

## Indicadores de riesgo y comunicación en salud mental sobre consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar en líderes comunitarias

### Risk and communication indicators in mental health on consumption of psychoactive substances and intra-family violence in community leaders

Fernando Robert Ferrel Ortega<sup>1</sup>, Lucía Fernanda Ferrel Ballestas<sup>2</sup>, Luis Oblitas Guadalupe<sup>3</sup>, Humberto Yáñez Canal<sup>4</sup>

#### Resumen

**Objetivo:** Describir el nivel de comunicación ofrecido a la comunidad en el marco de la red de salud mental distrital, tomando como referente el riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y de violencia intrafamiliar de un grupo de líderes comunitarias.

**Material y métodos:** Se trata de una investigación exploratoria descriptiva, con diseño transeccional de campo. Participaron 20 mujeres líderes comunitarias de población vulnerable, que representan a 200 líderes comunales del distrito de Santa Marta (Colombia), con edades entre 21 a 60 años. Se les aplicaron dos pruebas, previa validación: ASSIST v3.1, para medir el consumo de sustancias psicoactivas, y la Escala de Riesgo en situación de violencia intrafamiliar –AURORA–. El análisis estadístico incluyó un análisis univariado para establecer los riesgos de consumo de las participantes; y un análisis bivariado mediante la prueba chi cuadrado para determinar la independencia de las variables. Adicionalmente se realizó una entrevista no estructurada a 4 de las líderes.

**Resultados:** Se halló que la edad y escolaridad de las líderes son determinantes: a menor edad mayor riesgo de consumo de alcohol y violencia intrafamiliar; y a mayor consumo de alcohol mayor riesgo de violencia intrafamiliar. Igualmente, se halló que la mayoría sigue la ruta de

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2016  
Fecha de aceptación: 3 de mayo de 2017

<sup>1</sup> Psicólogo, Mg. en Psicología Clínica, Dr. en Ciencias de la Educación. Profesor Investigador, SIDI-Programa de Psicología, Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia. roferrel@yahoo.com - fferrel@unimetro.edu.co

<sup>2</sup> Psicóloga, Mg. en Psicología Clínica y de la Salud. Dra. en Ciencias de la Educación. Catedrática y coordinadora de Investigaciones, Facultad de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. lucia.ferrelb@campusucc.edu.co; lucaferrel@hotmail.com

<sup>3</sup> Psicólogo, Mg. en Psicología Clínica, Dr. en Psicología. Profesor Investigador, Dirección de Investigación, Universidad Autónoma del Perú, Lima. luis.oblitas@autonoma.pe

<sup>4</sup> Psicólogo, Dr. en Paz y Conflicto. Profesor investigador T. C., Grupo Estudios Sociales Interdisciplinarios (ESI), Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Santa Marta (Colombia). humbertoyc@gmail.com

**Correspondencia:** Fernando Robert Ferrel Ortega. SIDI (Subsistema Institucional de Investigación) - Universidad Metropolitana, Barranquilla-Colombia. fferrel@unimetro.edu.co

salud mental hacia la Policía Nacional y no hacia los entes especializados del distrito.

**Conclusiones:** Existe un riesgo significativo temprano y una deficiente comunicación sobre la ruta de salud mental en esta población, que podría estar afectando su convivencia social y salud mental.

**Palabras clave:** comunicación en salud mental, factores de riesgo, indicadores de salud mental, atención primaria en salud.

### Abstract

**Objective:** Describe the level of communication offered to the community within the framework of the district mental health network, taking as reference the risk for psychoactive substance use and intrafamily violence of a group of community leaders.

**Material and methods:** This is an exploratory descriptive research, with field transectional design. Twenty female vulnerable community leaders representing 200 communal leaders from the District of Santa Marta, Colombia, aged between 21 and 60, participated. Two tests were applied, after validation: ASSIST v3.1, to measure the consumption of psychoactive substances; And the Risk Scale in situations of intra-family violence -AURORA-. Statistical analysis included a univariate analysis to establish participants' consumption risks; And a bivariate analysis using the chi-square test to determine the independence of the variables. In addition, an informal interview was conducted with 4 of the leaders.

**Results:** It was found that the age and schooling of the leaders are determinant, at younger age greater risk of alcohol consumption and intrafamily violence; And, the higher the alcohol consumption, the higher the risk of intrafamily violence. Likewise, it was found that the majority follow the path of mental health towards the National Police and not to the specialized entities of the District.

**Conclusions:** There is a significant early risk and poor communication about the mental health route in this population, which could be affecting their social coexistence and mental health.

**Keywords:** communication in mental health, Risk factors, mental health indicators, primary health care.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde hace muchos años subrayó la importancia de considerar la salud general desde una óptica positiva y, con ella, destaca la importancia de la salud mental del ser humano. Señala que la salud no es una meta en la vida sino un recurso de ella:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas.(1).

A pesar de la anterior precisión conceptual respecto a la salud general, esta no ha sido así en el caso de la denominada “salud mental”, pues ha sido concebida más como presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos, vistos desde el modelo médico de salud-enfermedad y no desde el punto de vista del comportamiento, tal como se registra en las diferentes encuestas nacionales de salud mental en Colombia, lo cual no permite la promoción de un estilo de vida saludable que garantice la salud mental de la población.

En efecto, el abordaje de los problemas de la salud de la población no puede hacerse desde la perspectiva de la salud mental, consideran-

do solo los trastornos psiquiátricos, sino como problema de comportamiento (2). Desde esta perspectiva, la posición en el continuo salud-enfermedad sería el resultado de la conducta como clase funcional, como interacción.

Este tipo de definición facilita el análisis funcional de la salud psicológica, porque desde esa perspectiva no se deja de lado el análisis de procesos biológicos ni los demás factores que explican la conducta.

Para B. F. Skinner, la conducta es producto de la interacción con el ambiente (3); por lo que la salud o la enfermedad no surgen de manera mágica o predeterminada, sino que las personas realizan comportamientos que las llevan a la enfermedad irremediamente (patógenos conductuales) o a la salud (inmunógenos conductuales); es decir, se trata finalmente de un problema de comportamiento individual.

Desde esta perspectiva, la definición de salud mental consignada en la ley recientemente aprobada en Colombia (4) incluye el bienestar emocional, psíquico y social de toda persona; afecta la manera como pensamos, sentimos y actuamos; ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, cómo nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones; por lo que es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez hasta la edad adulta y la senectud.

En el desarrollo de esta investigación se plantearon y desarrollaron tres aspectos teórico-metodológicos que pueden considerarse un aporte inicial a la comprensión de la salud mental de la población y su manejo preventivo en la comunidad.

El primer aspecto se refiere a la definición de la categoría conceptual “salud mental”, que en esta investigación difiere del uso común que

le dan los profesionales de la salud desde el modelo médico como ausencia o presencia de “enfermedades mentales”, o “trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas”, clasificados en el DSM-V, tal como se observa en la última Encuesta Nacional de Salud Mental (5).

En este estudio se toma el concepto de salud mental como comportamiento y su dificultad como “problemas de comportamiento”, que genera disfuncionalidad a la persona y a su comunidad, de manera que afecta su adaptación eficaz al entorno familiar, escolar, comunitario y/o laboral, aunque no necesariamente se trate de “enfermedades o trastornos mentales”. De esta manera, los problemas de comportamiento estudiados no indican presencia de “enfermedades o trastornos mentales” sino solo “indicadores de salud mental o riesgo de salud mental”, los cuales pueden ser presentados por una persona “normal”, sin ser necesariamente “enfermo mental o enfermo psiquiátrico”, ni estar clasificado su “trastorno” en el DSM-V; lo que se ajusta más a la realidad humana.

El segundo aspecto tiene que ver con la inclusión del entorno social y humano del individuo que presenta problemas de comportamiento en la identificación de su salud mental, acorde con el carácter social de la persona y el concepto integral de salud que promueve la Organización Mundial de la Salud (1), como un estado de completo bienestar biopsicosocial del individuo. Por ello se incluye el estudio de los indicadores de salud mental en un grupo de líderes comunitarias, madres de familia desplazadas por la violencia social y en condición de pobreza, cuyos resultados fueron muy similares a la población joven escolarizada (6) y evidencian aún mayor riesgo por el reporte de diversos estudios que dan

cuenta de la relación entre pobreza y deterioro de la salud mental (7, 8), los cuales explican de mejor manera por qué persisten los problemas de salud mental en la población general. En este punto fue clave conocer el escaso nivel de información y conocimiento que tienen estas líderes sobre el concepto de “salud mental” y la red de salud mental distrital, pues de ello depende la información y comunicación que dirijan a sus comunidades con el fin de atender o prevenir estos problemas; a lo cual se suma la situación de estigmatización y discriminación que sufren por su condición de desplazadas (9).

El tercer aspecto refiere a la comunicación en salud mental, como factor clave en los programas de APS (Atención Primaria en Salud) que se desarrollan en las comunidades con el objetivo de empoderarlas para su adecuado manejo, a fin de garantizar su calidad de vida y bienestar.

Cabe precisar que la Organización Mundial de la Salud (10,11) destaca la comunicación en salud como estrategia para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud y facilitar los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Este tipo de comunicación busca contribuir a la prevención de enfermedades, incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia al tratamiento, el diseño de mensajes y campañas de salud pública, entre otros; y en el campo de la promoción busca dar información acerca de la salud, utilización adecuada de la publicidad en salud en los medios de comunicación, educación de los consumidores para que utilicen adecuadamente la red de salud pública, lo cual permitiría la sostenibilidad de las políticas públicas en este sector.

En este contexto, es importante reconocer que la comunidad posee su propio conocimiento empírico sobre la salud con el cual ha afron-

tado las enfermedades y acontecimientos vitales; tienen su propia racionalidad, lenguaje y estructura de causalidad basado en el sentido común y el sistema de creencias derivado de su práctica cotidiana (12). Al parecer, es importante que se cuente con la participación de las comunidades en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, y en el fortalecimiento de las organizaciones sociales, que finalmente son las que harán posible que la población se constituya en un interlocutor válido y con poder suficiente para convertirse en parte activa de las intervenciones en salud (11, 13).

Son tan importantes los programas de comunicación, que han sido efectivos para reducir muchas enfermedades en las comunidades; por ejemplo, reducción del 50 % de la mortalidad por cardiopatía isquémica, lograda mediante extensas actividades de comunicación en Karelia del Norte, Finlandia, y el aumento del uso de las soluciones de rehidratación oral en Honduras y otros países; logro de una cobertura elevada de vacunación, control del cólera y alcanzar otras metas de salud pública, entre otros (14).

A pesar de este éxito, no se han hallado reportes de su eficacia en la reducción de los riesgos de salud mental en la comunidad. Al parecer en las últimas décadas la participación comunitaria se ha constituido en uno de los cimientos primordiales del paradigma de la Comunicación para el Cambio Social, el cual postula el empoderamiento de las comunidades durante el desarrollo e implementación de acciones orientadas hacia la prevención de enfermedades, como los riesgos de la salud mental (15).

Finalmente, se resalta el aporte teórico de Bandura sobre el determinismo recíproco (16), que describe las influencias mutuas entre la persona,

el ambiente y la conducta, el cual señala que mediante la autoeficacia, el individuo tiene la creencia de que puede realizar una conducta particular. En este sentido, el cambio de conducta requiere de los individuos una óptima percepción de autoeficacia, es decir, que consideren que pueden realmente realizar el cambio de conducta deseado, sin importar sus circunstancias económico-sociales y culturales empobrecidas. Por el contrario, los miembros de la comunidad que tengan dificultad para creer que pueden ejercer algún tipo de control sobre la conducta de salud tendrían pocas iniciativas para actuar o perseverar en ella debido a sus circunstancias.

En este contexto, esta investigación tuvo como objetivo describir el nivel de comunicación ofrecido a la comunidad en el marco de la red de salud mental distrital, tomando como referente el riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y de violencia intrafamiliar de un grupo de líderes comunitarias de población vulnerable, en el marco de la Ley 1616/2013 (4), vigente en Colombia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Paradigma, tipo y diseño de investigación.** Se trata de una investigación de paradigma empírico - analítico, enfoque cuantitativo, de tipo no experimental descriptivo, muy utilizada en estudios de tipo diagnóstico como este.

Se utilizó un diseño de transversal de campo, mediante el cual se recogieron los datos en un momento único del tiempo, con el propósito de describir las variables de estudio y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (17).

**Población y muestra.** La población estuvo constituida por los 200 líderes de las juntas de acción comunal de la Comuna 5 del distrito de

Santa Marta, caracterizada por ser población desplazada por la violencia, asentada hace más de 5 años, de escasos recursos económicos (7,8).

La muestra estuvo constituida por 20 líderes comunitarias, miembros de la junta directiva comunal, con edades de 21 a 60 años, media de 37.6 años y D.T. de 8.8 años, elegidas mediante muestreo intencional no probabilístico y que aceptaron colaborar, bajo los siguientes criterios de inclusión: aprobar su participación voluntaria y firmar el consentimiento informado; ser miembro de la junta directiva de uno de los barrios de la Comuna 5. Como criterio de exclusión se tuvo: no pertenecer a la Comuna 5; no ocupar cargos en la junta directiva de su barrio; no firmar el consentimiento informado; y ser menor de edad.

**Instrumentos.** Se aplicaron dos instrumentos para recoger los datos de fuente primaria: **1. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST v3.1)**, (18, 19), que consta de 8 preguntas que evalúan el nivel de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. El ASSIST v 3.1 ha sido validado como entrevista y aplicado a jóvenes y adultos de varios países latinoamericanos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de sustancias psicoactivas. **2. Escala de Riesgo en Situación de Violencia Intrafamiliar –AURORA–** (20), que consta de 29 preguntas, que incluyen desde aspectos generales y cotidianos que se asocian a situaciones de violencia intrafamiliar, como la experiencia de agresión propiamente dicha, los esquemas mentales, sentimientos, afectos y comportamientos inherentes a la dinámica del maltrato, hasta aspectos que específicamente tienen que ver con el entorno jurídico. Para esta investigación se realizó un estudio piloto de validación previo de esta escala en población

del distrito de Santa Marta, y se halló un  $\alpha = 0,809$  para la escala total y un  $\alpha = 0,804$  basada en los elementos tipificados, lo cual indicó una alta confiabilidad.

Adicionalmente, con el fin de obtener una información cualitativa complementaria que facilite una mayor comprensión de los datos obtenidos, se realizó una *entrevista no estructurada* con preguntas abiertas, elaboradas por los investigadores, a cuatro de las líderes comunitarias que aceptaron participar, buscando caracterizar el nivel de comunicación que establecen sobre la salud mental en la comunidad.

**Análisis de datos.** El análisis estadístico incluyó un análisis univariado para establecer los riesgos de consumo de las participantes; y un análisis bivariado mediante la prueba chi cuadrado para establecer la relación del riesgo de consumo con las variables edad, género y grado escolar de las líderes.

Los datos de la entrevista se muestran en una matriz de categorías generadas por los investigadores a partir de ella, luego de la cual se diseñó la ruta de salud mental seguida por las líderes participantes.

**Consideraciones éticas.** A pesar de que esta investigación no presentó riesgo para la salud de los participantes, se obtuvo la autorización del Comité de Ética de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Santa Marta y se tuvo en cuenta lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud; e igualmente se sujetó a la Ley 1090 (21), mediante la cual se reglamenta el Código Deontológico y Ético del Psicólogo, particularmente en lo relativo al trabajo con humanos; entre ellos la confidencialidad, la información a los sujetos comprometidos en la investigación, el bienestar de los participantes y el oportuno uso de los datos obtenidos, por lo que los partici-

pantes firmaron el consentimiento informado y autorizaron su participación.

## RESULTADOS

Los resultados se presentan en tres partes: 1. Los resultados cuantitativos derivados de la aplicación de las Pruebas Psicológicas; 2. Los resultados de la Entrevista y 3. Los resultados de la comunicación en la red de salud mental que utiliza la comunidad.

### Resultados de las Pruebas Psicológicas

#### *Respecto a las características sociodemográficas de las participantes: edad y escolaridad*

Se establecieron dos rangos de edad: de 21 a 36 años (55 %) y de 37 o más (45 %), por lo que la distribución de los grupos de edad fue proporcional, con un poco más de representación de las líderes con edades de 21 a 36 años.

Respecto al nivel educativo, el 80 % de las líderes tiene formación de secundaria (incompleta y completa), el 10 % primaria y solo el 10 % formación técnica.

#### *Respecto a los resultados de las Pruebas aplicadas: consumo de SPA y VIF*

**Tabla 1.** Niveles de Riesgo de consumo de SPA: tabaco, alcohol y cannabis

Tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	100
Alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	16	80
Moderado	1	5
Alto	3	15
Total	20	100
Cannabis	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	100

**Fuente:** datos tabulados por los autores.

La tabla 1 informa que solo tres sujetos de análisis, que representan el 15 % de la muestra de líderes, presentaron alto riesgo para el consumo de alcohol. Además, se halló que el riesgo de consumo de tabaco y *cannabis* por parte de las líderes es bajo.

De acuerdo con la tabla 2, se podría afirmar que las líderes jóvenes, con edades comprendidas entre 21 a 36 años, tienen mayor riesgo de sufrir un alto nivel de violencia intrafamiliar en un 100 % y a nivel severo en un 63 % más que las líderes mayores de 37 años. Sin embargo, con el análisis bivariado realizado, la prueba de independencia de  $\chi^2$  contrasta las hipótesis  $H_0$ : las variables son independientes,  $H_1$ : las variables se distribuyen de modo diferente para diversos niveles de la otra variable.

Así, en relación con el riesgo de violencia intrafamiliar y las variables edad actual, se encontró un valor  $\chi^2$  de 7,037, con tres grados de libertad y una significancia asociada de 0,71; este valor es superior al  $\alpha$  crítico de 0,05, por lo que se debe rechazar la hipótesis  $H_0$ , las variables son independientes. En consecuencia, esto indica que el riesgo de violencia intrafamiliar es dependiente de la edad actual de la líder comunitaria, es decir, que a menor edad mayor riesgo de sufrir violencia intrafamiliar.

Según lo reportado en la tabla 3, el 75 % de las líderes con formación de secundaria (incompleta y completa) y el 25 % con formación técnica presentan un alto nivel de riesgo de sufrir violencia intrafamiliar. De igual manera, el 88% de las líderes con formación secundaria (incompleta y completa) tiene un nivel severo de sufrir violencia intrafamiliar.

De acuerdo con la prueba de independencia de  $\chi^2$  entre las variables riesgo de violencia intrafamiliar y escolaridad, se encontró un valor de 10,521, con 12 gl y una significancia de 0,570, la cual es superior al valor crítico  $\alpha$  de 0,05; por lo que se debe rechazar la hipótesis  $H_0$ , las variables son independientes. Esto indica que el riesgo de violencia intrafamiliar es dependiente de la escolaridad; es decir, que a menor nivel educativo alcanzado mayor riesgo de violencia intrafamiliar.

**Tabla 2.** Contingencia Violencia Intrafamiliar \*  
Edad actual

		Edad actual		
		De 21 a 36 años	De 37 años o mayor	Total
Leve	Recuento	2	4	6
	% Violencia Intrafamiliar	33%	67%	100%
	% del total	10%	20%	30%
Moderado	Recuento	0	2	2
	% Violencia Intrafamiliar	0%	100%	100%
	% del total	0%	10%	10%
Alto	Recuento	4	0	4
	% Violencia Intrafamiliar	100%	0%	100%
	% del total	20%	0%	20%
Severo	Recuento	5	3	8
	% Violencia Intrafamiliar	63%	38%	100%
	% del total	25%	15%	40%
Total	Recuento	11	9	20
	% Violencia Intrafamiliar	55%	45%	100%
	% del total	55%	45%	100%

Fuente: datos tabulados por los autores.

**Tabla 3. Violencia Intrafamiliar\* Escolaridad**

Violencia Intrafamiliar		Escolaridad					Total
		Prim. Comp.	Prim. inc.	Sec. Comp.	Sec. inc	Form. Téc.	
Leve	Recuento	0	1	2	2	1	6
	% Violencia Intrafamiliar	0%	17%	33%	33%	17%	100%
	% del total	0%	5%	10%	10%	5%	30%
Moderado	Recuento	0	0	0	2	0	2
	% Violencia Intrafamiliar	0%	0%	0%	100%	0%	100%
	% del total	0%	0%	0%	10%	0%	10%
Alto	Recuento	0	0	1	2	1	4
	% Violencia Intrafamiliar	0%	0%	25%	50%	25%	100%
	% del total	0%	0%	5%	10%	5%	20%
Severo	Recuento	1	0	5	2	0	8
	% Violencia Intrafamiliar	13%	0%	63%	25%	0%	100%
	% del total	5%	0%	25%	10%	0%	40%
Total	Recuento	1	1	8	8	2	20
	% Violencia Intrafamiliar	5%	5%	40%	40%	10%	100%
	% del total	5%	5%	40%	40%	10%	100%

Fuente: datos tabulados por los autores.

**Tabla 4. Contingencia Edad actual \* Alcohol**

Edad actual		Alcohol			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
De 21 a 36 años	Recuento	8	1	2	11
	% Edad actual	73%	9%	18%	100%
	% del total	40%	5%	10%	55%
De 37 años o mayor	Recuento	8	0	1	9
	% Edad actual	89%	0%	11%	100%
	% del total	40%	0%	5%	45%
Total	Recuento	16	1	3	20
	% Edad actual	80%	5%	15%	100%
	% del total	80%	5%	15%	100%

Fuente: datos tabulados por los autores.

En la tabla 4 se observa una mayor presencia de riesgo de alto consumo de alcohol en el grupo de líderes con edades de 21 a 36 años con respecto a las de 37 años o mayor.

Según la prueba de independencia de  $\chi^2$  entre las variables alcohol y edad actual se encontró un valor de 1,145 con 2 gl y una significancia asociada de 0,564, la cual es superior al valor crítico  $\alpha$  de 0,05; por lo que se debe rechazar la hipótesis  $H_0$ , las variables son independientes. Esto indica que el riesgo de consumo de alcohol es dependiente de la edad actual; es decir, que a menor edad mayor riesgo de consumo de alcohol.

Como se observa en la tabla 5, curiosamente hay mayor presencia de un riesgo de alto consumo

de alcohol en las líderes con mayor formación académica: 25 % para las de secundaria completa y un 50 % para las de formación técnica; lo cual indicaría que a mayor nivel educativo mayor riesgo de consumo de alcohol.

En la prueba de independencia de  $\chi^2$  entre las variables alcohol y escolaridad se encontró un valor de 5,573 con 8 gl y una significancia asociada de 0,695, la cual es superior al nivel crítico  $\alpha$  de 0,05; por lo que se debe rechazar la hipótesis  $H_0$ , las variables son independientes. Esto indica que el riesgo de consumo de alcohol es dependiente de la escolaridad; es decir, como hemos mencionado, el riesgo de consumo de alcohol depende de esta variable.

**Tabla 5.** Contingencia Escolaridad \* Alcohol

Escolaridad		Alcohol			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Primaria completa	Recuento	1	0	0	1
	% Escolaridad	100%	0%	0%	100%
	% del total	5%	0%	0%	5%
Primaria incompleta	Recuento	1	0	0	1
	% Escolaridad	100%	0%	0%	100%
	% del total	5%	0%	0%	5%
Secundaria completa	Recuento	7	1	0	8
	% Escolaridad	88%	13%	0%	100%
	% del total	35%	5%	0%	40%
Secundaria incompleta	Recuento	6	0	2	8
	% Escolaridad	75%	0%	<b>25%</b>	100%
	% del total	30%	0%	10%	40%
Formación técnica	Recuento	1	0	1	2
	% Escolaridad	50%	0%	<b>50%</b>	100%
	% del total	5%	0%	5%	10%
Total	Recuento	16	1	3	20
	% Escolaridad	80%	5%	15%	100%
	% del total	80%	5%	15%	100%

Fuente: datos tabulados por los autores.

**Tabla 6.** Contingencia Violencia Intrafamiliar \* Alcohol

Violencia Intrafamiliar		Alcohol			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Leve	Recuento	5	0	1	6
	% dentro de Violencia Intrafamiliar	83%	0%	17%	100%
	% del total	25%	0%	5%	30%
Moderado	Recuento	2	0	0	2
	% dentro de Violencia Intrafamiliar	100%	0%	0%	100%
	% del total	10%	0%	0%	10%
Alto	Recuento	2	0	2	4
	% dentro de Violencia Intrafamiliar	50%	0%	<b>50%</b>	100%
	% del total	10%	0%	10%	20%
Severo	Recuento	7	1	0	8
	% dentro de Violencia Intrafamiliar	88%	13%	0%	100%
	% del total	35%	5%	0%	40%
Total		16	1	3	20
		<b>80%</b>	5%	15%	100%
		<b>80%</b>	5%	15%	100%

Fuente: datos tabulados por los autores.

Respecto a la relación entre violencia intrafamiliar y consumo de alcohol (tabla 6), se observa que un 50 % de las líderes que tienen alto riesgo de consumo de alcohol probablemente sufrirá también un alto riesgo de violencia intrafamiliar.

De igual manera, en la prueba de independencia de  $\chi^2$  entre las variables alcohol y violencia intrafamiliar se encontró un valor de 6,892 con 6 gl y una significancia asociada de 0,331, la cual es superior al valor crítico  $\alpha$  de 0,05; por lo que se debe rechazar la hipótesis  $H_0$ , las variables son independientes. Esto indica que el riesgo de violencia intrafamiliar es dependiente

del consumo de alcohol; es decir, que el riesgo de violencia intrafamiliar depende de esta variable. Con otras palabras, se podría señalar que a mayor consumo de alcohol mayor riesgo de sufrir violencia intrafamiliar.

### Resultados de la entrevista

Las entrevistas se hicieron a cuatro de las 20 líderes comunitarias participantes, las cuales fueron grabadas con su autorización; con base en dichos resultados cualitativos sobre la comunicación en la red de salud mental en la comunidad, los investigadores elaboraron una matriz de categorización que se presenta a continuación:

Sujeto	Responsable de la Salud Mental en la Comunidad	Casos que se presentan	Ruta de Salud Mental seguida	Profesionales de la comunidad que pueden intervenir/colaborar.	Actividades comunales de Bienestar que realizan.	Sugieren/ Necesitan.
1	Puesto de Salud	Consumo de alcohol	ICBF - CAIVAS (Centro de Atención de Víctimas de Abuso Sexual) – Policía de Infancia y Adolescencia	Psicólogo, sacerdote profesor, abogado.	Ejercicios físicos.	Equipos Amigables y de Recreación
2	No hay	Maltrato a la mujer	Policía Nacional – Puesto de Salud.	Médico, sacerdote y el profesor del colegio.	Ejercicios físicos al aire libre y actividades musicales.	Capacitación con charlas sobre sustancias psicoactivas.
3	Estación de Policía	Alcohólicos, adictos, maltrato a la mujer y discusiones fuertes entre los vecinos	Puesto de Salud	Médico, sacerdote y profesor del colegio.	Ejercicios físicos y musicales.	Capacitación sobre salud mental “para no caer en la tentación de consumir drogas”.
4	No hay	Alcoholismo, drogadicción, maltrato a la mujer, violencia contra niños y jóvenes, intento de violación a niña menor, y discusiones fuertes entre vecinos.	Bienestar Familiar - Estación de Policía. Llamar a las autoridades para que tomen las medidas necesarias.	Psicólogo, médico, sacerdote, y pastor.	Ejercicios físicos, recreación dirigida y conferencias	Charlas sobre salud mental para que en la comunidad se tome conciencia de esa problemática y sepan manejarla.

**Fuente:** datos tabulados por los autores.

**Cuadro 1.** Matriz de Comunicación de red de salud mental utilizada por las líderes en la comunidad

De acuerdo con la matriz anterior, las líderes comunitarias cuya misión es orientar a la comunidad y defender sus derechos humanos, entre ellos el de salud mental (art. 3, Ley 1616/2013), no tienen un conocimiento cierto de ella por lo que pueden estar desorientando a la comunidad al comunicar de manera distorsionada la forma de identificar, afrontar y resolver los problemas de salud mental que se presentan en la comunidad. Es más, sin saberlo, ellas mismas padecen riesgo alto de alteraciones en su salud mental respecto al consumo de alcohol y a violencia intrafamiliar, problemas presentes en esta comunidad.

### **Resultados de la comunicación en la red de salud mental utilizada por la comunidad**

Al establecer una comparación entre la red de salud mental diseñada desde la Secretaría de Salud Distrital en atención a la Ley de Salud Mental vigente en Colombia y la que en su práctica social diaria ha construido la comunidad, se identifican distintas direcciones. Al parecer, la falta de información hace que la comunicación sobre la salud mental y la red de atención primaria (APS) que transmiten las líderes comunitarias sean infructuosas, desorientadoras e ineficaces; todo lo cual

pone en riesgo aun mayor la identificación, intervención y prevención de los problemas de salud mental que presenta la comunidad y las mismas líderes, en especial el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, y de violencia intrafamiliar.

Las siguientes figuras presentan las diferencias entre el flujo de comunicación de la Red de Salud Mental Estatal y la seguida por la comunidad:

**Red de salud mental diseñada desde el distrito de Santa Marta  
(Centrada en la atención de los Organismos de Salud)**



**Fuente:** Diseño de los Investigadores, 2014.

**Figura 1.** Flujo de comunicación de la Red de Salud Mental Distrital

**Red de salud mental utilizada por la comunidad  
(Centrada en la acción de la Policía Nacional)**



\*\*Fuente: Diseño de los Investigadores, 2014.

**Figura 2.** Flujo de comunicación sobre la Red de Salud Mental seguida por la comunidad

## ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

El estudio realizado brinda importantes aportes para tener en cuenta en el manejo técnico de la comunicación en salud mental de la población, en la búsqueda de garantizar la salud general, la calidad de vida y la felicidad de los habitantes de la comunidad participante.

Uno de los principales aportes de este estudio se refiere al estudio de personas no psiquiátricas, no clínicas, sino “normales”: líderes comunitarias. Esto significa un nuevo enfoque de investigación en salud mental, que sugiere tener en cuenta a otros actores del contexto en nuevos estudios.

La presencia significativa de indicadores preocupantes de salud mental como el alto riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, consumo excesivo de alcohol y tabaco, altos niveles de sedentarismo y escasa actividad física, algunos niveles preocupantes de depresión en jóvenes y líderes comunitarias, son características de la salud mental de la población estudiada (15), y son similares a los reportados en la última Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia (22, 23, 24), lo cual incrementa su grado de vulnerabilidad. Sin embargo, las líderes comunitarias no tienen un claro concepto ni la ruta definida sobre salud mental en la comunidad; lo cual cierra un círculo vicioso de incomprensión, mal manejo de la comuni-

cación y seguir sufriendo altos indicadores de riesgo de la salud mental.

A pesar de lo anterior, cabe destacar a nivel práctico la importancia de las actividades físicas y musicales que se presentan en la comunidad, las cuales se constituyen en el inicio de un estilo de vida saludable que debe fomentarse y fortalecerse; así como la participación aún incipiente de los diferentes actores de la comunidad en el desarrollo de estrategias psicoeducativas tendientes a capacitarse sobre las definiciones, importancia y estrategias de prevención y promoción de la salud mental y estilos de vida saludable en la población.

De acuerdo con todo lo anterior, se puede concluir que las líderes y, por ende, sus comunidades, carecen de información suficiente sobre la salud mental, su impacto e importancia para la salud general de la población y sobre la Ley de Salud Mental vigente.

Los resultados han evidenciado que las líderes no tienen claro ni conocen la ruta de salud mental que deben seguir en la comunidad; por lo que su comunicación y orientación a la población que orientan es distorsionada, lo cual impide el logro de una sana convivencia.

Solo hay dos organismos a los que acude la comunidad en caso de algún problema relacionado con la salud mental: la Estación de Policía y el Puesto de Salud.

Lo anterior es aun más preocupante si se considera que se trata de una comunidad en condición de pobreza, que incrementa su riesgo de vulnerabilidad (7, 8), y que, en consecuencia, presenta diversos casos, como alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar (maltrato a la mujer, niños y jóvenes),

que involucran a las líderes comunitarias y a la población joven, los cuales no están siendo afrontadas con eficiencia por parte de las entidades estatales de salud.

Cabe señalar también el reconocimiento de algunos profesionales residentes en la comunidad que pueden colaborar con la atención de la salud mental: psicólogo, médico, sacerdote, pastor, abogado, policía y profesor del colegio; a quienes un programa de atención y capacitación en salud mental los debería incluir.

En igual sentido, el estudio encontró dos actividades que promueven un estilo de vida saludable en la comunidad que deben fortalecerse a través de estrategias adecuadas de comunicación: actividades de ejercicios físicos (caminar, trotar, etc.) y las actividades musicales (conciertos, concursos, etc.). Ello debe generar la participación de las diversas organizaciones que existen en la comunidad, tales como el colegio, las iglesias, las juntas de acción comunal, la estación de policía, entre otros.

Finalmente, es importante identificar y fomentar el uso de la red de salud mental en el distrito: comunidad o colegio - Puesto de Salud - ICBF (CAIVAS y/o Policía de Infancia y Adolescencia), hospital o clínica.

De igual forma, se hace necesario promover la aplicación de políticas y estrategias efectivas para garantizar la salud mental de la población y fomentar el aprendizaje de estilos de vida saludables en la misma, especialmente de niños y jóvenes, pero también de las familias y líderes comunitarios, en especial de las mujeres.

Por último, es importante advertir que la comunidad no se encuentra empoderada respecto a la red de salud mental planteada

por la Secretaría de Salud Distrital centrada en la acción de los organismos e instituciones de salud, sino que está centrada en la acción de la Policía Nacional, dejando en sus manos el problema para que decida qué hacer.

Es posible que la percepción que tienen sea que los problemas de salud mental son violaciones intencionales a la ley y no alteraciones de la salud que deban tratarse.

Esta brecha de concepción y resolución de los problemas de salud mental en la comunidad debería resolverse prontamente mediante programas estratégicos de psicoeducación, a corto y mediano plazo, en los que la información exacta y fundamentada, así como la comunicación en salud efectiva hacia la comunidad, se constituyan en un factor dinamizador de la salud mental y el bienestar de las comunidades, lo cual implica la ejecución de programas basados en la evidencia (25).

Finalmente, cabe destacar que desde la perspectiva de las políticas públicas, el abordaje de la pobreza y de las desigualdades es una de las formas fundamentales de trabajar por la salud mental de esta población (7,8), así como el incremento de recursos gubernamentales para su investigación y atención (15).

**Financiación:** Investigación derivada del proyecto de investigación financiado por CONADI-UCC-2014, titulado “Descripción de la estrategia de salud mental comunitaria basada en los procesos comunitarios de salud mental en APS (Atención Primaria en Salud), como referente para la implementación de un observatorio de salud mental y estilos de vida saludable en la ciudad de Santa Marta”. Facultad de Psicología, UCC, Santa Marta.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran que no existe ningún conflicto para su publicación.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter for Health Promotion. Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Ottawa. Canadá; 1986. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
2. Ballesteros BP. A Propósito de la Política Nacional de Salud Mental. 2004.
3. Skinner BF. *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Editorial Fontanella; 1971.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616/2013, por la cual se expide la Ley de Salud Mental. *Diario Oficial*, 21 de enero de 2013. Bogotá, D.C.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2010. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/2010/document/pdf/uih/2010uih.pdf?visit=1>
7. Quitian H, Ruiz-Gaviria RE, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana. Estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2016; 45 (Supl.1):31-8. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.02.005
8. Padilla-Bernáldez J, López-Ruiz MV. Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. *Actualizaciones, FMC* 2016; 23 (2): 50-60.
9. Campo-Arias A, Herazo E. Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2014; 43: 212-7. Doi: 10.1016/j.rcp.2014.09.004
10. Ferrel F, Ferrel L, Alarcon A, Delgado K. El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia: Avances*

- de la Disciplina* 2016; 10(2):43-54. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v10n2/v10n2a04.pdf>
11. Mosquera M. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. Informe Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud. 2003. Disponible en: [http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera\\_2003.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf)
  12. Ríos HI. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Rev. Perspectivas de la Comunicación* 2011; 4(1): 123-140. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/111-408-1-PB.pdf>
  13. Freire P. *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores; 1972. Disponible en: [http://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/Freire Pedagogia-delOprimido.pdf](http://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/Freire%20Pedagogia%20delOprimido.pdf)
  14. Gumucio A. Comunicación para la salud: el reto de la participación. Disponible en: <http://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio1.htm>
  15. Tortella-Feliu M, Baños RM, Barrantes N, Botella C, Fernández-Aranda F et al. Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud* 2016;27(1):37-43. Doi: 10.1016/j.clysa.2016.02.001
  16. Bandura A. *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe; 1976.
  17. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 4ª ed. McGraw-Hill; 2010.
  18. Council of Europe Committee of Ministers Mediación Familiar. Recomendación N° 98. 2005. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20090128130202\\_ RecommendationR\(98\)1onFamilyMediationCoE.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20090128130202_RecommendationR(98)1onFamilyMediationCoE.pdf)
  19. Organización panamericana de la Salud. ASSIST, la prueba de detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias. World Health Organization. Estados Unidos de América, 2010.
  20. Ramírez-Acuña DA. La medición de riesgo biopsicosocial en la violencia intrafamiliar. *Revista de Psicología GEPU* 2011; 2 (1): 24 - 37.
  21. Congreso de Colombia. Ley 1090 del 2006. Código Deontológico y Ético del Psicólogo. 2006. Disponible en: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file /LEYES/1090%2006.pdf>
  22. Tamayo-Martínez N, Rincón-Rodríguez CJ, de Santacruz C, Bautista-Bautista N, Collazos J, Gómez-Restrepo C. Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2016; 45 (Supl. 1):113-8 - Doi: 10.1016/j.rcp.2016.09.004
  23. de la Espriella-Guerrero RA, Rodríguez V, Rincón CJ, Cabrera-Morales D, Pérez-Rodríguez SJ, Gómez-Restrepo C. Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2016; 45 (Supl. 1):76-88. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.05.002
  24. Campo-Arias A, Celina-Oviedo H, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2014; 43:177-85. Doi: 10.1016/j.rcp.2014.07.003
  25. Cofiño-Fernández R, Álvarez-Muñoz B, Fernández-RodríguezR, Hernández-Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria* 2005; 35(9):478-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15919022>