el resto son de otros departamentos. En cuanto a la residencia 53.3% están en los estratos 1 y 2, 33.3% en el estrato 3 y el resto en los estratos 4 y 5 de las diferentes comunas de la ciudad de Cali. El 30% de la población estudiada vive en el Distrito de Aguablanca, resultado explicable por el criterio de inclusión de pertenecer al Régimen subsidiado y posiblemente por el desempleo característico de la gran mayoría de las personas enfermas que participaron en el estudio.

2. Diagnósticos más frecuentes

Se encontró que el 38.7% de las personas tienen un diagnóstico de cuadros esquizofreniformes, 29.7% diferentes tipos de esquizofrenia, 20.7% trastorno afectivo bipolar, 7.6% depresión mayor y el resto psicosis tóxicas. En cuanto al número de ingresos a la institución el 56.7% de las personas han tenido de 2 a 3 hospitalizaciones, en el 33.3% era el primer ingreso, 6.7% entre 4 y 6 ingresos y el 3.3% 7 o más ingresos. Como puede observarse el 66.7% de las personas han tenido varias hospitalizaciones, situación que es desfavorable en el proceso de recuperación y adaptación social del enfermo. Además, las situaciones de los reingresos hospitalarios no son propicias para la familia, las instituciones prestadoras de servicio, y la sociedad en general lo que amerita realizar estudios a fin de identificar diferentes factores que están influyendo, para plantear las actividades pertinentes.

3. Características del grupo familiar

El 76.7% de las personas tienen un grupo familiar

conformado entre 2 y 5 personas, 23.3% 6 o más. El 56.7% vive con su familia nuclear y 46.3% con familia extensa.

Al analizar los resultados del apgar familiar aplicado a la persona mentalmente enferma, en el 40% la familia es funcional y el 60% es disfuncional, con un nivel de disfunción severa en el 26.7% de los casos.

Es importante tener en cuenta que una familia funcional, facilita una mejor comunicación, comprensión y ayuda a las personas con enfermedad mental y a la vez es un factor protector para la salud mental de los otros miembros de la familia, disminuyendo la probabilidad de enfermar mentalmente ⁽¹⁴⁾.

Analizando el porcentaje de familias disfuncionales en esta población (60%), se hace necesario reforzar las acciones encaminadas a identificar los factores que contribuyen a la presencia de esta problemática y tomar las medidas necesarias, tanto en el ámbito de las instituciones que ofrecen atención al enfermo mental, como a nivel comunitario en los programas tendientes a la promoción de la salud mental.

El 53.3% de las familias reciben un ingreso mensual menor a un salario mínimo legal vigente para satisfacer las necesidades básicas de su grupo familiar y el resto entre 1 y 2 salarios mínimos. Este factor económico puede contribuir a impedir una continuidad al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la persona mentalmente enferma.

4. Componentes de adaptación social

Primera medición y segunda medición

4.1 Respuesta de las personas con enfermedad mental

Cuadro 1. Distribución porcentual de los componentes de la adaptación social de las personas con enfermedad mental. Primera y segunda medición. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Cali 2003

Componente	Primera medición			Segunda medición		
	Favorable	Poco favorable	No favorable	Favorable	Poco favorable	No favorable
Auto-imagen	66.7%	20%	13.3%	80%	20%	-
Autoestima	33.3%	56.7%	10%	46.7%	50%	3.3%
Autocuidado	60%	40%	-	70%	23.3%	6.7%

En el Cuadro 1, Distribución porcentual de los componentes de la adaptación social de las personas con enfermedad mental, en su primera y segunda medición es posible observar en la primera, como en el 66.6% (20) de las personas del grupo estudiado se encontró auto-imagen favorable; 26.7% poco favorable y 6.7% no favorable. Con relación a la autoestima, 70% (21) tiene un nivel de favorable y el 30% restante poco favorable. El 66.7% de las personas tiene autocuidado favorable; 26.7% poco favorable y 6.7% no favorable. El 90% (27) de las personas no requiere ayuda para realizar actividades diarias de autocuidado.

Estos datos evidencian que más de la mitad de las personas poseen auto-imagen, autoestima y autocuidado en un nivel favorable, lo cual es un factor importante para la adaptación social de la persona, pues le permite sentirse a gusto con su imagen corporal, capaz de cumplir con las actividades que se propone y ser útil a la sociedad.

Al finalizar el programa educativo se realizó la segunda medición. El 73.3% de las personas enfermas del grupo estudiado tienen una percepción favorable de su auto-imagen; 20% poco favorable y 6.7% auto-imagen no favorable. Se observa que aumentó el porcentaje de personas con auto-imagen favorable, disminuyó ligeramente la respuesta poco favorable y se conservó el porcentaje para personas con auto-imagen no favorable.

En lo que se refiere a la autoestima el 76.7% de las personas enfermas reconocen su autoestima en

forma favorable y 23.3% poco favorable. Al igual que en la auto-imagen, aumentó el número de personas con autoestima favorable y se observa una ligera disminución para la autoestima poco favorable y no favorable.

El 70% de las personas refieren que su autocuidado es favorable; 26.7% poco favorable y 3.3% no favorable. Al igual que en la auto-imagen y autoestima aumentó el porcentaje de personas con autocuidado favorable, disminuyó el porcentaje poco favorable y se encontró un mínimo porcentaje de autocuidado no favorable correspondiente a 2 personas.

Al establecer la relación estadística no se encontró diferencias significativas en la auto-imagen, la autoestima y el autocuidado entre la primera y la segunda medición según las respuestas de las personas con enfermedad mental con las cuales se realizó el programa educativo.

Uno de los factores que pueden explicar esta situación es que los componentes de adaptación social (auto-imagen, autoestima y autocuidado) son procesos que requieren de un trabajo continuo y a largo plazo para lograr interiorizarlo y que la persona logre hacer los cambios progresivamente.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que existe un porcentaje significativo de personas con auto-imagen, autoestima y autocuidado poco favorable y no favorable lo que hace necesario orientar al enfermo y su familia hacia el

reconocimiento y formas de reforzar estos componentes a fin de lograr un mejor proceso de adaptación social.

Analizando las actividades que las personas enfermas realizan en su tiempo libre, se encontró que el 96% se ocupa de algunas actividades como: ver televisión, escuchar música, practicar algún

respetuosos y honestos; 20% afirman que las personas enfermas no se reconocen ningún aspecto positivo de sí mismos. Según los familiares, entre los aspectos negativos que el familiar reconoce de sí mismo están: “Ser agresivo, malgeniado, acelerado, tener falta de voluntad, ser perfeccionista y adicto”.

En la segunda medición, para el familiar respon-

Cuadro 2. Componentes de adaptación social en la persona con enfermedad mental según la percepción del familiar responsable del cuidado. Primera y segunda medición. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Cali 2003

Componente	Primera medición			Segunda medición		
	Favorable	Poco favorable	No favorable	Favorable	Poco favorable	No favorable
Auto-imagen	66.7%	20%	13.3%	80%	20%	-
Autoestima	33.3%	56.7%	10%	46.7%	50%	3.3%
Autocuidado	60%	40%	-	70%	23.3%	6.7%

deporte, juegos de mesa y lectura.

Referente al consumo de licor, el 50.3% manifiesta ingerirlo y algunos expresan como manifestación de la ingesta, sueño, alegría y tornarse agresivos física y verbalmente. El 53.4% (16) de las personas ha atentado contra su vida utilizando diversos métodos como “Tirarse a los carros, ahorcarse e intoxicarse”. En relación con el último intento de suicidio, el 25% (7) de las personas refiere que fue hace menos de un año y el resto hace más de un año.

4.2 Respuesta del familiar responsable del cuidado de la persona con enfermedad mental

En el cuadro 2 que hace relación a la percepción que el familiar tiene acerca de la auto-imagen que tiene el enfermo de sí mismo, se observa como el 66.7% de los familiares considera que su familiar enfermo tiene una auto-imagen favorable; 20% piensa que es poco favorable y 13.3% no favorable. Los familiares manifiestan en un 80% que las personas enfermas se reconocen aspectos positivos como ser inteligentes, trabajadores, responsables,

sable del cuidado del enfermo, el 80% de las personas con enfermedad mental que pertenecen al estudio, tiene una auto-imagen favorable y 20% una auto-imagen poco favorable. Este resultado muestra un aumento en el número de personas con auto-imagen favorable, se mantiene el porcentaje poco favorable y no se encontró personas con auto-imagen no favorable.

Con relación a la autoestima, el 50% de los familiares la reportan poco favorable, 46.7% favorable y 3.3% no favorable. Al igual que en el caso de auto-imagen aumentó, el porcentaje de autoestima favorable, disminuyeron ligeramente los porcentajes de autoestima poco favorable y no favorable, con relación a la primera medición.

Para el autocuidado el 70% es favorable, 23.3% poco favorable y 6.7% no favorable. Como se puede observar, se encontró que el número de personas con autocuidado favorable aumentó, disminuyó el número de personas con autocuidado poco favorable y se encontró 2 personas con autocuidado no favorable.

Al establecer la relación no se encontraron diferencias significativas en la auto-imagen, la autoestima y el autocuidado entre la primera y la segunda medición según las respuestas del familiar responsable del cuidado de la persona con enfermedad mental con los cuales se realizó el programa educativo.

Al establecer la relación estadística entre los componentes de adaptación social (auto-imagen, autoestima y autocuidado) de la persona enferma con la variable edad se encontró: para auto-imagen (primera medición, cuadro 1) relación negativa ($P = 0.026$), es decir que, a mayor edad la auto-imagen favorable disminuye, situación que puede ser explicada como consecuencia del desmejoramiento ocasionado por la cronicidad del trastorno mental, también por las condiciones poco favorables del proceso de adaptación social y de las relaciones con su medio externo.

La relación entre autocuidado y edad, también mostró relación estadísticamente negativa ($P = 0.01$), es decir que, a medida que aumenta la edad el autocuidado tiende a ser menos favorable, lo cual está relacionado con el desmejoramiento de su auto-imagen.

La relación estadística entre el número de hospitalizaciones y autocuidado mostró relación negativa ($P = 0.016$), es decir, a mayor número de hospitalizaciones, menos favorable es el autocuidado. No se encontró relación estadística significativa entre: autoestima con la edad de la persona, número de hospitalizaciones con auto-imagen y autoestima. Tampoco se encontró relación estadística entre los componentes de adaptación social con dinámica familiar y nivel de escolaridad de la persona enferma.

El cuadro 2, componentes de adaptación social en la persona con enfermedad mental según la percepción del familiar responsable del cuidado en la primera y segunda medición, permite ver que, con relación a la autoestima, el 56.7% la considera poco favorable, 33.3% favorable y 10% no favorable. El 60% de los familiares afirma que su familiar tiene un autocuidado favorable y el 40% poco favorable.

Además el familiar reporta que, el 57% de las personas consumen bebidas alcohólicas y bajo los efectos del licor reacciona en forma similar a la expresada por el enfermo. El 46.6% consumen sustancias psicoactivas como marihuana y cocaína. El 16.7% ha tenido intentos de suicidio con idénticos métodos e intervalos de tiempo reportados por el enfermo.

Llama la atención como la mayoría de los familiares responsables del cuidado del enfermo consideran favorable la auto-imagen y el autocuidado y poco favorable la autoestima. Esto podría explicarse teniendo en cuenta que la autoestima es un componente valorativo desde el interior de la persona, relacionado con la capacidad de decidir, de auto-valorarse, establecer interacción con otros y aceptar la enfermedad.

Otro aspecto que es importante mencionar es la diferencia entre el porcentaje de personas enfermas mentalmente que reportan intento de suicidio (53.4%) y el porcentaje registrado según la percepción de la familia (16.7%). Es posible que una de las razones que explican estas diferencias radica en que en ocasiones, el enfermo niega que existen intentos de suicidio y estos no son reconocidos fácilmente por la familia, porque el acto realizado no presenta repercusiones notorias que puedan ser percibidas fácilmente. Lo anterior amerita que tanto a nivel familiar como comunitario, se oriente no solo hacia la prevención, sino a la identificación temprana y toma de medidas frente a esta situación que va creciendo progresivamente, debido a múltiples factores.

5. Componentes de adaptación social - Tercera medición

Como uno de los criterios para poder participar en el programa educativo era contar imprescindiblemente con la asistencia de la persona enferma y del familiar responsable de su cuidado, en el momento de la tercera y cuarta medición cuatro personas contestaron encuestas sin la presencia o de la persona enferma y o del familiar responsable de su cuidado, dichas encuestas no fueron tenidas en cuenta para este paso del análisis. Sin embargo, se identificaron

y reforzaron los aspectos que así lo requerían.

De las 30 personas con enfermedad mental y sus correspondientes familiares que recibieron el programa educativo, solo a 13 se les aplicó la tercera medición 3 meses después de haber finalizado el programa. Entre los motivos de la inasistencia a la tercera medición se encontró que, 11 personas no disponían o de recursos económicos para desplazarse al hospital psiquiátrico o de tiempo; según información de familiares, 3 se trasladaron a otra ciudad y 2 cambiaron de domicilio y una persona se suicidó durante este periodo.

5.1 Respuestas de las personas con enfermedad mental

En cuanto a la auto-imagen 7 personas reconocen que es favorable, 5 poco favorable y en 1 persona no favorable. El grupo que refiere auto-imagen poco favorable y no favorable, ha presentado idénticos resultados desde la primera medición. De las 13 personas enfermas, en 11 se encontró autoestima favorable y en 2 autoestima poco favorable. De las 11 personas con autoestima favorable, 3 mejoraron notoriamente en este aspecto, pues tenían autoestima poco favorable en la primera medición.

Con respecto al autocuidado, las 13 personas refieren tener un autocuidado favorable y realizar sus actividades cotidianas sin requerir ayuda de otros. De estas 13 personas, una reingresó a la institución psiquiátrica debido a la discontinuidad del tratamiento farmacológico por no reconocer su enfermedad mental.

La persona que se suicidó tenía un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, 45 años de edad y se dedicaba a oficios varios. Según los registros de la primera y la segunda medición, tenía historia de un intento de suicidio previo con arma de fuego. En cuanto a la auto-imagen, autoestima y autocuidado en la primera y segunda medición, la percepción que el enfermo tenía de sí mismo era favorable. Según el familiar responsable del cuidado del enfermo en la primera y segunda medición percibía los 3 componentes de adaptación social no favorable,

expresaba “Su rabia” por medio de la agresividad física, manifestaba no tener metas, se comportaba indiferente ante el cuidado que le brindaban y en ocasiones tenía dificultad para recibir tratamiento farmacológico.

5.2 Respuestas del familiar responsable del cuidado de la persona con enfermedad mental

Con respecto a la percepción que tiene el familiar responsable del cuidado acerca de la auto-imagen de la persona con enfermedad, 10 refieren que es favorable y 3 poco favorable. Para el componente de autoestima 11 familiares lo perciben favorable y 2 poco favorable. Los 13 familiares refieren que el autocuidado es favorable.

6. Componentes de adaptación social – Cuarta medición

Se realizó a los 6 meses de finalizar el programa educativo. 7 enfermos y su respectivo familiar no participaron en esta medición, con motivos son similares a los reportados en la tercera medición, excepto el caso de suicidio.

6.1 Respuestas de las personas con enfermedad mental

De las 6 personas que participaron en la Cuarta medición, 3 manifestaron auto-imagen favorable y 3 poco favorable; 5 refieren autoestima favorable y una autoestima poco favorable; 4 manifestaron autocuidado favorable y 2 poco favorable.

6.2 Respuestas del familiar responsable del cuidado de la persona con enfermedad mental

Los familiares expresaron con relación a las 6 personas lo siguiente: 5 fueron percibidas con auto-imagen favorable y una con auto-imagen poco favorable. En relación con la autoestima, 3 personas son reportadas con autoestima favorable, 2 con autoestima poco favorable y una no favorable; 5 con autocuidado favorable y una con autocuidado poco favorable.

De las 6 personas, una reingresó en este periodo siendo la misma persona que tuvo un reingreso en la tercera medición y se encontraba recibiendo el tratamiento y tuvo como factor precipitante de la crisis, la muerte de su abuela.

Finalmente, se describen algunas características y sentimientos vivenciados por los familiares responsables del cuidado del enfermo y que participaron en el programa educativo. Estos aspectos servirán de base para futuros estudios.

El 70% de los familiares responsables del cuidado del enfermo eran sus madres, en su mayoría amas de casa. La edad de estas personas oscilaba entre 27 y 74 años, con un promedio de edad de 47 años.

El 56.7% de los familiares que participaron en el estudio refieren “Haberse sentido angustiados” desempeñando el rol de cuidador, 26% “Se siente contento” y el 17.3% “Sienten miedo, aburrimiento o lo considera una obligación”, es decir que el 74% de los familiares experimenta diversos sentimientos negativos que limitan su respuesta ante las necesidades del enfermo, desmejorando así la calidad del cuidado. Además, estos sentimientos negativos son factores generadores de situaciones estresantes que por ser recurrentes, pueden afectar el cumplimiento de los diferentes roles esperados en el transcurso del ciclo vital del adulto como cuidador y aumenta la probabilidad de desarrollar alteraciones emocionales y mentales ⁽¹⁵⁾.

Con relación al comportamiento de los enfermos frente al cuidado, los familiares cuidadores expresaron que el grupo de enfermos adoptaban actitudes positivas como colaboración, satisfacción y agradecimiento en el 53.4% de los enfermos y el 46.6% comportamientos negativos como hostilidad, agresividad, indiferencia y desconfianza.

CONCLUSIONES

- El 86.6% de la población estudiada son adolescentes y adultos jóvenes, etapas del ciclo vital en las que en ocasiones debido a múltiples factores, aumenta el riesgo de enfermar men-

talmente.

- La gran mayoría de las personas mentalmente enfermas que participaron en el estudio realizan actividades ocupacionales que contribuyen a una mejor adaptación social.
- El 66.7% de las personas estudiadas con enfermedad mental estudiadas, presentan antecedentes de varias hospitalizaciones, situación desfavorable en el proceso de recuperación y adaptación social del enfermo.
- El 60% de las familias de los enfermos mentales estudiados es disfuncional, aspecto que puede influir negativamente en la adaptación social del enfermo y constituirse en factor de riesgo para la salud mental de los otros miembros del grupo familiar.
- La mayoría de las personas con enfermedad mental que participaron en el estudio poseen auto-imagen, autoestima y autocuidado en un nivel favorable, factor importante para la adaptación social de la persona. Sin embargo, se encuentra un porcentaje significativo de personas con auto-imagen, autoestima y autocuidado poco favorable y no favorable factores negativos para la rehabilitación del enfermo.
- El 74% de los familiares responsables del cuidado del enfermo mental expresan experimentar diversos sentimientos negativos desempeñando el rol de cuidador.

RECOMENDACIONES

- Educar al grupo familiar con metodologías que faciliten la expresión de sentimientos en pequeños grupos, con el fin de identificar los factores que influyen positiva o negativamente en la recuperación y adaptación social de la persona con enfermedad mental y facilitar la expresión de sentimientos negativos en el desempeño del rol como cuidador.
- Reforzar los componentes de adaptación social (auto-imagen, autoestima y autocuidado) en las personas con enfermedad mental utilizando la metodología de talleres educativos.
- Realizar estudios para identificar los factores que influyen en la rehospitalización y que sirvan

de base para tomar las medidas pertinentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS.) Informe sobre la salud del mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Págs. 3, 19.
2. REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Subdirección de Promoción. Programa de comportamiento humano. Política de Salud Mental. Santa fe de Bogotá. 1998:19-20.
3. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Datos Estadísticos. 1999-2000-2002.
4. LIBERMAN, Robert Paúl. Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico. España: MARTÍNEZ ROCA. 1993: 19, 20, 23, 40, 41, 176.
5. ANDERSON Carol, REISS Douglas, Hogarty. Esquizofrenia y familia. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1986.
6. KALB, Claudia. Cómo nos afecta el cuidado de los enfermos. Lecturas dominicales. Servicios especiales de Newsweek para lecturas dominicales. Diario El Tiempo, Bogotá. Mayo 30 de 2004: 6.
7. CORTÉS, Padilla M.T, Rascón - Gasca ML. Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con sicosis orgánica. Salud Pública. México 2001.
8. MUÑOZ Luz Angélica, Arancibia Patricia, Paredes Lorena. La experiencia de familiares cuidadores de pacientes que sufren Alzheimer y competencias del profesional de enfermería. Investigación y educación en enfermería. Medellín, XVII (2) Septiembre 1999: 35.
9. LIBERMAN, Robert Paúl. Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico. España: MARTÍNEZ ROCA. 1993: 19, 20, 23, 40, 41, 176.
10. TORO, Ricardo José y Yépez, Luis Eduardo. Fundamentos de medicina psiquiátrica. Tercera edición. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas, 1998: 131 – 160.
11. TELLEZ, Vargas Jorge. Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Volumen 4. 2003: 118 – 122.
12. TORO, Ricardo José y Yépez, Luis Eduardo. Fundamentos de medicina psiquiátrica. Tercera edición. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas, 1998: 131 – 160.
13. MEDINA, María H y et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta de epidemiología psiquiátrica en México. Salud mental. Vol. 26, N° 4. 2003: 1 -20.
14. ANDERSON Carol, REISS Douglas, Hogarty. Esquizofrenia y familia. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1986.
15. TORRES, Ana M. Características personales y experiencia de los familiares cuidadores de enfermos mentales. ANECN° 59. 2002: 36.

