



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Proyecto: Calidad de Atención de Enfermería en Salud Mental Comunitaria

Estudio de caso sobre Competencias y Buenas Prácticas de Atención Comunitaria de Enfermería a Personas Sujetas a Violencia Familiar

“CONSULTORIO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: Un Abordaje a la Violencia Conyugal”

*Lic. Patricia Fabiana Gómez¹
Lic. Emilce Elizabet Olivares²*

Producido por las Unidades de Recursos Humanos y Género, Etnia y Salud de la OPS

Enero de 2006

¹ Licenciada en Enfermería. Lic. en Psicología. Profesora Adjunta de la Universidad Nacional de Córdoba. Consultora Experta en Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud.

² Licenciada en Enfermería. Coordinadora del Extensión Áulica de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. Responsable del Consultorio de Enfermería en Salud Mental

CONTEXTO HISTORICO SOCIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

La Argentina es un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma republicana y federal. La Constitución Nacional es la Ley Suprema y toda la legislación, tanto nacional como provincial, debe sujetarse a sus disposiciones. La nación está constituida por 24 provincias y la Capital Federal, que también tiene gobierno autónomo.

El país ha venido sufriendo un proceso recesivo de su economía en los últimos cinco años el cual ha impactado en los sectores productivos. Esta realidad no es homogénea en todas las provincias. Durante el año 2002 la agudización de la crisis económica y sus efectos sociales y políticos llevaron al gobierno a declarar por ley la emergencia pública en materia sanitaria, social, económica, administrativa, financiera y cambiaria.

El Censo de 2001 dio una población de 36.027.041, con un 87,2% de población urbana. La población mayor de 65 años representa el 9,7% y la de menores de 15 años el 27.9%.

En relación al índice de desocupación es del 18,3% y con respecto al índice de la población por debajo de la línea de la pobreza: 35,4% y el de población por debajo de la línea de la indigencia: 12,2%.

Las enfermedades del aparato circulatorio son las responsables del mayor número de muertes en la población total del país.

Con la crisis aumentaron las consultas por estrés, aumento de las depresiones y los llamados síndrome de contexto, por desocupación, marginación, violencia, entre las más importantes.³⁴

Tradicionalmente los principales problemas que afectan la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud han sido la deficiente articulación de los subsectores, la desigualdad en los niveles de financiación y de calidad de la atención, y las barreras de acceso a los servicios, principalmente económicas, para algunos grupos poblacionales.

El sistema tiene tres grandes subsectores: público, privado y de la seguridad social (los dos últimos fuertemente conectados entre sí por el sistema indirecto de contratación de servicios).

Las Obras Sociales son las entidades encargadas de la gestión de la seguridad social. Ellas cubren una población cercana a los 18. Millones de personas, distribuidas en casi trescientas entidades de distinta magnitud e importancia.

³ OPS/OMS. Proyecto de desarrollo de servicios de enfermería en salud mental para los países del cono sur. Documento final del Taller Regional de Enfermería en Salud Mental. San Pablo, Brasil. 1995.

⁴ Informe de los grupos de trabajo. Reunión Mundial de Líderes de Enfermería en Salud Mental. Bellagio, Italia. 1997

Los hospitales públicos brindan cobertura a la población que lo solicite y de hecho actúan como un reaseguro para las Obras Sociales pues mantienen un flujo de atención sin cargo para población asegurada (pese a la vigencia del Decreto 939/2000).

El gasto en salud como porcentaje del PBI registra una tendencia similar, pasando de 9.13 % en 1995 al 8.45% en 1999. El impacto sobre el financiamiento sanitario de la fuerte recesión registrada en la Argentina a partir de 1998 es notorio. Las estimaciones del gasto en salud demuestran una fuerte retracción y el escenario más probable es que el gasto continúe descendiendo. A ello debe sumarse el impacto de la devaluación de la moneda nacional a partir de la derogación de la ley de Convertibilidad en enero del 2002. El resultado de ambos efectos es que Argentina ha perdido su posición de país con mayor gasto en salud per cápita de la región.⁵

SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA

En la Republicar Argentina la enfermería tiene rasgos críticos de tipo cualitativo y cuantitativo tanto en la formación y la práctica, como en la organización de los servicios y en su oferta y demanda. Esta problemática en parte, tiene raíces en el proceso de constitución histórico del actual modelo de atención, pero también asume connotaciones importantes referidas a la escasa valoración social y profesional que le otorgan.

Así se pueden puntualizar los siguientes aspectos:

- Existe escasa cantidad de personal de enfermería, insatisfactoria distribución por región de enfermeras profesionales y en la mayoría de los casos, una buena cantidad de personal no entrenado.
- El modelo de atención predominante es custodial o asistencialista en el marco de los grandes hospitales psiquiátricos.
- Los problemas psico-sociales son abordados por enfermería desde el sentido común y la solidaridad y en los grandes hospitales con prácticas alternativas con el objeto sólo de entretener a los pacientes. La atención de los pacientes se centra exclusivamente en los aspectos físicos y los administrativos de la terapéutica médica.
- En cuanto a su valoración social, con algunas diversidades, es asumida en la categoría de auxiliar de la institución sanitaria y reverenciada por sus valores como la caridad, la entrega, la vocación y el espíritu de sacrificio, valores que esconden al mismo tiempo la ausencia de reconocimiento científico- técnico. Además la asignación a servicios de salud mental son vividos como castigos por el personal, lo cual redundando en un bajo nivel de la calidad de la atención.
- La organización vertical de los grupos de enfermería que otorga una jerarquía de control y supervisión, que de científico técnico. La casi ausencia de desarrollo científico, la rigidez de las instituciones, la falta de participación en

⁵ MINISTERIOS DE LA NACION. OPS/OMS. (2003) Situación de Salud en Argentina 2003.

las decisiones convergen para agregar el sufrimiento psíquico de las propias enfermeras, cuya salud laboral se ve deteriorada.

- Escaso desarrollo gremial y ético-legal de regulación de la profesión.
- Escasa influencia en las determinaciones del poder político y fuerte capacidad de acción en el poder técnico orientado hacia el refuerzo del modelo médico hegemónico y poca influencia en el poder administrativo.⁶

Debe señalarse también que a partir de la década del 80 y acompañando los procesos de democratización, en Argentina se inició un movimiento de salud mental que procura la transformación del modelo convencional de la psiquiatría. Esta tendencia se fundamenta en la concepción de la salud mental como resultado de la historia, la cultura, de los estilos y condiciones de vida, de las políticas sociales y de la salud. Propone la atención descentralizada, interdisciplinaria e intersectorial con perfil comunitario. Vincula a la salud mental con los conceptos de ciudadanía y producción de vida, promoviendo la creatividad, la solidaridad y singularidad. Y determinó el inicio de transformaciones en las prácticas de salud mental, en la organización de los servicios y en la formación y capacitación de personal del área.

Las enfermeras fueron protagonistas de estas transformaciones y muchas direccionaron sus programas organizativos y de atención. Se puede mencionar que el eje común fue la participación de las enfermeras en el equipo interdisciplinario de decisión, formación y acción sanitaria en salud mental.

Sin embargo la experiencia antes mencionada son incipientes en la mayoría de los lugares, tropiezan con muchos obstáculos y con la principal dificultad de oponerse al modelo convencional fuertemente instalado, coexistiendo a menudo con el mismo y presentando las contradicciones propias de esta coexistencia de estos dos paradigmas.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL ENTORNO DE LA EXPERIENCIA.

Córdoba tiene 3.966.801 habitantes, hay un crecimiento del 11%, cuenta con 26 departamentos, a 351 Km. de Córdoba se encuentra la localidad de Cruz Alta, dentro del departamento Marcos Juárez, limitando con la Pcia. de Santa Fé, dentro del 61°80' de longitud oeste y 33° de latitud sur.

Es una de las poblaciones más antigua de la Provincia de Córdoba. (300 Años de su fundación). En ella se sucedieron 4 periodos: indio, conquistadores españoles, el gaucho, y el de los inmigrantes europeos. Cuenta actualmente con 7000 habitantes. Es una zona agrícola por excelencia, también posee industrias dedicadas a la fabricación de implementos agrícolas, metalúrgica, plásticos, motores eléctricos, fábrica de acopio, curtido de cueros y botones.

⁶ OPS/OMS. La Enfermería Contribuyendo a la Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el Progreso. Washington D.C. 2004.

La Salud en la Provincia de Córdoba esta dividida en pública y privada, dentro de lo público hay 32 hospitales que dependen de la dirección General de Atención Médica, 10 están situados en la capital provincial y los 22 restantes en el interior, dentro de los cuales se encuentra el Hospital Abel Ayerza que es cabecera de Zona, quedando a 70 Km de Cruz Alta, por lo cual todas las derivaciones de complejidad se efectúan allí.

Cruz Alta cuenta con el primer nivel de atención, las acciones de salud están dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad instalada. Cuenta con un hospital municipal monovalente, con capacidad para 8 camas, internaciones breves, consultorios externos, el cual cubre las especialidades de clínica médica, pediatría, obstetricia, salud mental, en forma permanente, fonoudiología, nutrición, traumatología, en forma externa al plantel. El modelo de atención es organicista, esto hizo que no hubiese necesidad de incorporar una atención interdisciplinaria.

Con respecto al área de la Salud Mental, se inició hace 7 años, hasta ese momento las consultas eran atendidas por psicólogos en el ámbito privado en otras localidades, debido a la representación social que “quien consulta al Psicólogo esta loco”.

Con respecto a enfermería solo existía, personal sin formación que realizaba actividades de cuidados mínimos.

El desarrollo de enfermería fue progresivo hubo resistencia profesional, política, económica, hasta lograr la aceptación del Consultorio de Enfermería en Salud Mental.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El Consultorio de Enfermería en Salud Mental se inicia en el año 1998 y estuvo a cargo de una Licenciada en Enfermería. Se planteo su desarrollo en dos etapas, la primera fue de socialización con los otros profesionales, trabajadores hospitalarios que realizaban actividades de enfermería y las instituciones educativas de la localidad. Para la misma se propuso el siguiente objetivo:

A) Sensibilización de la población a fin de construir la demanda para la apertura del consultorio de salud mental. El mismo estuvo planteado a través de 3 vías:

- 1- Orientado a las instituciones educativas mediante el ofrecimiento de charlas para promoción y prevención de Salud Mental.
- 2- Trabajo con los otros profesionales integrantes del equipo de salud. Cuya actividad se centro en entrevistas individuales donde se presentaba material teórico sobre las principales problemáticas de Salud Mental en la Argentina y los modelos de atención de salud, el modelo Médico hegemónico y el alternativo, finalizando con una presentación del proyecto del Consultorio de Enfermería en Salud mental.

- 3- Por último y lo que requirió mayor esfuerzo, fue el trabajo con el personal que desarrollaba actividades de enfermería ya que el 100% poseía formación de auxiliar de enfermería con un curso de 3 a 9 meses de formación.

Las actividades desarrolladas fueron: aproximación informal dentro de la institución en los horarios de descanso de sus actividades de enfermería. Intentando construir lentamente un espacio de empatía positiva que duró más de 6 meses, hasta transformarlo en un espacio de demanda de información de cuidados científicos de Enfermería iniciándose así un camino hacia la formación formal de este grupo de enfermeros.

La segunda etapa fue la de implementación, que tuvo como objetivo

B) Desarrollar cuidados de enfermería en problemáticas de salud mental a los sujetos que asistieran al servicio del consultorio.

La población objeto de atención fue variando con el tiempo, al inicio del consultorio fue con un paciente alcoholista que la población lo tenía socialmente marginado, con la mejora de sus condiciones de salud, fueron derivando otras problemáticas, por ejemplo las instituciones educativas enviaron problemas de niños con trastornos de conducta, problemáticas familiares y en un alto porcentaje de deserción escolar.

Otras demandas importantes fueron las problemáticas de pareja, sobre todo en violencia doméstica y conflictos conyugales.

Desde el inicio del Consultorio a la actualidad se han atendido 1070 pacientes.

El enfoque teórico desde donde se sostiene la experiencia fue el ecosistémico, intentando abordar la complejidad efectuando análisis de contexto que articula e integra las dificultades individuales y sociales, cataliza la recreación de canales de conexión y redes de participación, optimizando el uso de los recursos y las capacidades inherentes a los diferentes grupos sociales y sistemas instituidos en el ámbito de la cultura y el estilo de vida de la comunidad.

La Atención de Enfermería⁷ en el Consultorio de Salud Mental, fue desarrollado desde el modelo de cuidado de los sistemas de Betty Neuman, en donde se plantearon los siguientes etapas de intervención de enfermería:

- 1- *Momento comunicacional*: construcción del rapport, también llamado momento social- Encontrar al otro en el momento humano. Conexión entre enfermero- persona. Acople estructural inter- vincular.

- 2- *Co-construcción de la historia del paciente*. Identificar las percepciones del sistema persona, identificar las percepciones del que presta el cuidado, comparar los puntos de vista entre las percepciones. Esto significa establecer un banco de datos que incluya las consideraciones simultáneas de las interacciones dinámicas de las variables fisiológicas, psicológicas, sociocultural de desarrollo y espirituales.

⁷ De Neuman, B. (1995). The Systems Model (3.^a ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Con relación a *Identificar la percepción de la persona*, se debe valorar: el estado y la fuerza de los factores estructurales básicos y los recursos energéticos, características de línea flexible y normal de defensa, línea de resistencia, el grado de reacción potencial o real y la capacidad de la reconstitución.

Valoramos el entorno externo e interno, identificando y clasificando los elementos estresantes reales o posibles que supone una amenaza para la estabilidad de la persona. Identificar, clasificar, y evaluar las interacciones potenciales y/o reales intrapersonales, interpersonales y extrapersonales entre la persona y el entorno. Valorar el entorno creado, descubriendo su naturaleza, identificar el problema principal, los puntos de estrés y áreas de preocupación y circunstancias presentes de la vida habitual.

Identificar los mecanismos de resolución de problemas similares en el pasado. Evaluamos la influencia del proceso vital pasado, presente y futuro y los patrones de control sobre la estabilidad de la persona.

Identificar los recursos externos e internos potenciales y reales para el estado óptimo de bienestar y evaluarlos. Identificar lo que espera el paciente de quienes lo cuidan.

Identificación de las percepciones del Enfermero considerar las mismas dimensiones que se realizaron con el paciente.

Comparar entre las percepciones de la persona y las del enfermero. Cuales son las *similitudes y diferencias entre las percepciones*, como se pueden solucionar.

Luego que la persona acepta el tratamiento de enfermería, se hace una devolución, de las necesidades que se perciben, de otras que están perturbadas, se busca el consenso y aceptación de lo que implicará el trabajo a realizar, y como se debe participar activamente para revertir en corto tiempo su situación.

3- *Compromiso conjunto de la planificación del cuidado*. Identificar desviaciones del bienestar y planificar objetivos del cuidado.

Este paso consiste en tomar responsabilidad conjunta en tiempo, en cantidad de entrevistas, horario, y disposición de afrontar los momentos negativos y positivos que puedan surgir sin abandonar el tratamiento, y manifestando los acuerdos y desacuerdos.

Además se debe identificar las decisiones de prioridades, considerar el nivel de bienestar de la persona, las necesidades de estabilizar su sistema y los recursos que posee para lograrlo.

Proponer metas e intervenciones que faciliten el nivel máximo posible de estabilidad y bienestar del paciente.

4- *Catalización de los procesos de cambio.* Implementar las intervenciones de enfermería y acompañar los procesos de cambio, ir manifestando y trabajando en su sostenimiento.

Construir conjuntamente los Objetivos del cuidado de enfermería, en función de los recursos de la persona, sus necesidades, planteando objetivos a corto, mediano y largo plazo para que pueda estabilizar su sistema.

Luego se pasa a los resultados de enfermería que consiste en la implementación de las intervenciones planificadas, considerando el modelo de la promoción de la salud.

Por ultimo y de manera permanente en el proceso de cuidado se realiza la evaluación de las acciones por parte de la persona y se re- planifica, de acuerdo a las necesidades que quedan por cubrir.

Con respecto a los Recursos Humanos involucrados en la experiencia, si bien el consultorio de enfermería esta conducido por una Licenciada en Enfermería, se trabajo con el modelo de redes⁸, el cual supone la capacidad autoreflexiva de las personas acerca de su acción y un pensamiento en la organización autogestora de sus proyectos a través de la práctica en redes sociales de apoyo. Por lo cual se pueden identificar que desde el Hospital participaron Medico Generalista, Médico Obstetra, Médico Pediatra, Fonoaudiologa, Nutricionista, Auxiliares de enfermería, Administrativos y Maestranza. Con relación a los recursos humanos de la comunidad fueron psicomotricista, maestras especiales, maestras jardineras, Profesor de danza, Profesor de dibujo, Profesor de Pintura, Profesor de Teatro, Masajistas, Profesor de literatura, las instituciones educativas, microemprendimientos avícolas y agrícolas.

PRESENTACIÓN DE CASO TESTIGO

Alicia de 40 años de edad, vende artículos de belleza y ropa casa, por casa y Juan de 35 años, es vendedor ambulante. Manifiesta que se encuentra en una crisis matrimonial, ella ya venía de un fracaso previo con dos hijos de su primera unión, y pose un hijo de 5 años producto de esta pareja actual.

Consulta la Sra. por no saber como proceder con su esposo que la engaña siempre con otras mujeres, pero cuando ella lo descubre el llora como un niño, no quiere dejarla le pide perdón, y se reconcilian. En reiteradas oportunidades de inician peleas con agresiones verbales y físicas. No sabe que hacer con su situación, por sugerencia de una vecina concurre al Consultorio de Salud Mental.

Co- construcción de la historia del paciente

1-Percepción del sistema persona y del enfermero:

Los elementos más importantes de la actitud de la persona ante su autodescripción son: la tendencia a experimentar fuerte tensión interna ante un

⁸ DABAS, E. N. (2001). Red de Redes. La práctica de la intervención en redes sociales. 3 era Edición. PAIDOS. Grupo e Instituciones. Buenos Aires.

gran número de conflictos; el enfrentamiento a éstos con sensación de impotencia por la incapacidad para encontrarles soluciones válidas y eficaces, cierta reducción de la capacidad de autocrítica del sujeto, lo que ocasiona que en su autodescripción exagere las situaciones conflictivas que enfrenta. Se siente agobiada, depresiva con rabia, angustia, sin alternativa de salida, solo repite el circuito de su modelo de relación de pareja, no tiene esperanza de que algo pueda cambiar, sus recursos energéticos están agotados, su conducta es contradictoria por momentos, él es un mentiroso y un niño, que solo la lastima y en otro momento no puede estar sin él, ni separarse. Tiene necesidad de impresionar de manera favorable y ofrecer respuestas socialmente aceptables y de principios morales establecidos. Convencionalista y conformista. No puede darse cuenta como su conducta impacta en los otros. Esta más dispuesta a hablar de su pareja que de sí misma.

Se caracteriza principalmente por su ansiedad que da lugar al aumento de los sentimientos de inseguridad, minusvalía y culpa. Se muestra muy rígida y perfeccionista. Le es difícil capitalizar los fracasos o vivirlos como experiencias capaces de ser corregidas.

Sus relaciones interpersonales se caracterizan por la constante ansiedad que las matiza, provocada por el temor de ponerse en desventaja frente a los demás, a los que en general, de alguna forma se les ve como superiores. La inseguridad es muy importante y da lugar a frecuentes manifestaciones de depresión que surgen cuando experimenta la frustración de no alcanzar sus propias metas o de no cumplir con sus expectativas.

Se preocupan en exceso y es vulnerable a las amenazas reales o imaginarias. Se observan líneas flexibles para ingresar en su vida personal, su reconstitución es inmediata, cuando acepta seguir viniendo, entiende que se puede trabajar, como hacerlo, y de que manera encontrar soluciones a sus defensas.

Al valorar su entorno familiar manifiesta que “ella obedeció desde niña lo que su padre decía”, sin embargo estaba ausente todo el día, a su madre, siempre la vio enferma, no participó en nada, ella se tuvo que hacer cargo de su hermano y de las tareas del hogar como planchar, limpiar y cocinar. El hermano muy parecido a su padre, no se responsabiliza de la familia, dice que “los hombres son los que deciden todo”.

Al hacer referencia a sus hijos expresa: “Mis hijos, son como yo, tienen los mismos problemas”. “Pobres mis hijos” “Que será de ellos”.

En cuanto a sus lazos sociales manifiesta que con sus amigos y colegas no tiene problemas, “el trabajo es mi vida y lo hago bien, sin ello me muero”. “Soy consejera de mis amigas, escucho sus problemas, las ayudo, pero yo no tengo amiga que me escuche.”

Los elementos estresantes reales que supone una amenaza en la estabilidad de la paciente, pueden identificarse como:

Fuerzas intra personales: agotamiento, debilidad, angustia, inseguridad, incomodidad, pérdida de estabilidad, aislamiento parcial.

Fuerzas interpersonales: necesidad de un rol de género diferente de mujer y hombre en su pareja actual, expectativas de una relación satisfactoria.

Fuerzas extrapersonales: están centradas en el temor por la imagen social que su pareja transmite de "infidelidad", ella lo expresa en el que dirán, los papelones, el ridículo. Situación económica restrictiva, casa hipotecada, trabajo no estable.

Los principales problemas identificados en esta historia son en primer lugar su estado de ánimo, en segundo lugar su relación de pareja, tercero la relación con sus hijos y la situación de familia reconstituida, por último su precaria situación económica.

Los mecanismos de resolución de problemas que utilizó en el pasado fueron romper con su ex pareja y desarrollando un rol frente a sus hijos, de dirigir, ordenar y controlar la situación, produciendo en ella agotamiento y sobrecarga.

Se encuentra transitando etapas evolutivas superpuestas, de familia con niño en edad escolar, familia con niños adolescentes, situación de conflicto de pareja y demandas de nuevos roles por ser una familia ensamblada. Esta superposición exige de la familia mayores recursos y energía para responder a las demandas internas y externas del sistema.

Con respecto a sus expectativas, quiere que cambie el esposo, todos sus males son por su esposo. Si él cambia yo estoy bien. A su pareja anterior la expulsó se separaron, "él no servía". Teme que pase lo mismo con su actual esposo, que se canse y la deje. Pide que el tratamiento sea en conjunto pero para que veamos lo que él dice, hace y como miente. Dice que esta dispuesta a trabajar. Quiere estar bien y que su pareja entienda todo.

Compromiso conjunto de la planificación del cuidado

Se identificaron tres grandes dimensiones de variaciones del bienestar, uno fue individual, otro en la relación de pareja y la tercero en la dinámica familiar general.

Se plantearon entrevistas semanales tanto individuales, como de pareja y solo una entrevista mensual con todos los miembros de la familia.

Las principales intervenciones con ella estuvieron centradas en ayudarla a modificar su percepción de sí misma, discriminando sus mandatos familiares, su accionar en interacciones y sus maneras de expresarse señalando las distintas maneras que pueden utilizarse para mejorar los canales de comunicación familiar.

Las principales intervenciones con él estuvieron orientadas a mejorar su imagen masculina, a participar en las funciones de manutención socioeconómica de la familia, a construir un cambio laboral, trabajar sus inseguridades, sus miedos y el entendimiento del funcionamiento de la pareja de sus padres, y sus influencias en el modelo actual de su pareja.

Las intervenciones para la Pareja se trabajaron fueron: los tres pilares fundamentales que desarrollan proceso de pareja que son la afectividad, construcción de la intimidad y proyecto de vida. También se tuvo en cuenta el modelo de aprendizaje del juego comunicacional efectivo en pareja con transacción violenta y el desarrollo del modelo de género al servicio del bienestar mutuo.

En las intervenciones con los hijos estuvo presente mejorar la función paterna tanto con su hijo como con los de ella, establecer normas familiares y acuerdos de convivencia, respetando las edades y particularidades de cada hijo.

En la dimensión familia se plateo el reordenamiento de roles, los lugares que ocupan cada uno, los acuerdos que deben tener, los límites permitidos, el sistema de ayuda y colaboración que cada uno debe tener en la organización familiar, el sentido de pertenencia como familia, y los horarios de encuentro familiar.

Logros desarrollados en lo personal: ella pudo entender porque actuaba autoritariamente, dirigiendo todo, que nada se le fuera de las manos. Comprendió que este lugar no era beneficioso para ella, y desarrollo otro modelo mas saludable de comunicación intrapareja. En cuanto a las tareas domestica comprendió que otros podían ayudarla y a solicitarla.

Mejoro su autoestima, iniciando actividades de cuidado del cuerpo a través de desarrollar deportes, como también la mejora de su educación comenzado la escuela secundaria.

El pudo entrar a trabajar en algo estable, con un sueldo, aceptable, compartir el trabajo con su esposa, mejorar su situación socioeconómica, regularizar la hipoteca de su casa. Entender el tipo de pareja que tuvieron sus padres, y el motivo de sus inseguridades. Mejoró su lugar de hombre y su autoestima.

A nivel de pareja, el cambio central estuvo plateado en la modificación del patrón violento, por el modelo de comunicación del intercambio, lo que produjo aumento de la confianza en la intimidad, mejora en la afectividad; pasando de ser una pareja con transacción adolescente a uno de comportamiento adulto. Iniciaron un proyecto de vida conjunto comprando un auto, saliendo de vacaciones, incluyendo las salidas a lugares de esparcimientos.

Con los hijos de ella lograron mejorar la comunicación con su padre que estaba distanciado.

Con respecto al sistema fraterno se lograron acuerdo de colaboraran en el cuidado del hermano menor.

El Tiempo de trabajo de este caso fue de 3 años, actualmente solo se encuentra en control para sostener los cambios producidos.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Este desafío profesional de instalar nuevos modos alternativos de intervenciones de enfermería en Salud Mental, requieren de un análisis crítico-dialéctico permanente, donde la revisión de la práctica a la luz de la teoría, nos permita superar las contradicciones y mejorar nuestros quehaceres.

Esta experiencia se sustentó en el Modelo: de promoción y prevención de la salud mental, el Enfoque de sistemas de Betty Neuman, la teoría de la complejidad y el Abordaje de redes. Poder decir que esto ayudó a clarificar los ejes de trabajo, tanto en la construcción del proyecto del consultorio, como en las intervenciones de ayuda para nuestros consultantes, sabemos que dentro de la enfermería Argentina particularmente, nos cuesta sustentar nuestras prácticas desde modelos de cuidados, por lo cual fue todo un desafío.

Otro aspecto a señalar es que la construcción de un modelo de atención de enfermería profesional, dentro de un modelo médico hegemónico no se da por generación espontánea, llevó 8 años de trabajo intenso en diferentes sectores de poder, tanto político, económico, como social.

En el ámbito de lo político se desarrollaron estrategias de alianza para la construcción de un espacio disciplinar que beneficiara a todo el pueblo, se establecieron acuerdos con la Universidad Nacional de Córdoba a fin de iniciar un Proyecto de Extensión Áulica para la carrera Licenciatura de Enfermería.

En lo económico, la importancia de abrir el Consultorio de Enfermería permitió el acceso de la población de menos recursos a esta posibilidad de tratamiento.

Desde el punto de vista social, el trabajo permitió la activación y visualización de las redes sociales de ayuda.

Una dimensión importante de señalar en este análisis fue la resistencia de otros profesionales, especialmente psicólogos y trabajadores sociales por temor a invadir su espacio disciplinar, lo cual por momentos obstaculizó el trabajo con algunos pacientes, fue necesario realizar entrevistas individuales con los distintos profesionales para disminuir las resistencias.

Cabe destacar que el apoyo de la intendencia Municipal como espacio del poder político, permitió, abrir el consultorio de enfermería, trabajar en el fortalecimiento de la atención primaria en salud mental y en el esclarecimiento y respeto del rol de la profesión de enfermería.

En la identificación de los elementos que contribuyeron desde el interior de la experiencia fueron principalmente los personas atendidas, quienes transmitían

los beneficios obtenidos a través de esta prestación; en las contribuciones externas podemos señalar la red comunitaria y profesional que se generó.

Con respecto a la organización del consultorio se trabajó en la construcción del registro único, con actualización permanente de las modificaciones que cada persona presentaba.

La estrategia más importante está en fortalecer las redes sociales. Hay que considerar a la población como eje contenedor, es importante la difusión a través de radio, T.V. y las charlas con profesionales; es el camino hacia un modelo de trabajo participativo. De este modo sería creemos que es posible sostenerlo en tiempo.

Hoy quedan muchos problemas por resolver, pero debemos entender que se puede pensar en salud a pesar del sufrimiento, mejorar la calidad de vida, construir cambios en la adversidad y generar un modelo igualitario de ayuda que celebren a la persona humana en la plenitud de su ser.

REFLEXIONES

Creemos que la contribución principal de este proceso de trabajo fue que nos permitió acercarnos a las personas, proponer alternativas de cambio, ver soluciones, trabajar sus lados sanos, recuperar su autoestima, su dignidad, sus derechos.

Lo que más nos sorprendió es saber que como enfermeras podemos conducir programas de promoción y prevención de la salud mental y producir cambios a corto tiempo.

La recomendación que daríamos para llevar a cabo programas de prácticas de enfermería innovadoras, es que debemos desarrollar pensamiento estratégico, es decir, realizar un análisis de las dimensiones de poder involucrados en cada contexto en donde se quiera desarrollar la experiencia, a fin de disminuir los riesgos de fracasar; aspecto que los profesionales de nuestra disciplina de enfermería pocas veces considera y se hacen fundamentales a la hora de la planificación.

Otro aspecto a considerar para el éxito de la experiencia es claridad en el marco teórico que la sustenta, y la convicción de que es posible el corrimiento de paradigma al modelo de salud – individuo – comunidad, aún cuando en el contexto político y social se sostenga el hegemónico.

Bibliografía

- BERTALANFFY, I. VON. (1968). General Systems Theory. New York. Braziller.
- BOYKIN, A. y SCHOENHOFER. *"Enfermería como cuidado: Un modelo para transformar la práctica"*. New York. 1993.
- CAPLAN, G. (1964). Principios de la Psiquiatría Preventiva. New York. Basic Books.
- DABAS, E. N. (2001). Red de Redes. La práctica de la intervención en redes sociales. 3 era Edición. PAIDOS. Grupo e Instituciones. Buenos Aires.
- DE NEUMAN, B. (1995). The Systems Model (3.ª ed.) Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- GALENDE Emiliano. *"Psicoanálisis Y Salud Mental"*. Paidós. Argentina. 1994.
- GOLDEMBERG Víctor. *Informe final sobre la asesoría en Salud Mental al Ministerio de Salud Pública y medio ambiente de Argentina"*. Buenos Aires. 1984.
- GUI L. A. y PAVON, M. I. (2001) "Metodología de la Intervención: Sistematización de experiencias de campos en Psicología Social". 2da Edición. Editorial PUMA. Buenos Aires.
- GUI L. A. y PAVON, M. I. (2003) "Metodología de la Intervención II: Planificación estratégica y operativa. Un enfoque desde la Psicología Social". Cooperativa Chilavert Artes Graficas. Buenos Aires.
- GUI L. A. y PAVON, M. I. (2005) "Metodología de la Intervención III: Análisis Situacional. El diagnóstico de la Psicología Social". Cooperativa Chilavert Artes Graficas. Buenos Aires.
- Informe de los grupos de trabajo. Reunión Mundial de Líderes de Enfermería en Salud Mental. Bellagio, Italia. 1997.
- MINISTERIOS DE LA NACION. OPS/OMS. (2003) Situación de Salud en Argentina 2003.
- OPS/OMS. Proyecto de desarrollo de servicios de enfermería en salud mental para los países del cono sur. Documento final del Taller Regional de Enfermería en Salud Mental. San Pablo, Brasil. 1995.
- OPS/OMS. La Enfermería Contribuyendo a la Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el Progreso. Washington D.C. 2004.