PSICOLOGIA COMUNITARIA Y SALUD MENTAL EN CHILE

Rosa María Olave, Laura Zambrano COMPILADORAS



Domingo Asún, Jaime Alfaro, Rubén Alvarado, Germán Morales, Roberto Aceituno, Darío Páez, Centro de Estudios e Intervenciones Sociales (Ceis) Colectivo La Caleta

Universidad Diego Portales

PSICOLOGIA COMUNITARIA Y SALUD MENTAL EN CHILE

Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile

© Asún D. y Cols.

Editorial Universidad Diego Portales
Registro 87.120
Diseño y Producción GRAPHIS L & C, 2251920
Fotomecánica e impresión, Impresos Maigret
Santiago de Chile, julio 1993.

"...se trata de construir una forma de hacer Psicología que responda, que atienda, que sea sensible y significativa para los problemas latinoamericanos..."

Ignacio Martín Baró

PRESENTACION

La Psicología Comunitaria y la Salud Mental son campos disciplinarios o, más bien, interdisciplinarios, y valóricos que se sobreponen, se articulan y complementan entre sí. Ante el auge exorbitante de la consulta privada y, sobre todo, de la instrumentalización de la psicología y la Salud Mental para la promoción publicitaria, particularmente del consumo suntuario; la consagración al trabajo en estos ámbitos reviste la dignidad del servicio, de la dedicación del saber profesional a la profundización de la Democracia.

Entre los que se apartan de la marea de la trivialidad, el lucro y la competencia, hay una necesidad objetiva, en gran parte convertida en demanda de pensamiento, ejemplos, libros orientadores que respalden los papeles y los proyectos de vida asociados a la acción comunitaria y de promoción humana. En este sentido, este hecho era esperado y del mismo modo, conocidos el poco tiempo disponible y el aún menor interés en figuración de los autores, constituye una gratísima sorpresa.

La presencia de lo que se podría llamar la escuela de psicología comunitaria nucleada alrededor de la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales y el liderazgo de Domingo Asún, el Decano de dicha Escuela, integrador y nutricio en lo intelectual y en lo humano, en prácticas poblacionales, investigaciones y afanes de estudio; había expectativas desde hace largos años, de un texto introductorio, como el que ahora está a nuestro alcance. Los monitores comunitarios, los alumnos, los profesionales del campo y los académicos que se interesan por la cotidianidad, el bienestar y los problemas psicosociales que afectan a nuestra población, especialmente a los pobres, cuentan a partir de esta publicación, con una herramienta de trabajo que acompañará y prolongará el aporte del estímulo y la enseñanza de Domingo Asún y los profesionales asociados con su labor formativa, Jaime Alfaro, Rubén Alvarado, Germán Morales, Roberto Aceituno, todos igualmente comprometidos en lo social, la educación y la investigación acción. Así también quienes han sido las compiladoras de este libro: Rosa María Olave y Laura Zambrano, forman parte de una nueva generación que se compromete y se motiva por estos ámbitos de estudio y acción.

El libro discute definiciones básicas, da cuenta de modelos explicativos, informa de experiencias relevantes y plantea desafíos y proyecciones.

Se trata de una publicación que respalda y da perspectivas a la práctica de la psicología y la salud mental comunitaria. Enfrentados a la necesidad de trabajar en condiciones precarias en lo material, mal pagadas, marginadas por la cultura dominante y el "establishment", los facilitadores y educadores populares, líderes comunitarios y los profesionales y alumnos de los campos disciplinarios en referencia, agudizan su sensibilidad personal, multiplican sus energías, realizan prodigiosos esfuerzos para tener el respaldo de sus cercanos,

abren todas las puertas a la imaginación... pero, con frecuencia, no manejan marcos de referencia claros, se distancian de las fuentes bibliográficas, diluyen sus instancias reflexivas y de búsqueda en el ajetreo diario.

Las limitaciones descritas en el dominio de los horizontes de pensamiento pueden ser racionalizadas con una descalificación global de todo lo que sea, según el ángulo de mira, susceptible de ser estereotipada como intelectualista o académico, destacándose la importancia de lo experiencial y de la inmediatez cotidiana. Sin embargo, la inmensa mayoría de los trabajadores de la psicología comunitaria y la salud mental comparten en el fondo la visión, la propuesta de una cultura equilibrada, con espacio ecológicamente armonioso para el hemisferio derecho y para el izquierdo, para la afectividad, la espiritualidad y para la reflexión, la razón "Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile" viene a ayudar a reestablecer ese equilibrio. Tal vez contribuya a que en la práctica del trabajo comunitario se integre la reflexión a la experiencia. Sin duda que será un importante respaldo al conjunto de esfuerzos que se hacen para que la sociedad en su conjunto, asuma su dimensión comunitaria, abra camino a la solidaridad, al otro, al hemisferio derecho compartido.

Hacía falta este libro, es parte de un gran crisol en que también aportan al trabajo comunitario corrientes de sensibilidad, pensamiento y movimiento social tan disímiles como la educación popular, la teología de la liberación, la atención primaria en salud con la ubicación personalizada, las psicologías humanista, asistencial, transpersonal y social. A través de analizar las definiciones y conceptos básicos, los modelos explicativos y algunas experiencias históricas se aporte a consolidar la contribución de la psicología comunitaria a un gran cambio cultural que está en ciernes y cuyos pioneros muchas veces sin saberlo, son los esforzados trabajadores comunitarios.

Luis Weinstein

CAPITULO PRIMERO

DEFINICIONES Y DISTINCIONES DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA»

INTRODUCCION

A partir de la existencia de diversas visiones acerca del objeto de análisis y/o intervención de lo que se ha denominado Psicología Comunitaria surge la necesidad de precisar definiciones y distinciones en este campo de estudio y acción.

Algunos psicólogos chilenos vinculados al ámbito social y comunitario abordan este problema desde su quehacer teórico práctico.

En primer lugar, Jaime Alfaro intenta delimitar y definir la psicología comunitaria. Analiza el surgimiento y desarrollo de esta disciplina recogiendo aportes norteamericanos, europeos y destacando los provenientes de Latinoamérica y Chile. Desarrolla una revisión crítica de diversas definiciones que hacen algunos autores para, finalmente, distinguir cuatro dimensiones conceptuales que coexisten al interior de la Psicología Comunitaria. Así mismo, señala la existencia de dos tendencias; una que enfatiza el ajuste y adaptación entre individuo y medio, y otra que pone énfasis en el cambio social.

En una breve reflexión, Roberto Aceituno aporta algunos elementos a la ya iniciada discusión. Reconoce el carácter histórico estructural de la Psicología Comunitaria, ligando su surgimiento en Chile a un proyecto político-social determinado, y destaca algunos aspectos teóricos e institucionales como problemas para enfrentar en el futuro.

Se presenta también en este capítulo el artículo «Algunas reflexiones sobre Psicología Comunitaria», que es en verdad la revisión del texto expuesto por el psicólogo Domingo Asún en el Seminario «Problemas y perspectivas de la Psicología Social Comunitaria» realizado en Concepción en septiembre de 1991. Por lo tanto, es preciso tomar en cuenta, al leer el artículo, el momento histórico en que fue realizado.

En esta exposición el autor intenta una comparación entre la propuesta de la Psicología Social Comunitaria en América Latina y la Psicología Comunitaria del modelo anglosajón. Para América Latina y Chile particularmente analiza los distintos tipos de intervención comunitaria respecto de los principales objetivos que la psicología comunitaria se ha trazado. Además, abre la discusión sobre el rol del psicólogo en este nuevo enfoque y las limitaciones y desafíos en este tema.

Uno de los aspectos que aparece como relevante en este capítulo es el reconocimiento, por parte de los autores, de los procesos sociales y políticos en la formulación de los modelos en psicología comunitaria.

A la luz de estas ideas cobra vigencia lo planteado por un grupo de psicólogos chilenos en el año 1985, en el marco del Primer Congreso de Psicólogos de Chile, que proponen una Psicología Comunitaria como una Psicología para el Desarrollo, que propenda al desarrollo psicosocial de las personas, que supere el esquema tradicional de atención individualizada, que

ponga énfasis en la acción preventiva y educativa, una psicología donde el psicólogo actúe como elemento catalizador favoreciendo el desarrollo comunitario.

La propuesta de este capítulo, y del libro en general, consiste en iniciar una conversación entre distintas experiencias, reflexiones y conceptualizaciones que existen hoy en Chile respecto de la Psicología Comunitaria y la Salud Mental. La intención es abrir nuevos espacios y plantear preguntas que permitan ahondar y enriquecer la discusión y la acción entre los profesionales que trabajan en el ámbito de lo comunitario. Así también, pensamos que el ejercicio de las nuevas generaciones de psicólogos tiene que ver con realizar este tipo de esfuerzos tendientes a la recuperación y análisis de las distintas propuestas teóricas y operativas en el ámbito de lo psicosocial.

ELEMENTOS PARA UNA DEFINICION DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

Jaime Alfaro I.

I.- PRESENTACION

La Psicología Comunitaria es un área de la Psicología de surgimiento relativamente reciente, por lo cual aún no es del todo clara su delimitación, significado, proyección y perspectivas de desarrollo.

En ella no se visualiza nítidamente su diferencia respecto de la Psicología en general o de la Psicología Social en particular. No obstante hay quiénes la visualizan como un nuevo paradigma dentro de la psicología (Tyler; 1984) (1) o como una disciplina con pretensiones de autonomía (Montero; 1984) (2).

El objetivo de este trabajo es contribuir a una delimitación y definición a través de la presentación de distintos elementos que caracterizan las prácticas que normalmente se enmarcan dentro de la Psicología Comunitaria, para avanzar hacia un marco que nos permita concebir los límites y áreas relacionadas con lo que entendemos por Psicología Comunitaria.

Para acceder a esta comprensión se realizará, en primera instancia, un panorama del surgimiento y desarrollo de las distintas concreciones históricas que caen dentro de la llamada Psicología Comunitaria, poniendo acento en los elementos sociales y teóricos que dan cuenta de estas innovaciones.

Luego se intentará una definición de lo que se entiende actualmente por Psicología Comunitaria, utilizando para ello, por un lado la revisión de distintas definiciones y, precisando los elementos que la caracterizan y diferencian a nivel conceptual y operativo.

Por último se delimitarán las distintas corrientes que coexisten, precisando sus conceptos y estilos de práctica.

II.- PANORAMA DEL SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

El surgimiento de la Psicología Comunitaria ha sido fruto de un proceso diverso y múltiple, que está relacionado con distintas experiencias concretas de trabajo y a la vez con hechos de carácter social y teórico.

Antes del surgimiento formal del término Psicología Comunitaria (Conferencia de Swampscott, año 1965) se desarrollaron un conjunto diverso de experiencias que hicieron de antecedentes sobre los cuales se han construido otras formulaciones y prácticas que hoy constituyen lo que se entiende por Psicología Comunitaria.

A fines de la década del cincuenta y durante la primera mitad de la del

sesenta, surgieron simultáneamente, tanto en Europa, como Estados Unidos y Latinoamérica, un conjunto de experiencias innovadoras respecto de los métodos tradicionales de trabajo en salud mental.

2.1 Experiencias antecedentes de la Psicología Comunitaria

En Europa durante esos años se desarrollandos movimientos importantes. La llamada Sectorización (Hochmann; 1971) (3), corriente de la Psiquiatría desarrollada en Francia a partir de la post guerra y oficializada en 1960 a propósito de una retorma legislativa, que señala que todos los servicios de Psiquiatría pública deberán relacionarse con un sector geográfico determinado.

Los sectores pasan a ser el campo de acción donde se reclutarán los pacientes, donde se realizarán acciones de prevención y de seguimiento de cada paciente, a través de instalaciones extrahospitalarias.

Esta experiencia busca desarrollar un rediseño de la práctica tradicional en salud mental, a tres niveles. Primero llevar el espacio terapéutico desde el hospital hacia el medio de vida del enfermo, su familia, casa, su barrio, su lugar de trabajo.

En segundo lugar desarrollar equipos terapéuticos que integran además del psiquiatra - considerado durante mucho tiempo el agente terapéutico específico - otros agentes tales como el enfermero, el asistente social, educadores y agentes de la comunidad (dirigentes, parientes del paciente, etc).

Por último esta experiencia parte de una concepción de la enfermedad que la ubica en el sistema que se articula el enfermo (la familia, la estructura social subvacente y el conjunto de quiénes pretenden curar la enfermedad). El sistema completo soporta la patología y por lo tanto se convierte en el objeto del tratamiento y de los beneficios que con él vengan.

Estas experiencias no han dado continuidad a un movimiento particular o característico de relevancia. En Francia actualmente se da la coexistencia de prácticas tradicionales y modalidades comunitarias no diferenciadas de las desarrolladas en otros lugares.

La Antipsiquiatría Italiana, básicamente el conjunto de experiencias que desarrolló Franco Basaglia y su equipo a partir de 1961 en diversos hospitales psiquiátricos de las ciudades de Gorizia, Trieste, Arezzo y Perugia.

En estas experiencias se promovía la realización de un cambio profundo del sistema psiquiátrico hospitalario. Se buscó la humanización del ambiente, la eliminación de toda medida de restricción física y tratamiento electro-convulcionante, así como la utilización de modalidades de tratamiento tales como las comunidades terapéuticas o el intercambio con la comunidad, favoreciéndose cooperativas de trabajo, comunidades de vivienda o la reincorporación a la familia.

poración a la familia.

Ellos conciben la alienación como un producto de origen social y familiar, surgido de unas condiciones ambientales determinadas que las crean como mecanismos de respuestas frente a ciertas presiones del medioambiente circundante.

Estas experiencias se consolidan y aseguran su generalización a todo el país cuando, en 1978 el parlamento italiano aprobó una ley de reforma del sistema de atención en salud mental (Saraceno; 1989) (4). Por lo cual, desde esa fecha en Italia, está prohibido admitir pacientes en hospitales psiquiátricos. El paciente debe ser atendido por equipos ubicados en la comunidad. Solamente en ausencia de la posibilidad de atender al paciente en el medio comunitario se utilizarán los servicios de psiquiatría. Para ello dos diferentes médicos deberán autorizar dicho tratamiento, por un máximo de siete días; para renovar el tratamiento de hospitalización deberá pedir autorización a las autoridades judiciales.

Cada comunidad tiene su servicio de salud mental, que trabaja en estrecha vinculación con los hospitales. La población llega directamente al servicio comunitario (que actúa como servicio de primer nivel) o derivada por el médico de atención primaria. Las estrategias utilizadas consideran el micro-contexto del paciente (la familia) y del servicio, como micro-ambientes interactivos con la evolución de la enfermedad; por lo cual ambos juegan un rol en la intervención terapéutica. También se considera el macro-contexto del paciente (ambiente de trabajo y su vida social) y la relación con el servicio de salud u otros servicios.

En Estados Unidos se desarrolló el conocido Movimiento de Salud Mental Comunitaria (MSMC) durante la primera mitad de la década del sesenta, a propósito de la legislación que durante el gobierno de R. Kennedy da origen a los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM).

Estas experiencias aparecen como un intento para incorporar la comunidad en el abordaje de los problemas de salud mental y así brindar, sino bienestar psicológico, al menos solución a los problemas más graves de carácter psíquico.

Este movimiento se fundamenta y recoge antecedentes de los signientes elementos:

El rechazo del manicomio y de sus efectos yatrogénicos.

Reconocimiento del peso que tienen las circunstancias hospitalarias y comunitarias en el buen funcionamiento personal.

Desvalorización de la evaluación y diagnóstico psicológico. Es decir, reconocer que el prejuicio existe siempre; tanto los juicios diagnósticos, la naturaleza del tratamiento que se ofrece, la actitud del terapeuta se ven afectadas por la clase del cliente.

la profecía autocumplida.

Insatisfacción con el modelo médico, aplicado a los problemas personales. Lo que lleva a ver estos fenómenos como perturbaciones al interior de las personas, olvidando la relevancia de los factores de estrés.

Sin embargo, son varios los testimonios de que el MSMC no alcanzó satisfactoriamente los objetivos previstos, que incluso demoró la implantación efectiva de concepciones y prácticas comunitarias públicas e interdisciplinarias. Según diversos autores (Costa y López; 1986) (5), el MSMC fracasó básicamente porque el modelo médico en que habían sido formados los profesionales no les dio competencia para el manejo de la creciente influencia de los factores familiares, sociales y económicos. Los equipos profesionales que implementaron los programas no tenían formación suficiente como para dejar el modelo con que habían sido socializados como especialistas, fue como tener vino viejo en odres nuevas.

Pese a haber surgido en la convicción del impacto de los factores ecológicos y ambientales (pobreza, privación cultural, discriminación, falta de apoyo social, estrés psicosocial) en el comportamiento y la salud, las intervenciones mayoritariamente se centraron en el estudio y terapia individual. Se mantuvieron las concepciones acerca de la conducta humana.

El MSMC fracasó en desarrollar programas preventivos y de educación para la salud. La clínica siguió siendo el principal instrumento.

Fracasó el promover la participación de la comunidad y en formar agentes promotores de salud no profesionales.

El proceso de desinstitucionalización resultó ser en muchos casos un vertido de residentes crónicos a la comunidad en la que no habían preparado dispositivos y programas de acogida, apoyo y seguimiento.

No obstante los límites del MSMC, sobre él se constituyó la actual Psicología Comunitaria de origen estadounidense. En 1965 en una conferencia realizada por los psicólogos que trabajaban en los CCSM surgió la Psicología Comunitaria como campo profesional y como intento de disciplina específica.

En Latinoamérica se desarrollan diversos movimientos que también operan como primeros antecedentes de la actual Psicología Comunitaria.

Según nos señala Maritza Montero (1984) (2), ya desde la década del cincuenta se venían desarrollando silenciosamente experiencias de trabajo interdisciplinarias que presentan particulares estrategias de investigación acción orientadas hacia el cambio social. El objetivo central de estas prácticas es activar la participación de la comunidad para el enfrentamiento, solución y comprensión de sus problemas. En lo fundamental estas son experiencias participativas de desarrollo comunitario.

Estas experiencias son fundadas en el modelo de la Educación Popular, que ha tenido amplia difusión en Latinoamérica tras la obra de Paulo Freire y Fals Borda.

Desde estas experiencias surgen lo que actualmente se llama la Psicología Social Comunitaria.

En Chile, a partir de 1958, en el Servicio Nacional de Salud y la Universidad de Chile se desarrollaron dos modelos de trabajo de relevancia y aporte significativo. Me refiero a la Psiquiatria Intracomunitaria formulada por Juan Marconi y a la Salud Mental Poblacional formulada por Luis Weinstein.

La Psiquiatría Intracomunitaria es un modelo de trabajo en Salud Mental que pone énfasis en desarrollar servicios de atención a las patologías de mayor prevalencia a partir de los recursos humanos, materiales y culturales de la comunidad en diálogo con los recursos humanos y técnicos de los servicios y universidades.

La Salud Mental Poblacional es una práctica de trabajo comunitario que se distingue de la anterior por desarrollar acciones de salud integrales que van más allá de las patologías, actuando e incorporando diversos niveles del ámbito poblacional.

Desde estas dos experiencias chilenas surge la práctica que nosotros hemos llamado la Psicología Comunitaria de los años ochenta.

2.2.- Elementos que explican este movimiento

Obviamente un movimiento que ocurre en tan diversas latitudes debe tener elementos que lo explican y dan cuenta de él.

2.2.1.- Hechos sociales y políticos

Los modelos de trabajo que ponen énfasis en la comunidad surgen más o menos simultáneamente en distintos lugares, condicionados por un conjunto de hechos sociales y políticos.

Detrás, a mi modo de ver, está el contexto de la década del sesenta con todo lo que significó como cuestionamiento de las grandes instituciones: la Universidad, a través de los múltiples movimientos estudiantiles de reforma que recorrieron el mundo; el sistema educacional, a través de los planteamientos de Ivan Ilich y Paulo Freire; la Iglesia Católica, a través del movimiento de renovación que surge durante el concilio Vaticano II; es la época de la revolución cubana y en general de cuestionamientos de las estructuras sociales y políticas en Latinoamérica.

En ese sentido, la Psicología Comunitaria puede ser vista como el cuestionamiento de las formas tradicionales en el campo de la psicología y del trabajo de salud mental.

Además de este contexto general en el surgimiento de cada una de estas

propuestas, operaron hechos sociales contingentes. Como la guerra a la pobreza y la llamada legislación Kennedy en el Movimiento de Salud Mental Comunitaria desarrollado en Estados Unidos. Las legislaciones Francesas e Italianas. O la política de Alianza para el Progreso desarrollada en América Latina que tuvo mucho que ver con el desarrollo de los enfoques comunitarios en nuestro país.

2.2.2.- Críticas a la psicoterapia

Normalmente se reconoce como factor influyente en el surgimiento de la Psicología Comunitaria la elaboración de un conjunto de líneas críticas a la psicoterapia como técnica de trabajo. Esta crítica se puede resumir en tres elementos. Eficacia, Eficiencia y Equidad.

La limitación en cuanto eficacia se refiere al desmoronamiento de la certeza de que la psicoterapia resolvería los problemas de salud mental.

El Psicoanálisis y la terapia de orientación psicoanalítica gozaron de una gran aceptación desde el momento de su introducción. Ellas ofrecían la esperanza de que los problemas psicológicos podrían ser tratados eficientemente.

Esta certeza fue puesta en duda a partir de un artículo publicado en 1952 por Eysenck (Zax y Specter; 1979) (6). El examinó un número de estudios que informaban de tasas de mejoría de diversos métodos psicoterapéuticos. Allí, él encontró que, aproximadamente un setenta y seis por ciento (76%) de los tratados con psicoterapia son mejorados independientemente del método terapéutico, un setenta y dos por ciento (72%) son mejorados recibiendo tratamiento médico y apoyo de profesionales hospitalario no de la salud mental. Es decir, Eysenck encontró que el tratamiento psicoterapéutico no producía resultados mejores que el cuidado hospitalario ordinario.

Por otro lado, comparando más finamente los resultados de la psicoterapia, encontró que en promedio cerca del cuarenta y cuatro por ciento (44%) de los pacientes que tienen terapia intensiva a largo plazo mejoran y en cambio el sesenta y cuatro por ciento (64%) de aquellos que son tratados en forma ecléctica y menos intensiva, mejoran.

La gran conclusión de él fue que cuanto más intensiva y sofisticada es la psicoterapia menos es su tasa de recuperación.

Estos estudios más que entregar total certeza respecto de sus conclusiones tienen el gran mérito de haber puesto en duda la certeza de la psicoterapia y con ello iniciar un debate que aunque todavía no ha terminado totalmente, nos pone la necesidad de buscar el desarrollo de innovaciones.

La crítica en cuanto eficiencia se refiere a la constatación de que dado las potenciales demandas de servicios de atención en salud mental y dado los recursos humanos y profesionales con que se cuenta, es imposible esperar dar solución a la demanda a través del uso de las técnicas de psicoterapia individual.

solución a la deman da a través del uso de las tópnicas de psicoterapia individual.

Durante esa época, como resultado del desarrollo de las técnicas epidemiológicas se logra plena certeza que con la técnicas psicoterapéuticas no es posible desarrollar los recursos humanos y materiales para dar atención terapéutica a todos los que la necesitan. Esto queda más claro aún en países pobres como el nuestro.

En nuestro país, los desarrollos que hace Marconi (1973) (7), parten de esta constatación. En el fondo, el planteamiento de Marconi busca generar los métodos y teorías para poder proporcionar atención sin contar con los recursos que exige la utilización de la psicoterapia.

El calcula que la diferencia entre las consultas posibles de proporcionar y las consultas necesarias es del orden del 92%. Al ritmo de 25 Psiquiatras por año tomaría 462 años cubrirla demanda, sin considerar el crecimiento vegetativo de la población.

La equidad se refiere a que el método psicoterapéutico en su implementación tiende a desfavorecer a las personas de nivel socioeconómico bajo.

Esto en los siguientes sentidos:

Los pacientes de clasé social baja son atendidos en agencias públicas mayoritariamente; lo cual tiene enormes implicancias en cuanto trato, espera, demora etc. Autores han llamado a lo que ocurre en esta etapa un proceso de enfriamiento a través del cual el paciente se auto convence que no es tratable.

Se ha comprobado que la clase social influye en el juicio del examinador. Por ejemplo, en la aplicación del Rorschach (Aninat, Duque, Krebs, Manzi, Zalaquett; 1981) (8) se comprobó que los diagnósticos aumentan severidad en relación a la clase social. Esto obviamente se acentúa con el juicio clínico.

La naturaleza del tratamiento proporcionado también está ligado a la clase social (Aninat, Duque, Krebs, Manzi, Zalaquett; 1981) (8). Los miembros de las clases bajas reciben más frecuentemente psicoterapia directiva, breves, uso de drogas.

Los pacientes de clases bajas que ingresan a psicoterapia abandonan el tratamiento después de algunas sesiones (Aninat, Duque, Krebs, Manzi, Zalaquett; 1981) (8).

Se detecta que los clínicos y la psicoterapia en sí misma parte de un cierto ideal de paciente; es decir, está diseñada para personas que tienen ciertas características (Aninat, Duque, Krebs, Manzi, Zalaquett; 1981) (8), ser verbal, inteligente, paciente, no somatizador, etc. Obviamente estas expectativas influyen en diversos aspectos, tales como la aceptación o no de un paciente para psicoterapia, la elección del tratamiento adecuado, su curso y duración, así como la facilidad para establecer rapport.

2.2.3.- Crítica al sistema hospitalario

Desde las décadas anteriores al surgimiento de la psicología comunitaria se desarrolla una crítica a las formas de tratamiento hospitalaria. Esta corriente que trasciende con creces la psicología comunitaria, aportó significativamente a la crítica de la institución tradicional en psicología. Esta crítica al hospital psiquiátrico tiene que ver con:

El manicomio es una institución antiterapéutica, que históricamente, de modo exclusivo, ejerció una función de control social y de custodia.

El vivir por largos períodos de tiempo con regímenes en donde todo está predeterminado externamente y el individuo sólo debe adecuarse a las reglas predeterminadas ,actúan más bien como amplificadores de la desviación y cronificadores de la enfermedad.

Así el manicomio opera como receptáculo de sujetos no tolerados por la sociedad.

Quizás quien da cuenta más claramente de la crítica al sistema hospitalario es Ervin Goffman Goffman en su estudio de los diversos aspectos de la vida social de los enfermos recluidos en un hospital mental.

Allí él demuestra nítidamente que el manicomio es una institución autoritaria en donde un grupode individuos es aislado del mundodurante largos períodos de tiempo, llevando una vida minuciosamente reglamentada y ritualizada.

2.2.4.- El desarrollo de la salud pública

Los modelos comunitarios de trabajo en salud mental nacieron influidos por los desarrollos que la Salud Pública venía produciendo desde los años cuarenta.

Son evidentes las influencias de categorías tales como prevención (primaria, secundaria y terciaria), vulnerabilidad, grupo de riesgo, etc.

Particularmente influyeron los desarrollos teóricos y prácticos que significó el modelo de Psiquiatría Preventiva de G. Caplan (1961) (9), al proporcionar categorías teóricas y operativas de gran trascendencia para las prácticas comunitarias, basado en la Salud Pública y en la sistematización de trabajos realizados en prevención de trastornos mentales desde la década del cuarenta.

Lo que proporciona Caplan es un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos para planear y llevar a cabo programas de reducción de los trastornos mentales, duración mínima de los trastornos que ya se presentan y del deterioro que ellos puedan generar.

Es decir, desarrolla un modelo para realizar acciones de prevención primaria, secundarias y terciarias en salud mental.

Para ello define tanto las causas de la enfermedad como la causas de la salud. Le interesa las condiciones que modifican la vulnerabilidad o resistencia de las personas, tanto como las que perjudican o causan la enfermedad.

Estos «factores de huésped» o característica de los miembros de una población que determinan su vulnerabilidad o resistencia a las tensiones ambientales, son de dos tipos: aquellos inmodificables tales como edad, sexo, nivel socioeconómico, etc y aquellos que son modificables, tales como fortalezas del yo, habilidades para resolver problemas, capacidad para tolerar la ansiedad y la frustración.

Un programa de prevención primaria deberá tender a identificar las influencias perjudiciales corrientes, las fuerzas ambientales que ayudan a los individuos a resistirlas y aquellas otras que influyen sobre la resistencia de la población a las futuras experiencias patógenas.

Caplan parte del supuesto de que para tener salud mental cada individuo necesita continuos y adecuados «aportes» de orden físicos, psicosociales y socioculturales.

Los aportes físicos son aquellos necesarios para el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la salud. Los psicosociales son aquellas necesidades relacionadas con la interacción cara a cara 1) Necesidad de intercambio de afecto y amor; 2) Necesidades de limitación y control (estructura de afirmación y mantenimiento de autoridad) 3) Necesidad de participación en la actividad colectiva. Los aportes socioculturales incluyen las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y la estructura social.

La disfunción se presenta si existe déficit cualitativo o cuantitativo de estos aportes.

La psiquiatría preventiva tiene condiciones para desarrollar programas primarios destinados a disminuir la prevalencia de trastornos vía la generación de aportes necesarios.

A la vez Caplan en su modelo, resalta el papel que tienen las crisis en la presencia de trastornos mentales. Visualiza que los individuos viven crisis naturales (asociadas a las etapas del desarrollo) y accidentales, que ponen en cuestión los mecanismos adaptativos que los sujetos y los grupos habían desarrollado hasta antes del cambio repentino.

De la adecuada resolución de la crisis depende el enriquecimiento de las capacidades de equilibrio, la emergencia de síntomas o el aumento de la vulnerabilidad a desarrollar síntomas en otras condiciones.

Caplan señala que la acción de la psiquiatría preventiva es desarrollar programas de prevención primaria que provean recursos para la resolución adecuada de estas crisis:

Se refiere a recursos de nivel personal (modificación del significado de experiencias previas), de nivel sociocultural (la interacción con otros indivi-

duos al momento de la crisis) y de nivel familiar, de los miembros claves de la comunidad.

En términos generales, Caplan plantea que la provisión de los aportes básicos, como de los recursos para la resolución adecuada de la crisis se realiza través de la acción social y la acción interpersonal.

La acción social se refiere a los esfuerzos realizados para modificar los sistemas operativos sociales y políticos (legislativo, salud, educación, apoyo social y religioso) con el fin de mejorar en escala comunitaria la provisión de aportes físicos, psicosociales y psicoculturales básicos y de proveer recursos para ayudar a los individuos y grupos a resolver adecuadamente sus crisis.

Con la acción interpersonal se refiere a programas que implican la relación cara a cara entre especialista e individuo o grupo de relevancia en la dinámica comunitaria.

En lo fundamental el modelo que Caplan propone a partir de la Salud Pública, está basado en el supuesto de que los desórdenes psicológicos son enfermedades tales como el sarampión y por lo tanto, la tarea es estudiar las condiciones socio-ambientales que condujeron a la enfermedad y desarrollar medios para evitar estas condiciones o para desarrollar resistencias en los sujetos de tal manera que no se produzca el trastorno o se recuperen más rápido y completamente.

III.-HACIA UNA DEFINICION DE LA ACTUAL PSICOLOGIA COMUNITARIA

Al revisar las definiciones que comúnmente se dan respecto de la Psicología Comunitaria, encontramos elementos de tres niveles.

Elementos que señalan un conjunto de énfasis (perspectiva) característico de la actual Psicología Comunitaria, que indicarían los principios conceptuales guías.

Elementos respecto del modo de operar característico de los programas habituales en Psicología Comunitaria. Llamemos a éstos, los principios o instrumentos operativos o de acción.

Por último, encontramos elementos que permiten diferenciar precisiones particulares entre los autores. Me refiero a corrientes distintas y diferenciables dentro de la Psicología Comunitaria.

3.1. Perspectiva conceptual característica de la Psicología Comunitaria

Al observar los planteamientos de distintos autores se evidencian cuatro distinciones conceptuales características y diferenciadoras del enfoque de la Psicología Comunitaria.

a. Adopción de una perspectiva ecológica.

Los fenómenos son mirados con una perspectiva holista que consideradores medio ambientales de tipo cultural, sociales y políticos a nivel me y macro grupal.

El énfasis no está puesto en las variables de orden individual y/o psicé gico. El origen de la disfunción y problemas conductuales no se buscan de del individuo (en su bioquímica o en su psique), sino que prioritariamente los juegos interpersonales que se producen entre los seres humanos, en grupos primarios y secundarios, en el contexto de sus ambientes sociale culturales. Se pone énfasis en que el hombre es una criatura social, que no pur ser concebida sino en relación.

Por consiguiente la concepción de salud mental con la que se trabajo refiere en general a ...» las capacidades de las personas, los grupos y ambiente, para interactuar entre sí, de modo de proveer el bienestar subjet el desarrollo y uso óptimo de las capacidades psicológicas, cognitivas, afectivo relacionales en el logro de metas colectivas e individuales...»

b.- El cambio se busca producir en los sistemas sociales.

La intención y el objetivo de los cambios son orientados hacia instituciones sociales importantes para la vida de las personas. Se busca ellas se comporten de manera de promover el crecimiento de las personas. Linterés de intervenir en los diversos sistemas de la comunidad (sistem educacional, sistemas de salud, las organizaciones sociales, las familias, el

Según señala Tyler (1984) (1) en este énfasis encontramos distin perspectivas:

Quienes plantean que se debe dejar de lado completamente los enfoquindividuales y buscar explicaciones e intervenciones sólo al nivel de sistemas comunitarios. Serían los del llamado modelo de los sistemas social

También hay quienes plantean que las explicaciones e intervenciones deben buscar en el patrón de ajuste persona-ambiente. Es decir, miras conducta individual en el contexto del ecosistema social.

Una última perspectiva es la clínica-comunitaria, que desarrolla mode de funcionamiento individual, modelos de funcionamiento comunitario o sistemas y modelos de funcionamiento de la interacción de los individuos y comunidades. Todo esto de manera de entender en eventos dados, desde perspectiva más adecuada.

También es posible diferenciar un énfasis en los sistemas que bulhacerlos más efectivos (fortalecimiento de las instituciones) y uno que bulgenerar cambios de nivel estructural.

c.- Hay un mayor énfasis en la promoción y en la prevención. El énfasis deja de estar en la enfermedad y el problema, se resalta más suficiencia, las habilidades, la competencia, el desarrollo de potencial, el crecimiento humano, etc.

En este énfasis se busca ya no sólo curar la enfermedad o superar el déficit, se intenta aumentar las capacidades, fortalezas y competencias que permitan el desarrollo de las personas y sistemas sociales más maduros, psicológicamente más plenos y competentes.

A la vez, se busca realizar acciones que intervengan en los procesos ya sea antes del surgimiento de la disfunción (prevención primaria) y en el proceso de disfunción, de manera de hacerlo más corto y menos dañino (prevención secundaria y terciaria).

d.- Se incorpora la comunidad.

En términos generales los destinatarios son a la vez objetos y sujetos del cambio. No se está centrado en los profesionales y su conocimiento técnico, en general se resalta el conocimiento de la comunidad. Ella es incorporada tanto en el planeamiento como en la ejecución.

Ahora bien, la incorporación de la comunidad se plantea en grados distintos. Va desde la incorporación como recurso humano y como medida de fortalecimiento comunitario, hasta la incorporación en el proceso global de toma de decisiones y por tanto se busca la autogestión.

3.2 - Instrumentos operativos característico de la Psicología Comunitaria/

Las formas de acción propias de la Psicología Comunitaria se diferencian de las formas tradicionales. En éstas, el instrumento central y privilegiado es la psicoterapia y el actor único es el profesional.

En los nuevos enfoques se producen cambios en los siguientes sentidos:

Se produce una ampliación de las funciones profesionales. Los servicios directos a los «clientes» ceden el paso a los servicios indirectos de carácter educativo.

Se realiza asesoría y educación a individuos y organismos. Se forman e incorporan para-profesionales. Se utilizan los medios de comunicación. Ya no es sólo la psicoterapia la principal herramienta.

b.-La tradicional espera del cliente, en el modelo comunitario se convierte en el desarrollo de acciones para encontrar al destinatario. Se intenta caracterizar al potencial usuario y se desarrollan técnicas para tener acceso a él.

La preocupación por los problemas de la enfermedad se diversifica hacia todos los campos de la vida comunitaria. Ya no hay preocupación por la

salud o la enfermedad. Hay preocupación por el sistema educacional, por la formación de dirigentes, por las legislaciones, por el medioambiente, etc.

d. El monopolio de los profesionales y de los técnicos se diluye al compenetrarse con la responsabilidad y participación de la comunidad. A la vez, su rol se redimensiona en el sentido de ser un promotor o facilitador.

Como señala Montero (1984) (2) el psicólogo comunitario es «... un agente de cambio y ese rol estará ligado a aspectos de detección de potencialidades, de auspicio de las mismas y de cambio en los modos de enfrentar la realidad, de interpretarla y de reaccionar ante ella (...) el centro de gravedad del control y del poder está en la comunidad, no en el agente interventor, en el técnico, ni en el organismo promotor...»

e. La intervenciones pasan a ser empresas cooperativas en donde la comunidad tiene participación.

6. Se utiliza la intervención en crisis. Ayudar a los individuos, a los grupos o a las comunidades a la solución adecuada de sus crisis, a través del reestablecimiento o mejora de sus recursos y capacidades para manejar sus circunstancias.

h.- Se utiliza como intervención la organización y mantenimiento de redes de intercambio de recursos materiales y psicológicos.

g. Se pone énfasis en proporcionar atención a los grupos con mayor riesgo de estrés (los ancianos, las minorías étnicas, los pobres, etc). Con la orientación de mejorar su resistencia a éste.

i. Se utiliza la investigación como una forma de intervención.

En términos generales se puede señalar que los cambios han operado sobre las herramientas utilizadas, sobre los niveles de acción, sobre el objeto y sobre el rol y los sujetos.

3.3. Enfasis y diferenciación en la actual Psicología Comunitaria

Hasta ahora hemos definido la Psicología Comunitaria como si hubiera desarrollado una identidad homogénea y no internamente diferenciada. Obviamente en ella tienen coexistencia distintos matices.

Estas múltiples diferencias justifican perfectamente el hablar de tendencias o vertientes.

Dicho en términos generales encontramos dos vertientes.

Una perspectiva que pone énfasis en el ajuste y el desarrollo de equilibrios entre las necesidades individuales y el funcionamiento de los sistemas; entiende la cambio como un asunto de ajuste y adaptación entre el sujeto y el ambiente.

Otra que pone énfasis en la transformación de estos sistemas, con un gran protagonismo de los sujetos de la comunidad y los cambios de nivel estructural.

Si bien es cierto que quizás uno de los elementos más propio y característico de la Psicología Comunitaria es el uso de un lente que incorpora los elementos sociales en la comprensión de la conducta humana, al interior de ella este ángulo de mirada no tiene siempre la misma calibración.

Encontramos un enfoque que considera que los factores socio-ambientales son causas de los problemas humanos, en la medida que estos no funcionan adecuadamente; en la medida que son disfuncionales. Por lo tanto, si su funcionamiento es mejorado los problemas serían resueltos.

En esta perspectiva se diseñan conceptualizaciones y acciones que restablezcan el adecuado funcionamiento y capacidad de equilibrio de las instituciones sociales.

Este énfasis concibe la conducta humana saludable (bienestar y disfunción) como el resultado de un proceso interactivo entre los individuos y su ambiente tendiente a la adaptación o al equilibrio.

Por lo tanto, la incidencia de los problemas de saludes una razón variable que depende por una parte, de causas orgánicas, de circunstancias medioambientales estresantes y de las necesidades en general; y por otra, de los recursos disponibles para hacer frente a estas situaciones y necesidades (recursos personales, sociales y económicos).

Los esfuerzos para aliviar los problemas personales y promocionar la salud deben partir de la modificación y mejora de las situaciones y contextos del entorno y de los repertorios conductuales humanos.

El enfrentar situaciones (que exigen grandes o frecuentes cambios en los patrones habituales de vida) sin los recursos adecuados para lograr equilibrio, está asociado con la probabilidad de llegar a estar enfermo.

La tarea del agente de intervención es proveer los recursos psicosociales adecuados para enfrentar exitosamente (adaptativamente) las demandas surgidas.

Psicosocial. Según este modelo los individuos que se ven enfrentados a situaciones que exigen cambios mayores a los deseados por los sujetos, provenientes del ambiente o de características psicológicas de las personas, y que no tienen condiciones para enfrentarlos, ya sea por factores ambientales o psicológicos, pueden desarrollar respuestas que van desde la innovaciones creativas (madurez) hasta la disfunción automantenida.

Desde aquí se derivan otros conceptos como habilidades sociales, red social de apoyo, redes de autoayuda, etc.

La Psicología Comunitaria del cambio social se corresponde con el desarrollo de la Psicología Comunitaria en América Latina. Este desarrollo se hace en el contexto de los países latinoamericanos y a partir de intentar respuestas para enfrentar y superar su subdesarrollo.

Este acercamiento que resalta los factores sociales y ambientales en la conducta humana, hace entenderlos en sociedades concretas, considerando por lo tanto situaciones de clase y condiciones materiales y culturales de vida. Se da un mayor reconocimiento y compromiso con las condiciones del subdesarrollo y la dependencia económica con que se vive en América Latina.

Desde este otro enfoque se reconoce el condicionamiento que la pertenencia a grupos sociales específicos tiene sobre la conducta. La salud y la enfermedad se distribuyen en relación a la pertenencia de clase de los individuos.

Los problemas humanos se conciben relacionados fundamentalmente con la falta de acceso de algunos grupos a los recursos sociales. Es decir, el problema no es el mal funcionamiento de las instituciones sociales, sino que existen estructuras de desigualdad y exclusión. Estructuras que controlan las oportunidades de adquirir poder social para algunos grupos. (Escovar; 1979) (10).

Por lo tanto la solución no tiene que ver con la mayor eficiencia o ajuste individuo-ambiente, sino que con la ampliación de las potencialidades de la comunidad.

El modelo de intervención que define el sentido de la acción del agente externo es el modelo de la amplificación cultural. Este modelo define que el promotor debe abocarse al desarrollo y ampliación de las capacidades propias en la comunidad, siendo un catalizador para la transformación de las estructuras sociales. (Marin; 1980) (11).

Aquí cobra gran relevancia la participación de la población o la comunidad. Una participación que asume la incorporación concreta de los sujetos desde su propia percepción (cultura) y apuntando a la autogestión de los programas.

Su objetivo principal es la facilitación de la participación comunitaria a través de la movilización de un grupo particular para el enfrentamiento y solución de sus problemas. Para ello utiliza el cuerpo de conocimiento de la psicología social y de la psicología general.

Se busca que los sujetos perciban estos problemas en sus perspectivas y dimensiones reales, y en sus relaciones con el medio en que se presentan. Pone enfasis en el desarrollo de la toma de conciencia.

Se aleja de los problemas de salud mental. La preocupación ya no son los síntomas o disfunciones de los individuos. Se amplía el énfasis a la búsqueda del desarrollo social. Se habla de una Psicología Social para el Desarrollo (Escovar; 1979) (10). Este modelo a nuestro juicio está en la base del

planteamiento de la Psicología Comunitaria del cambio social.

Según este modelo la estructura de la sociedad determina el grado de control del individuo sobre su medio ambiente, facilitando o limitando la satisfacción de sus necesidades. Esta posición de subordinación en la estructura social se traduce en carencias de control, lo cual generaría en el organismo externalidad y desesperanza aprendida, alienación normativa y ausencia de control predictivo.

A su vez estos rasgos psicológicos de los individuos, producto de las variables estructurales, refuerzan su posición subordinada en la estructura social.

El cambio social podría darse, según el modelo, cambiando las relaciones de los factores estructurales y/o actuando sobre los sujetos de manera que ellos adquieran mayor control sobre su medio ambiente. La meta principal de la Psicología Comunitaria sería el que los individuos lograran control sobre los refuerzos ante las contingencias de la vida cotidiana, de manera tal que ellos sean autogestores de su propia transformación y la de su ambiente.

Quizás quien más ha desarrollado las líneas de aporte de la Psicología en el logro de este cambio estructural e individual es Montero (1980) (12) a través de sus planteamientos respecto del desarrollo comunitario.

En concordancia con este planteamiento, Montero entiende el desarrollo comunitario como una acción sobre los actores, con ellos y a partir de ellos, que busca satisfacer las necesiades de una comunidad, de manera que sean los individuos quienes luego satisfagan las propias. Es decir, una integración dinamica (dialectica) de participación, cambio social e individual.

Según plantea Montero el desarrollo comunitario busca:

- Toma de conciencia de la comunidad acerca de su situación y sus problemas, así como de la posibilidad de resolverlos conjuntamente.
- Motivación de la comunidad para su involucramiento en las acciones necesarias.
- Desarrollo de la capacidad de decidir, controlar y realizar la acción transformadora. Significa autodeterminación, autodirección e identidad de grupo.
 - · Socialización de la capacidad y conciencia del trabajo comunitario.

Estos objetivos se logran a través de los siguientes pasos:

- Observación ,diagnóstico y descripción de la comunidad. Observación participante. Encuestas. Registros, etc.
- Sensibilización. Se convoca a la participación a través de diversos medios.
- Desarrollo de grupo como comunidad. Desarrollo de la menbrecía e identidad. En este paso la psicología y la psicología social tienen mucho que

aportar.

• Detección y formación de líderes

• Acción grupal de orden comunitaria según los elementos concienciados.

En síntesis Montero formula un conjunto de principios que apoyan y dan basamento al accionar del desarrollo comunitario. Estos planteamientos son:

- 1.- La autogestión de los sujetos que constituyen su área de estudio. Lo que significa que el objeto estudiado es también sujeto estudiante y que toda transformación repercute sobre todos los individuos involucrados, incluido el psicólogo.
- 2.- El centro de poder cae en la comunidad. La acción del psicólogo consistirá en lograr que la comunidad adquiera conciencia de su situación y de sus necesidades y asuma el proyecto de su transformación, asumiendo el control de su actividad.
- 3.- La unión imprescindible entre teoría y praxis, vista como única forma de lograr una explicitación integradora y una comprensión verdadera de la situación.

Los objetivos de la intervención son:

• La utilización de la metodología de investigación acción, orientada hacia el cambio y la concientización.

Ello supone que el rol del psicólogo se reestructure en el sentido de:

- Ayudar a detectar y expresar las necesidades de la comunidad.
- Sensibilizar a los miembros del grupo respecto de sus potencialidades de acción y transformación.
 - · Ayudar a jerarquizar necesidades.
 - Ayudar a producir soluciones y llevarlas a cabo.
 - Suministrar experticia.
 - Transmitir conocimiento al grupo.
 - Facilitar los procesos grupales.
- Facilitar el análisis de los procesos que llevan al fortalecimiento de la identidad colectiva e individual, y a la recuperación crítica de su historia.

Agosto de 1991

BIBLIOGRAFIA

- (1) Tyler, F. "El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos, como ejemplo de psicología comunitaria". Rev. Latinoamericana de Psicología. V. 16 # 1. 1984. 77-92.
- (2) Montero, M. "La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos". Rev. Latinoamericana, 1984, V. 16 # 3.
- (3) Hochmann, J. "Hacia una psiquiatría comunitaria. Tesis para una psiquiatría de los conjuntos". Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1971.
- (4) Saraceno, B. La reforma italiana y su pertinencia en América Latina". Rev. psiquiátrica (1989) VI: 251-255, Chile.
- (5) Costa, M. y López, E. "Salud comunitaria" Ed. Martínez Roca. Barcelona 1986.
- (6) Zax, M. y Specter, G. "Introducción a la psicología de la comunidad". Ed. Manual moderno. México. 1979.
- (7) Marconi, J. "La revolución cultural chilena en programas de salud mental". Rev. Act. Psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 1973, 19, 17.
- (8) Aninat, N. Duque, M. Krebs, M. Manzi, J. y Zalaquett, C. "Psicotèrapia en pacientes de N.S.E. bajo: evaluación de un programa comunitario para el tratamiento de la neurosis". Tesis E.P.U.C. 1981.
- (9) Caplan, G. "Principios de psiquiatría preventiva". Ed. Paidós. Buenos Aires 1978.
- (10) Escovar, L. "Análisis comparado de dos modelos de cambio social en la comunidad". Mimeo. Caracas. Venezuela 1979.
- (11) Marín, G. "Hacia una psicología social comunitaria". Rev. Latinoamericana de psicología. 1980. Vol. 12, #1, 171-180.
- (12) Montero, M. "La psicología social y el desarrollo de la comunidad en América Latina". Rev. Latinoamericana de psicología. 1980, V. 12, #1, 151-180.

LA PSICOLOGIA COMUNITARIA EN CHILE. PROPOSICIONES PARA UNA INTERVENCION IDEOLOGICA, ELEMENTOS PARA UNA DISCUSION

Roberto Aceituno M.

I. INTRODUCCION

La práctica de la así llamada «psicología comunitaria» en Chile representa tanto la ejecución de una forma de trabajo a nivel popular (jóvenes, mujeres, derechos humanos, organizaciones de base, etc.) como la asunción más o menos explícita de un modelo teórico. Esto último ya sea en cuanto considera las variables sociales y psicosociales que intervienen en la dinámica y desarrollo psicológico, ya sea en cuanto a una idea general de hombre, de conducta de subjetividad, de calidad de vida.

El «auge» que ha tenido esta forma de trabajo en nuestro país obedece a factores complejos, desde el punto de vista tanto de los recursos, metodologías y posibilidades de que dispone para intentar aportar a la resolución de urgencias concretas, como de la presencia(o ausencia)de un proyecto político global en el cual se inserta y tiene sentido. Es una cuestión compleja, en tanto un modelo económico neo-liberal como el impuesto en Chile produce tanto los deterioros visibles de la calidad de vida de la población y en ese sentido, las urgencias mencionadas- como las respuestas a nivel «comunitario» como intento de superarlos. Reconocer el carácter a la vez histórico y estructural de ese intento es, por tanto, requisito a nuestro juicio indispensable para formular su identidad ideológica y darle sentido a su eficacia.

La psicología comunitaria en Chile aparece ligada a un proyecto político, Surge como expresión de un mundo de transformaciones, de esperanzas colectivas, de una práctica profesional que intenta zafarse de sus tradicionales métodos y modelos conservadores, insertándose en la vida concreta, real de hombres y mujeres que producen y expresanun modo de existencia y una visión de mundo. Este proceso, abortado como propuesta política reaparece como intento contestatario y «alternativo» durante este período dictatorial, esta vez con el sello-no siempre explícitamente asumido- de un compromiso en algunos casos asistencial y en otros de participación como conciencia crítica. La influencia de la educación popular, de los modelos de salud mental comunitaria, etc., se dejan ver entonces en una práctica que, entregada a la inmediatez de esas urgencias, se ve hoy en la alternativa de negarse como movimiento contestatario -integrando sus programas, métodos, materiales, en una tarea socializante- o por el contrario, mantenerse en una especie de reducto de

marginalidad y «respuesta».

El problema que se nos presenta entonces es darle sentido a esa propuesta, intentar ver cuánto de sus formas de trabajo tienen que ver con esa conciencia crítica, historización y proyecto político, y cuanto tienen o pueden tener de subordinación a un sistema de relaciones sociales visto con ingenuidad o indulgencia. En la medida que se esclarezca ese sentido, que se creen los espacios para asumirlo conciente y programáticamente, será posible elevar determinados procedimientos técnicos, evaluar rigurosamente éstas o anteriores experiencias, llenar los vacíos que éstos pueden implicar o proponer nuevas formulaciones.

II. ALGUNOS ELEMENTOS DESCRIPTIVOS

La psicología en comunidad en nuestro país durante este período aparece ligada a una práctica contestataria, alternativa, cuestionadora, que recibe su impulso tanto de enfoques teóricos de las ciencias sociales, como de la propia dinámica popular que la define como práctica efectiva. Es llevada a cabo por Organizaciones No Gubernamentales, con financiamiento externo y sujeta con distintos énfasis a las demandas de agencias extrajeras,; por organismos de Iglesia y -fundamentalmente durante los últimos años, por Servicios de Salud insertos en las políticas estatales o municipales de gobierno. Actúa en el campo de la salud mental en relación a consecuencias de las condiciones de exclusión que caracterizan este período. Favorece en muchos casos la participación, ofrece espacios grupales e individuales de «extemalización» junto o además de lo cual aparece un trabajo reparatorio, una especie de «ortopedia institucional», especialmente en los casos de su vinculación con organizaciones de base, debilitadas políticamente y definidas como repuesta a la exclusión y el autoritarismo.

Sus aportes metodológicos apuntan a la revalorización de los contenidos no verbales como vehículos de concienciación, en el sentido que otorgan un asidero visible a los contenidos tradicionalmente propuestos en su dimensión «informativa». Revitalizan el trabajo grupal, el fomento de la creatividad, ligan lo individual y lo social a través de técnicas grupales o individuales, sitúan el problema del poder en lo cotidiano, renuncian o limitan la destemporalización clasificatoria. Relevan el papel de la religiosidad popular, por ejemplo la especifidad de los sectores a los que se dirige (jóvenes, mujeres, etc.).

Sin embargo, junto con estas características «positivas», esta práctica se caracteriza por la ausencia de sistematización de experiencias, por la ausencia de evaluaciones globales, por la difícil relación programática-institucional, por la inmediatez de su ejercicio, por la ausencia de definiciones políticas programáticamente entendidas. No existen o son muy escasos los textos donde

se planteen los modelos teóricos a la base y sólo en el último tiempo han surgido intentos de organización inter-institucional.

El trabajo en el campo de la salud mental comunitaria ha apuntado preferentemente a sectores de jóvenes, mujeres, cesantes, que constituyen además los grupos más insertos en organizaciones de base. En cuanto a los problemas más frecuentes, se agrupan en torno a lo que se ha llamado clásicamente patología social y conducta desviada.

Por último, las definiciones acerca de lo que se entiende por salud mental han oscilado desde el amplio concepto de «calidad de vida» hasta la definición de salud de la OMS.

III. PROBLEMAS. INTERROGANTES

Para finalizar, me interesa destacar algunos aspectos teóricos e institucionales que surgen como problemas a enfrentar en el futuro.

Me parece importante sugerir para una discusión necesaria a futuro los siguientes:

- 1.- Formación profesional. ¿Cuál es el lugar de la psicología social comunitaria actualmente en las escuelas de psicología, ¿Cuál es o debería ser su inserción efectiva en la comunidad? ¿Es posible sistematizar las experiencias diversas en nuestro país ligándolas a nuevos enfoques y métodos?
- 2.- Espacio e identidad institucional de las organizaciones en las que se efectúa está práctica. ¿Cómo abordar el problema de los recursos, del financiamiento? ¿Cuales serán los criterios de eficacia y eficiencia? ¿Cómo se entiende la interdisciplinariedad? ¿Cómo se asumen los problemas de roles profesionales? ¿Cuál será el papel de las organizaciones no gubernamentales y su relación con el sistema oficial?
- 3.- Organizaciones comunitarias. ¿Cómo se fortalecen?, ¿Cuáles son los aportes de la psicología social a la definición de su lugar y función en la estructura social? ¿Cómo se enfrentan los posibles nuevos espacios de participación y organización? ¿Cómo se entiende la relación entre salud mental, aspectos psicosociales y demandas sociales en general?.
- 4.- Modelos teóricos, identidad ideológica. ¿Cómo se entiende y discute la relación entre teoría y práctica, específicamente en cuanto a los nuevos enfoques y a los conceptos tradicionales insertos en modelos de comprensión o explicación conductual, psicoanalítica, humanista, sistémica, etc.? ¿Es necesario plantearse nuevos paradigmas o humanizar los existentes?

Estas son algunas interrogantes que surgen y que creo necesario asumir.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE PSICOLOGIA COMUNITARIA

Domingo Asún S.

L-INTRODUCCION

Al enfrentar la historia de la Psicología Social Comunitaria Latinoamericana, hay un momento de creciente insatisfacción y un momento de ruptura que, en general, se tiende a ver relacionado con la aparición del texto de Ignacio Martin Baró, entre los años 83 y 84, titulado «Una Psicología desde Centroamérica». Ahí se produce una ruptura. Esta ruptura consolida algunos movimientos en ciertos países latinoamericanos.

Voy a explicar cuál es la diversificación que se produce. Un grupo, particularmente lo que se llama La Escuela de Sao Pablo toma un planteamiento absolutamente nuevo. Ellos piensan que la psicología social Latinoamericana hay que construirla absolutamente de nuevo, hay que plantear un modelo teórico y tomando elementos de la tradición filosófica y epistemológica de orientación marxista, fundamentalmente. Esa Escuela hasta el día de hoy se mantiene, y ha fundado una propuesta en Sao Pablo.

Otro grupo, particularmente en Venezuela toma una posición un poquito distinta. Decide que los constructos que buena parte de la psicología social del mundo ha desarrollado pueden tener alguna validez si es tomada en forma crítica y es replanteada en un contexto histórico y social propio de América Latina. Esa es la posición en su versión más desarrollada de Mantza Montero en Venezuela.

Martín Baró no está en ninguna de las dos posturas exactamente, según quien ha revisado estas cosas, sino que él provocó esta polaridad de posiciones donde hay también posiciones intermedias. Uno podría leyendo críticamente los aportes de Ignacio Martín Baró, pensar de que varias de sus posturas están cercanas a lo que es la posición doctrinaria de la Escuela de Sao Pablo y también algunos de sus otros trabajos reflejan más la posición del grupo de Venezuela. Ahora, lo importante aquí es que esto impacta de tal manera al Congreso del año 1985 en Caracas, que la vedette de ese Congreso es la propuesta de una psicología comunitaria Latinoamericana; o sea, lo que la psicología social debe hacer básicamente en América Latina es construir una psicología, un nuevo paradigma que sería la psicología comunitaria Latinoamericana.

En el Congreso del año 87 en Cuba está ya bastante consolidada la propuesta, ese mismo año comienza a aparecer una nueva vedette que es la psicología política, o sea, se produce un traslape, y el año 89 en Cuba, naturalmente, la vedette fue la psicología política y la psicología comunitaria

un poco más atrás. Entonces la psicología comunitaria y la psicología política aparecen como expresiones que surgen de la psicología social Latinoamericana.

Con todo lo anterior, pretendo decir que la expresión más novedosa de la psicología social en América Latina es su expresión comunitaria y en este último tiempo, la psicología social política, o algunos la llaman psicología política a secas. Si bien en este momento hay una situación que ya ha influído en que haya dos tendencias muy distintas en lapsicología política Latinoamérica: una psicología política más de discusión ideológica del replanteamiento de las formas de hacer política y una psicología política que es básicamente Marketing Político que es muy pragmática y se trata más bien de psicología publicitaria política en su expresión más tecnológica.

II - DEFINICIONES DE PSICOLOGIA COMUNITARIA

La Psicología Comunitaria parte siendo definida como reflejo de la definición que tienen los países del norte desarrollado. Yo diría que lo que más se acepta consensualmente en América Latina es la definición que aparece en los años 77, que dice que «es una búsqueda de alternativas a normas sociales establecidas. Un intento de sostener el derecho a ser diferente que tiene cada uno sin recibir sanciones, un derecho a ser iguales y tener acceso a los recursos de la sociedad en que se vive».

Para poder hacer esto, esta búsqueda de alternativas, para poder tener acceso a recursos que no se están recibiendo, se diseñan nuevas formas de intervención social y para poder implementar esas formas de intervención social el mecanismo sería las transformaciones motivacionales conductuales, cognitivas, en fin, de manera de producir cambios personales que lleven a producir algún nivel de cambios sociales y que estos cambios estén decididos y planificados por los propios sujetos.

2.1.- El Concepto Comunidad

Esto lleva, en primer lugar en América Latina, a discutir el concepto de comunidad, discusión que hasta el día de hoy continúa ¿cuál es el concepto de comunidad que se ha manejado?. Algunos piensan que es un grupo social de cualquier tamaño donde los miembros residen en una localidad específica. Este es un concepto que en Chile se usa bastante y que tiene que ver con el ámbito de lo poblacional, comparten una cierta historia o una micro história en común en el sentido de una cierta herencia cultural; otros piensan que comunidad es un grupo social que comparte características e intereses comunes y que es

percibible y se percibe a sí como distinto a otros grupos sociales. Otros plantean una definición un tanto diferente: es un grupo con una vida en común de acuerdo a reglas. Por ejemplo, aquí estaríamos hablando de instituciones más bien que de comunidades: los conventos, los regimientos, las escuelas, serían comunidades. Esta discusión es una discusión que permanece, que continúa.

Una de las primeras cosas que uno tiene que tener claro es con qué concepto, con qué constructo, con qué categoría, está visualizando esto que flamamos comunidad. A veces esto no está planteado en forma explícita, pero sí en forma implícita y uno puede derivarlo de los modos de intervención o de la lectura que el programa hace de la realidad, del problema que la realidad tiene. Por ejemplo, en Santiago la mayoría de los centros comunitarios, centros de atención de menores y adolescentes drogadictos del tipo de orientación comunitaria, tienen una concepción ligada al ámbito poblacional, precisamente porque su definición parte de la estructura de poder municipal. Si bien lo más probable es que se transformen en la medida que el nuevo Gobierno cambie algunas reglas en el manejo del problema de la salud.

III - CUATRO OBJETIVOS PARA LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

Si uno hace una sistematización de los objetivos que se plantean en la psicología comunitaria, son básicamente cuatro y el ordenamiento de ellos va a depender de las prioridades que se plantee el programa.

3.1.- Toma de conciencia y motivación

Básicamente los objetivos sonetoma de conciencia, toma de conciencia de su situación, de sus problemas y también de la posibilidad de resolverlos en conjunto, todo lo que tenga que ver con el proceso de toma de conciencia es fundamental. Otra línea de objetivos tienen que ver con lo motivacional. Motivación, en el sentido de desarrollar elementos de tipo motivacional, no de desarrollar procesos motivacionales. Para eso la movilización de los sujetos puede implicar búsqueda de impactos en el aspecto emocional, y en el aspecto cognitivo. De lo que se trata es que los miembros de la comunidad se movilicen y se organicen en torno a lo que requieran o perciban como metas o cambios deseables.

3.2- Autogestion

Un tercer tipo de objetivos tiene que ver con autogestión. Yodiría que este concepto es central, y desgraciadamente en nuestro medio los fenómenos y los

procesos de autogestión están muy poco estudiados desde la psicología. Si uno revisa la psicología nacional, la verdad es que no encuentra más de 2 6 3 trabajos sobre autogestión y naturalmente la autogestión, desde el ámbito de lo psicosocial está bastante menos estudiado todavía. Sin embargo, hay algunos trabajos que permiten acceder a los aspectos psicológicos de la autogestión desde el punto de vista del movimiento feminista en Chile. Leyéndolo con cuidado, uno puede encontrar ahí elementos interesantes. Pero no hay un análisis y una dimensión psicosocial de la autogestión. Uno podría esperar incluso, atendiendo a la tradición de la psicología en nuestro país, que hubiese un trabajo, por ejemplo, desde lo psicodinámico, de las dimensiones psicosociales desde la lectura del psicoanálisis cultural y, sin embargo, no se lo encuentra en la bibliografía nacional. No es que no se haya reflexionado sobre esto, pero nunca se plasmó en una propuesta, en un documento, en algo que permita entender el fenómeno de la autogestión.

Esto es tan delicado que si nosotros hiciéramos un encuentro de personas que estén participando en procesos de autogestión, diríamos que son personal con un nivel de esperticia en autogestión. Lo más probable es que la representación de psicólogos idóneamente elegidos sea bajísima y encontremos bastantes administradores, bastantes educadores y probablemente no pocos médicos. No porque tenga nada en contra de ellos, lo que me preocupa es cuán poco representados estamos en esos procesos de autogestión. La atención primaria, por ejemplo, que es un modelo que seguramente tiene bastantes perspectivas de ser desarrollado en la transición, está de alguna manera, relacionado a la autogestión y estamos poco involucrados en eso.

La autogestión es un tipo de objetivo particularmente importante no sólo en términos de los procesos de autogestión en un sentido protagónico, que también tiene una dimensión ideológica y política, sino también en el sentido incluso de las habilidades sociales, habilidades de flujo de decisiones, de habilidades de control, habilidades de realización de acciones transformables, autodeterminación, autodirección, identidad como grupo, todos esos son procesos psicosociales que tienen que ver con la autogestión.

3.3.- Socialización

Y el 4º tipo de objetivos tiene que ver con el tema de la socialización en el sentido del trabajo organizado, de crear organización en el estricto sentido comunitario, en la asunción de derechos y obligaciones. ¿Por qué es importante esta categoría de socialización?. Bueno, en este minuto y sobre todo tomando el contexto de la transición, es una demanda bastante fuerte no sólo por la atomización de la tradición de trabajo organizado o de acción organizada más que de trabajo, que había en el país, sino también por la reconstrucción

democrática en este proceso de transición. Hay que recuperar, no del mismo modo probablemente, la fuerza de la acción colectiva organizada. Allí hubo acciones estructurales que atomizaron esta tradición. Se sabe por ejemplo, que en el plano del movimiento sindical, hoy día las condiciones son distintas en cuanto a las posibilidades de sindicalizarse. No sé cuán distintas, porque la verdad es que son distintas dependiendo de quién es uno también. No sé si los obreros estarán tan de acuerdo con esto, pero, aparentemente, sí, Sin embargo, la gente dispuesta a sindicalizarse no ha aumentado significativamente. Bueno, entonces podemos agregar rápidamente que además, se aprecia un nuevo fenómeno que es el fenómeno psicosocial del miedo y la desconfianza que son fenómenos bastante importantes ligados al modelo de desarrollo en el sentido de la competividad y de la rivalidad. Luego, esto de la socialización para la acción cooperativa, para la acción organizada, tiene mucha importancia y no es raro que esté puesto como objetivo.

Tenemos entonces que básicamente la psicología comunitaria está trabajando con toma de conciencia, procesos de tipo psicológico y psicosocial, motivación también de tipo psicológico y social, autogestión y socialización.

Todos sabemos que la toma de conciencia y la motivación son también trabajados por los medios de comunicación de masa, pero no en el sentido que pretende la psicología comunitaria. ¿Qué importancia tiene tener claridad acerca de los objetivos que la psicología comunitaria se ha planteado casi como categoría de objetivos en América Latina?

IV.-LA INTERVENCION COMUNITARIA

Si uno hace un poco de análisis acerca de los programas de drogadicción, de las formas de intervención del Estado en los Centros Comunitarios, en los Centros Municipales de Atención de Drogadictos, de las intervenciones en drogas de las ONG, de los Organismos No Gubernamentales, uno podría pensar que lo que existe en nuestro país es la intervención comunitaria. Y esto, saliendonos un poco de los límites de la psicología. Si estrictamente nos cinéramos a una definición ortodoxa de qué es psicología comunitaria, nos veríamos en la necesidad de aplicarle un lecho de procusto metodológico a la forma como la gente trabaja y a grupos de profesionales que trabajan en la comunidad y quedaría muy poco que sería estrictamente psicología comunitaria. Pero intervención comunitaria hay mucha. Por eso es que a veces uno prefiere hablar más bien de intervención comunitaria e incluso de trabajo psicosocial, trabajo práctico psicosocial más que hablar de psicología comunitaria, porque también se generan problemas de roce, de identidades profesionales.

4.1 - Desarrollo Comunitario

Si uno hace categorías de la intervención comunitaria, del trabajo psicosocial, se podría afirmar que hay cuatro categorías. Existen trabajos de desarrollo comunitario donde yo diría que lo central allí tiene que ver con el cuarto objetivo, con la socialización y la gestión de organización en torno a un proceso eje que tenga sentido dentro de esa comunidad. En el caso de las cosas que se han evaluado, son trabajos generalmente en Chile de corte campesino y son grupos de profesionales de las áreas urbanas que se orientan a trabajar, en el caso del Area Metropolitana, fundamentalmente con los sectores de la zona sur, con los trabajadores de todo el proceso de recolección e importación de frutas, ese tipo de campesino. Sé que hay trabajos parecidos a estos en Temuco.

4.2.- La Educación Popular

También hay una categoría distinta que llamamos Educación Popular y en este caso, están presentes todos los objetivos, aunque siempre hay uno que se marca más.

En el trabajo de organización popular, el objetivo que más se marca es la toma de conciencia, porque la educación popular en Chile y la tradición es trabajar más bien con grupos que ya estén organizados y negociar objetivos y básicamente allí es toma de conciencia y movilización, participación protagónica.

4.3.- La Salud Mental Comunitaria

Los trabajos de salud mental comunitaria corresponderían a una 3ª categoría. Lo que allí se busca fundamentalmente es entregar un apoyo, un respaldo, a grupos que viven situaciones extremadamente aversivas y desfavorables de vida, con fuertes repercusiones en el desarrollo personal y en las formas de convivencia y por lo tanto, el objetivo que uno podría pensar que se plantea allí es el de la motivación. O sea, en buscar formas de resolver ese tipo de problemas, motivarse para este tipo de problemas.

4.4. - Actividades Productivas

Y otro tipo de intervención comunitaria tienen que ver básicamente con actividades productivas. También implican algunas de las otras cosas, o pueden gestarse, pero son básicamente actividades productivas. En el caso metropolitano son: los comprando juntos, las bolsas de trabajo y fundamentalmente las

ollas comunes, que son la consolidación de todo lo otro porque incluyen el aspecto de la búsqueda de trabajo. Son organizaciones bastante fuertes, y ahí basicamente lo que hay es autogestión como objetivo. Por eso es que he señalado que es importante entender este tipo de objetivos, porque de alguna manera lo que se prioriza, determina la categoría de intervención que se desarrolla.

V.- EL ROL DEL PSICOLOGO

Ahora, ¿Cuál es el rol que el psicólogo desarrolla y tiene? Se cumple nuestra vieja aspiración que hoy día sería más bien definida como la vieja utopía. Ustedes saben que la discusión más eterna es acerca de nuestro rol. Nunca se deja de plantear este problema y aquí, en la psicología comunitaria, claramente el rol es un rol de agente de cambio. Eso es lo central de la definición del rol: un agente de cambio y como es un cambio que tiene que ver en las relaciones sociales primarias, es un agente de cambio social aún cuando se plantee muchas veces que el ámbito donde intenta establecer el cambio, no es sino cambio de la familia o de los grupos primarios de la comunidad, como es el caso de las pandillas de adolescentes. Es un rol de agente de cambios sociales. No estamos hablando naturalmente de cambios en el nivel de las relaciones sociales estructurales, pero sí de las primarias. Ahí sería en ese sentido social, y cambio en el sentido que facilita, promueve, cataliza, participa activamente.

Bueno, aquí es un rol activo, es decir, se supone que está inserto en la comunidad para estar allí antes que el problema se exprese ya en términos de un deterioro que pueda ser categorizado psiquiátricamente. Ustedes ubican el chiste de los accidentes en la Carretera Norteamericana, entre San Francisco y Los Angeles. Había allí un lugar donde había muchos accidentes. Se daban vuelta los autos, en fin (esto lo contó un policía norteamericano que estuvo con nosotros hace poco), entonces lo que las autoridades hicieron fue poner un policífnico a la pasada del barranco. Claro, era bastante mejor modificar la carretera y también los aspectos que controlaban la forma de conducir en esa parte de la carretera para impedir que llegaran tantos sujetos fracturados a algunas de las dos ciudades, pero lo que hicieron fue construir abajo una posta, cerquita.

Si nosotros revisamos nuestra historia, nuestros programas de alcoholismo, por más de 20 años han funcionado de ese modo. Y de hecho, el programa de drogadicción en las Municipalidades también parte con una visión curiosa de planificación, porque se le da acceso a una atención sofisticada multiprofesional a un cierto tipo de adolescente en condiciones bastante deplorables de vida sólo cuando fuma marihuana, pero cuando tienen todos los problemas que probablemente tengan algo que ver con que finalmente termine

fumando marihuana, no tiene ayuda. Hay un chiste que cuento siempre, pero que repito aquí: En el Centro Municipal de La Reina hubo un tiempo que la comunidad se puso con recursos y La Reina es una comunidad que tiene un Club de Equitación. Entonces el aporte del Club de Equitación fue, por supuesto, hacer lo que podía hacer y era ofrecerle al Centro Comunitario de atención de Adolescentes, becas para equitación. Entonces, si no fumaba marihuana, tenía derecho a andar un año a caballito allí en el Centro de Equitación.

5.1.- Participación activa del psicólogo

¿En qué sentido es participación activa y en qué sentido es un activista? Tal vez este es un tema siempre abierto a la discusión, pero tal vez lo que va a ocurrir es que en la medida en que la polarización del conflicto político va a bajar un poco, esta situación que ha generado bastantes dificultades e incluso algunas disoluciones de equipos de trabajo, va a tender a ser menos presionante sobre el equipo e incluso de las relaciones con la comunidad en la medida en que la polarización del conflicto vaya gradualmente descendiendo.

En los años anteriores esta situación fue muy dramática incluso hasta el día de hoy. De 33 Centros de Atención Municipal de Adolescentes Drogadictos, van quedando 21, porque los Alcaldes designados por el actual Gobierno están trabajando en un cierto sentido y los Alcaldes designados por el anterior Gobierno, en otros y es naturalmente razonable que los Alcaldes designados por el anterior Gobierno estén quedándose como Alcaldes y si se quedan, el costo de quedarse tiene que tener algún sentido. Es probable que algunos de ellos sean candidatos en las elecciones supuestas del próximo año. Es difícil entender que ellos puedan permitir que mantengan equipos de trabajo con tanta inserción en la comunidad que están bajo el control de la Intendencia, que ellos no controlan y por lo tanto lo que han dicho es que no hay recursos y han cerrado alrededor de 10 Centros en Santiago. Por supuesto que todos esos equipos están cesantes. Entonces esta cosa entre la participación activa y el activismo es una situación que ha generado bastante polémica, problemas y dificultades; la impresión que tenemos es que esto debería bajar sobre todo después de las próximas elecciones municipales. Desde el punto de vista de la intervención comunitaria, lo que a nosotros nos convendría para evitar ser tamizados y a veces no poder tener claridad de funcionamiento por este tipo de situaciones, es que esto pase rápido, de lo contrario, el sesgo de las posturas políticas tiende a contaminar las cosas no siempre constructivas para el trabajo que los psicólogos y otros trabajadores buenamente quieren hacer. Porque implicade alguna manera acceso a un cierto grado de legitimación frente a la comunidad, situación que tiene una particular relevancia política en lo que es uno de los ejes troncales de la transición democrática que es el poder local.

Ahora, el problema por otro lado es ineludible desde el punto de vista del compromiso personal. El problema es si uno está dispuesto y en qué sentido nesa eso a ser activismo, no en un sentido partidista, pero sí activista en el sentido de generar como en algunos proyectos de educación popular, moviliración que son políticas alternativas a las partidistas, pero que son políticas. Ilstedes va deben haber notado que hay dos temas que son mujer y juventud, donde ha bastado un poco sacar a la luz pública para que haya verdaderas tormentas de opinión en torno a eso y rápidamente se ha retraído la discusión en este sentido. Los valores con lo ideológico. Al mismo tiempo este rol es un rol de investigador y docente junto con el rol de aprendiz. La definición es que se trabaja juntos en el cambio, pero se aprende también de la riqueza, de la experiencia, de la historia cultural de la comunidad y se investiga junto con la comunidad. Esto es particularmente parte de la tradición latinoamericana: romper con la tradición de la relación vertical entre el saber científico académico sobre todo de instituciones universitarias enfrentado en forma vertical hacia sectores con diferencias culturales. Es un trabajo de relación horizontal; investigador docente y aprendiz al mismo tiempo.

a odshor

5.2.- Las funciones del psicólogo comunitario

¿Cuáles son las funciones de este psicólogo comunitario? Detectar y facilitar la expresión de necesidades de ciertos grupos sociales, sensibilizar a los miembros del grupo respecto de sus potencialidades de acción y transformación. Esto no es solamente propio de la psicología comunitaria. Las cosas nunça son tan lineales como la historia las cuenta. De pronto uno descubre que en Palo Alto, de hecho hay una escuela de terapia estratégica breve y en las escuelas de psicología de universidades más pequeñas hay posturas idénticas a éste. Por ejemplo, hay ur Postgrado en California en Psicología Clínica en Terapia, donde fundamentalmente el objetivo del Postgrado es formar gente que pueda trabajar con minorías y el objetivo del proceso terapéutico es que los sujetos de esas minorías naturalmente no hacen entrenamiento terapéutico sobre patologías como tradicionales, sino sobre los procesos de daño de ser minoria. Por ejemplo, el problema de identidad racial, y generar un proceso de transformación que signifique acumulación de poder, que se aprenda a usar el poder que toda minoría potencialmente pueda desarrollar. Por lo tanto, esto de sensibilizar a los miembros respecto de sus potencialidades de acción y transformación, no proviene solamente de nosotros. No es que sea propio de Latinoamérica. También se da en el modelo Anglosajón y de hecho, lo que nosotros tomamos en la actual situación en cuanto a factores psicosociales del modelo Anglosajón, son los conceptos que ustedes conocen del lugar de control de los refuerzos, buscar sujetos de control más interno. ¿Cómo generar eso y modificar algunos de los elementos de la atribución incluso con aportes de Bandura?.

Hay algunos problemas en ese sentido que se han desarrollado, o sea, no se trata de traspasar acríticamente estos conceptos de nuestra realidad, suponiendo que es una panacea. Se trata de traspasarlo en un contexto distinto, con mucha conciencia de las limitaciones, de hasta dónde se puede llegar con estos conceptos y en qué contexto se plantean para ver qué tipo de alcances pueden tener. Nosotros sabemos que de un campesino de una etnia, sometido a un proceso desde la Colonia, de explotación y opresión. No podemos esperar en una escala de 1 a 10, que puntee 10 en lugar de control de los refuerzos, en control interno, después de una intervención nuestra, porque eso lo único que significaría es que está maníaco. Si él concibe la realidad con ese grado de control interno es que está maníaco, porque él no es el del fundo, él no decide los precios de sus productos por su objetividad y procesos formales de enfoque de causalidad de las, cosas. De hecho, ninguno de nosotros tiene un control interno de 10, porque tendría un sesgo de positividad extraordinario.

Otro elemento importante de jerarquización de necesidades es la discusión acerca de si la relación es horizontal. Jerarquización, facilitación de soluciones y suministrar esperticia en los procesos decisionales y de tipo productivo. Tal vez sea ésta una de las principales situaciones que hay que resolver en nuestro medio.

Mucha gente aprende en los proyectos de <u>autogestión</u>. Por ejemplo aprende la cosa de la arpillera, pero no aprende el Marketing de las Arpilleras. No aprende los procesos financieros de la Arpillera. O sea, lo que se genera ha sido bien dramático. Lo que se genera es una fuerza de trabajo potencial y después se instala una microempresa incluso de origen internacional que captura esa fuerza de trabajo en forma tal que lo que la legislación laboral permite son generalmente mujeres. Y comienzan a hacer ropas que se exportan. De la Arpillera pasan a la ropa porque aprendieron a hacer este trabajo. Aprendieron a dominar cierto tipo de tecnología, pero no aprendieron ni la organización en las microempresas, ni la autogestión, ni aprendieron los aspectos empresariales de su trabajo. En no pocos casos no lo aprendieron por un sesgo muy ideológico del que apoyó el programa.

En Santiago es impresionante como funciona. Son mujeres que están trabajando más de 10 horas diarias y han levantado el ingreso de sus familias de un modo espectacular. Por ejemplo, una empresa que hace ropa para minorías religiosas norteamericanas, son unas ropas de ritual, son muy buenas en su trabajo. la empresa consiste en una oficina y varios autos que circulan por la población. No se pagan ni vacaciones ni nada. La población misma se organiza para el día de pago, para que no les roben a estas señoras que van a recoger el producto y darles la tarea para la semana-siguiente y pasan pagando. Uno de los efectos más curiosos, además de que la mujer comienza a trabajar

10 horas en este trabajo, además de todo lo que trabaja en lo otro, en lo cotidiano, es que los maridos dejan de trabajar. ¿Para qué si ahora está ganando ella sesenta? ¿A qué va a ir él a ganar 20, cuando la verdad es que se gasta cinco en locomoción? Entonces son solamente 15. Se queda cuidando que la casa no la asalten los Pieles Rojas. Y se produce ese tipo de proceso, al mismo tiempo que la familia efectivamente comienza a destacarse dentro de la comunidad, porque sus ingresos suben.

Bueno, de ahí estas dificultades. La facilitación de procesos grupales también es importante y yo diría que en Chile ésta es una de las cosas que ha sido casi paradigmática. El poner al grupo como el centro, como el eje, la necesidad de formación profesional y la posibilidad de desprofesionalizar en la delegación estos elementos de grupo de trabajo, de la dinámica grupal y todo lo que significa la psicología de los grupos es fundamental; en Chile no se puede hacer por una tradición de trabajo grupal que se insertó particularmente por influencia de la educación popular. No se puede hacer trabajo comunitario si uno no sabe dinámica de grupo, yo diría que la demanda en la formación de los nuevos profesionales en dinámica de grupo tampoco se aprende leyendo. Si bien hay una gran cantidad de manuales, los manuales están hasta el nivel de la Delegación, no al nivel del Gestor del proceso de delegación. Creo que dinámica de grupo en Chile es imprescindible. Desafortunadamente nuestro interés por ese tipo de procesos es un poco retardado, por lo tanto nos encontramos, yo no digo que esté mal, pero nos encontramos de pronto por debajo del nivel de esperticia de profesionales de la educación o de servicio social en todo lo que es el trabajo de grupo. Ahora, si lo enfrentamos desde el punto de vista teórico, nuestro handing es mayor. Modelos teóricos planteados desde nuestra realidad prácticamente no existen. En cambio encontramos en países vecinos, por ejemplo Argentina, la visión de Pichón-Riviere sobre grupo. La visión que tiene no sólo la relación de tradiciones históricas de pensamiento en la psicología científica sino que además, con una creatividad importante de parte de la tradición argentina especialmente. Nosotros no lo tenemos acá. De hecho, ni siquiera sabemos con qué modelo teórico nos manejamos: más bien psicodinámico, más bien gestáltico, que tiende a ser más bien experiencial, pero no está claro el sustrato de eso y por supuesto, tiene una importancia práctica, porque alguna coherencia tiene que haber entre el encuadre teórico del manejo y el tipo de objetivos que se plantea. La orientación experiencial tiene un encuadre teórico que en cuanto a sus objetivos, debe tener una cierta consistencia, del mismo modo como una psicodinámica.

En Chile, básicamente la intervención se centra en todos aquellos procesos cognoscitivos que tienen que ver con el fortalecimiento de la identidad en el sentido personal o grupal y en el caso de los proyectos de educación popular, de la identidad ya más allá de lo grupal, de la identidad de clase, diría yo que muchos programas de la educación popular tienen identidad de clase. En el caso

de los movimientos feministas, los procesos cognoscitivos que interesan son los que tienen que ver con la recuperación crítica de la identidad, del género pero también de la historia y el análisis crítico del entorno formativo. De allí los trabajos sobre educación y género que han aparecido en nuestro medio.

VI.- EL PARADIGMA DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

Ahora, en cuanto a paradigma fundamentalmente más desarrollado en los países del área del Caribe que en nuestro medio, diríamos que los elementos que caracterizan a la psicología comunitaria son asignarle al conocimiento, un carácter histórico. Allí hay distintas influencias: el conocimiento y la psicología comunitaria latinoamericana es concebido como un carácter básicamente histórico. Además de un carácter especialmente dialéctico en la producción del conocimiento. Con transformación de los sujetos de la investigación, la acción es concebida básicamente como ideológica. Hay un intento muy fuerte de unir teoría y práctica. Esto precisamente a través de un instrumento o de una modalidad que es lo que se conoce como, investigación-acción supone un cambio entre la relación investigador y lo investigado. Otro elemento que caracteriza a la psicología comunitaria en América Latina en esta propuesta de paradigma, es el cambio de la conciencia real a la conciencia posible y de aquí que en América Latina haya dos figuras claves que no son exactamente psicólogos, pero que son sustentos, pilares desde el punto de vista teórico: Orlando Fals Borda, colombiano y Pablo Freire, brasileño. No son psicólogos sociales ni son psicólogos comunitarios, pero en este elemento que se plantea como bastante central que es el cambio de la conciencia real a la conciencia posible, diríamos por ejemplo, para empezar este cambio de lo extremadamente individualista a una conciencia altamente solidaria, como sustrato de esto están los aportes que han hecho estos sujetos contemporáneos que son Pablo Freire v Orlando Fals Borda.

Otro elemento importante en la psicología comunitaria latinoamericana es la pretensión de llegar a ser una psicología del desarrollo, una psicología del desarrollo social o psicosocial tanto en el sentido del desarrollo de los individuos como de los grupos. En su versión centroamericana es bastante más marcada que la nuestra, porque allí esta psicología del desarrollo se propone como objetivo superar el problema de la dependencia de los Estados Unidos.

Ustedes saben que la situación de Centroamérica por lo menos es implícitamente más dependiente que la de países más del cono sur. En ese sentido, incorpora la superación de esa dependencia dentro de los objetivos como psicología del desarrollo.

No podemos pensar que la psicología comunitaria tiene sólo como expresión el ámbito de la salud mental comunitaria que es realmente la

expresión que tiene más vigencia en cuanto a la participación de la psicología en Chile; nosotros, en lo que más hemos participado en la psicología chilena es en lo que es salud mental comunitaria. Hay pocos psicólogos trabajando en proyectos de ollas comunes, por ejemplo, pocos psicólogos trabajando en experiencias de organización campesina. De hecho, hay un ámbito de trabajo comunitario muy importante en los últimos 5 años que es Derechos Humanos, Desarrollo Humano, Salud Mental también, de alguna manera amplia, e intervención comunitaria, por lo menos en términos de comunidaden el sentido de grupo afectado por una misma situación, particularmente en algunas regiones, pero cercano hacia ese ámbito. Si nosotros nos planteamos una psicología comunitaria en el ámbito de la salud mental comunitaria, nos estamos planteando dejar a las comunidades en condiciones de tener en sus propias manos los elementos para resolver sus problemas, para decirlo en pocas palabras.

Luego, de lo que se trata no es seguir institucionalizando la demanda, generando un I.P.C. de demanda hacia nuestro rol de manera que la dependencia rol-sujeto siempre esté presente. Cuestión que ocurre bastante en algunos aspectos de la psiquiatría. Siempre las encuestas epidemiológicas señalan que hay más sujetos potencialmente enfermos que el número de profesionales que pueden abordar esos enfermos. Hay algo ahí de I.P.C. Pero en la psicología comunitaria no. Estrictamente la psicología comunitaria debería, en una comunidad, desarrollar sus proyectos sin crear dependencia y, por lo tanto, el éxito es su fin también.

6.1.- Identidad e Ideología

En este sentido habría que revisar este aporte de la visión Centroamericana donde se plantean en cuanto a psicología del desarrollo social, la superación también de los problemas de la dependencia y de allí la importancia enorme para la psicología comunitaria o para lo que la psicología social comunitaria tienen en el ámbito del Caribe, incluyendo Venezuela y también parte de Brasil. El problema de la identidad y sobre todo, de la identidad del dominado, porque tiene que ver en esos países mucho con la identidad del colonizado.

Y el último elemento que se ha destacado sobre todo en el último tiempo en la psicología en América Latina es la incorporación del análisis del problema de la ideología. Y también, por lo tanto, la incorporación del tema de la alineación como temática de estudio, como tópico de estudio, naturalmente en el ámbito ya más académico, ya más institucional del discurso teórico que comienza a crecer de esta psicología comunitaria latinoamericana, que de hecho, en sus distintos matices de expresión tiene connotación hoy día internacional en cualquier nivel; por ejemplo, desde el punto de vista del aporte

chileno en lo que son intervenciones comunitarias, no pocos de nuestros especialistas hoy día tienen una actividad internacional muy intensa, por ejemplo en lo que es nuestra desgracia y nuestro aporte en el plano de los Derechos Humanos, permanentemente están concurriendo, están editando, están publicando y hay una propuesta que surge desde Chile que está permanentemente en circulación en los principales eventos de estos temas en el mundo entero. Del mismo modo, los venezolanos enotros temas que tienen que ver más bien con la identidad, y del mismo modo, caribeños con el problema del colonizado de cierto modo, o del dependiente, o de problemas raciales, etc.

VII.- ALGUNAS CONCLUSIONES

Al incluir la visión de la alineación y de la ideología., se ha logrado tener un encuadre teórico más sistemático y se está pasando a tener relevancia en el concepto internacional de psicología social. Ahora, cuáles son las diferencias más marcadas con el ámbito anglosajón? Básicamente me refiero a lo estadounidense, sin ser absoluto en la comparación. En E.E.U.U. surge básicamente como una expresión de la guerra contra la pobreza, contra los bolsones de pobreza que subsisten pese a las condiciones de desarrollo que ellos tienen, de allí surge la orientación de la psicología comunitaria. Hay una diferencia con la psicología Latinoamericana en el sentido de que acá no surge como una estrategia para abordar los bolsones de miseria como surge en los E.E.U.U., donde el supuesto es que esos bolsones de miseria no logran acceder al derrame de recurso y a utilizar eficientemente los recursos de una sociedad rica, porque hay situaciones er el plano, sobre todo individual, que invalidan o generan para que los sujetos puedan acceder a un uso eficiente de los extraordinarios recursos del desarrollo de esas comunidades. El supuesto que hay es que en estos bolsones de miseria hay particulares formas de estilos de vida, conceptos de subculturas de la pobreza, el concepto de carácter derivado de la subcultura comienza a ser importante y que por lo tanto, cierto tipo de intervención es que tiene que ser de carácter psicosocial, deben efectuarse para que esos sujetos se conviertan también en eficaces dentro del desarrollo de recursos que esa comunidad tiene.

Es un poco distinto en el medio Latinoamericano. En nuestro medio tiene que ver más bien con la movilización social, que se supone que está en la base de los procesos de la distribución desigual de recursos, del papel protagónico que deben tener los grupos menos favorecidos y por lo tanto, ya sea como gestión no gubernamental, o á veces como gestión gubernamental por cierto tipo de gobierno de las décadas pasadas, se trata de desarrollar este tipo de situaciones. Por lo tanto, la psicología comunitaria, para hacer la comparación más gráfica, nace en América Latina de un modo muy semejante como lo hace

la Teología de la Liberacion. Es parecido el proceso y tal vez uno ahí podría no extrañarse, porque Martín Baró era psicólogo y era sacerdote jesuita al mismo tiempo, y de hecho, prácticamente él es el guionista o uno de los principales sujetos que aporta al guión de la película de Monseñor Romero. El estuvo en eso, era amigo de él. Es distinto el origen y esto marca historia y no da lo mismo nacer de un modo que de otro.

 $m{k}$. The equation $m{k}$ is the second of the $m{k}$

EGES A

CAPITULO SEGUNDO

«MODELOS EXPLICATIVOS EN LA PSICOLOGIA COMUNITARIA Y LA SALUD MENTAL EN CHILE»

50

INTRODUCCION

Distinguir y definir el objeto de análisis e intervención de la psicología comunitaria y la Salud Mental, significa también realizar una aproximación a los modelos que pretenden explicar los fenómenos involucrados. De esta forma, surgen algunas propuestas de intervención en la resolución de problemas en Salud Mental.

En el presente capítulo, Jaime Alfaro, propone una aproximación psicosocial a la Salud Mental. Enfatiza la importancia de utilizar definiciones positivas y opéracionalizables en el abordaje de la Salud Mental, situación a su juicio, posible de realizar utilizando la perspectiva de la Psicología Social.

A partir de esta mirada analiza la emergencia de síntomas, estableciendo una relación entre el estrés psicosocial como factor determinante de éstos, mediado por factores psicológicos y microsociales que define en su artículo.

Rubén Alvarado, por su parte, presenta un modelo explicativo de los estados de la Salud Mental de las personas desde una perspectiva psicosocial. Desarrolla la intervención entre las dimensiones macrosocial, microsocial y psicológica o individual en la Salud Mental. En este contexto adquieren relevancia conceptos tales como sucesos vitales, red y soporte social, competencias psicosociales, medioambiente y salud mental, y conductas de búsqueda de ayuda.

Respecto de los modelos en Psicología Comunitaria, Jaime Alfaro analiza el concepto de desarrollo comunitario como herramienta técnica y como objetivo hacia donde se orienta la investigación en esta materia, entregando elementos que incorpora a la discusión desde las distintas lecturas y límites del concepto en cuestión. Propone, finalmente, que el desarrollo comunitario más que una técnica sería un marco general que proporciona un nivel de intervención.

Destaca en los artículos que se presentan que la mirada desdelo psicosocial pone de relieve la articulación entre el nivel psicológico y los aspectos macrosociales, a través de la emergencia de un nivel de análisis e intervención distinta como es el microsocial.

Sin embargo, sigue presente el desafío de conocer, analizar, discutir y sistematizar otros modelos explicativos que provengan de las distintas visiones de la Psicología.

UNA APROXIMACION PSICOSOCIAL AL CONCEPTO DE LA SALUD MENTAL

Jaime Alfaro I

I.- PRESENTACION

Como se ha señalado, las definiciones y modelos de salud mental presentan diversas limitaciones. Dicho en forma gruesa, son dos las áreas en que se presentan estos límites.

Primero, son definiciones de la enfermedad, que consideran la salud como un efecto residual y/o sólo como ausencia de enfermedad.

Segundo, son definiciones genéricas, que no permiten ser operacional lizadas fácilmente. No entregan precisiones sobre sus componentes y sobre sus determinantes. Esto impide evaluar sus riesgos, determinar los factores sociales y personales que protegen la salud, la fomentan o la arriesgan.

Estos límites son importantes dado que cualquier intento de intervención que valore la prevención y la promoción, requiere de definiciones positivas y operacionalizables.

Nuestra investigación también requiere la superación de estos aspectos. En ella se busca determinar los elementos que aportan los distintos sectores involucrados en la acción social dentro de un municipio o una comuna para la promoción, prevención y también curación y rehabilitación de la salud mental. Sin claridad respecto de los elementos operacionales que son factores de la salud y de la enfermedad (del bienestar y/o malestar psicosocial), resulta imposible e incluso inconcebible pensar en un programa intersectorial de trabajo preventivo, curativo y de rehabilitación en salud mental.

La perspectiva de análisis de la salud mental que proporciona la psicología social ofrece posibilidades de superar algunas de estas limitaciones. Aunque este campo está en proceso de surgimiento y todavía no cristalizan del todo sus corrientes y enfoques específicos, ofrece instrumentos conceptuales que permiten avanzar respecto de la situación recién señalada.

II.- PERSPECTIVA PSICOSOCIAL DE LA EMERGENCIA DE SINTOMAS

El abordaje desde la psicología social asume, que la salud y el trastorno están en gran parte determinados por factores y procesos del entorno socio cultural en que está inmerso el individuo. Desde esta perspectiva la conducta humana (saludable y disfuncional) se concibe como el resultado de un proceso

interactivo entre los individuos y su ambiente.

Específicamente, aquí la incidencia de los problemas de salud es una fazon variable que depende por una parte de causas orgánicas, de circunstancias medioambientales estresantes y de las necesidades en general. Por otra parte, depende de los recursos disponibles para hacer frente a estas situaciones y necesidades: de recursos personales, sociales y económicos. (Albee; 1980, atrado en Costa y López, 1986) (1).



En lo fundamental, este modelo establece una relación entre el estrés a que se enfrenta el sujeto, como un factor determinante de los síntomas, mediado por factores psicológicos y microsociales.

Genera así un modelo de atención primaria en salud mental, con amplias posibilidades de guiar acciones de promoción y protección en salud mental.

Se han propuesto distintos ordenamientos de los factores y relaciones que constituyen este modelo (Caplan; 1978 (2), Tyler; 1984 (3), Costa y López; 1986 (1), Darío Paez; 1986 (4), Sánchez Vidal; 1988 (5), Klevens, et. al; 1989 6). A nuestro juicio, corresponden más bien a énfasis secundarios, propios de la idiostacracia de los autores o de los objetivos de sus obras, más que a diferencias

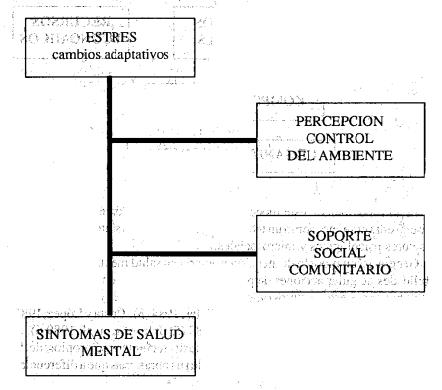
sustantivas.

Ordenamos estos distintos acercamientos de la siguiente manera:

La emergencia de los síntomas y/o la mantención de ellos se relacionan en la cantidad de eventos que obliguen a la persona a construir una nuevar adaptación a sus circunstancias. Esta relación, a su vez, está mediada por la forma en que el sujeto enfrenta o procesa psicológicamente estos eventos (por la percepción de control del medio y/o por las creencias en sus recursos o bien, por su autoimagen de ser ineficaz o de estar en un estado de desesperanza). A la vez esta relación está mediada por los grados de integración de la persona, los grados de pertenencia y los apoyos emocionales, informacionales o instrumentales que le presten su medio o entorno socio-cultural.

Es decir, nuestro modelo reconoce que el cúmulo de eventos estresantes causaría, por sí solo, problemas de salud. A la vez, la exposición a eventos estresantes es amortiguado o agravado por la presencia de un adecuado o inadecuado soporte social y/o un adecuado procesamiento cognitivo. También se reconoce que ciertos niveles de soporte social o de percepción de control predisponen a una mayor o menor cantidad de eventos estresantes.

Así, esta propuesta de ordenamiento entendería la incidencia de problemas de salud mental a partir del siguiente esquemas



El modelo que señalamos parte desde las teorías de los factores estresantes y de los factores que median esta relación generando vulnerabilidad y resistentia personal.

A continuación pasaré a definir los conceptos que constituyen este ordenamiento.

III - DEFINICION DEL ESTRES PSICOSOCIAL

significativa entre las demandas (externas y también internas) hechas a un organismo en relación con valores, metas o condiciones subjetivas percibidas como vitales para su supervivencia o bienestar y los recursos adaptativos de ese organismo.

[Bara G Caplan (1978) (2) el estrés es un desequilibrio o discrepancia su supervivencia y también internas) hechas a un organismo o condiciones subjetivas percibidas como vitales para su supervivencia o bienestar y los recursos adaptativos de ese organismo.

[Bara G Caplan (1978) (2) el estrés es un desequilibrio o discrepancia significativa entre las demandas (externas y también internas) hechas a un organismo en relación con valores, metas o condiciones subjetivas percibidas como vitales para su supervivencia o bienestar y los recursos adaptativos de ese organismo.

Accidente hay compressed in this is a series of the second series agon of appivor

modelo de enfrentamiento al estrés. En él las reacciones a una situación estresante dependen de la evaluación de ella como amenazante para la supervivencia física o psíquica del individuo y de la evaluación que haga el sujeto respecto de las alternativas y recursos confrontativos del sujeto. El significado psicológico o subjetivo que tiene el estresor (que se relaciona con su locus de control, autoestima, sentido de potencia, pertenencia y expectativas de apoyo y/o eficacia) constituye un importante elemento disposicional, mediador en el proceso adaptativo-confrontativo.

Según Cohen y Lazarus existen cinco alternativas o tipos de conductas confrontativas o de control del estrés:

- 1.4. Búsqueda de información para resolver el problema.
- 1.2. Acción directa para salir de la situación o eliminar el estresor.

durantement see in the first offer providence - interests compared

- o deteriore la situación en lugar de resolverla.
- •4.- Procesos intrapsíquicos o defensivos del tipo de los descritos en psicoanálisis.

estimated the control of the subsections

zann 15. Petición de ayuda externa a otras personas o agencias del entorno que pueden naturalmente incluir «otros significativos» o profesionales de saludo bierestar social.

evoque. Entre estas distintas estrategias de abordaje o enfrentamiento de una situación estresante se visualizan dos grandes tipos. Por un lado, las que se

relacionan con la forma en que se se procesa psicológicamente (cognitiva o emocionalmente) y, por otro lado, con las conductas de solicitud de ayuda asociadas a ella. Es decir, tienen que ver con los recursos personales y con los recursos sociales con que se cuenta.

IV.- DEFINICION DE SOPORTE SOCIAL

Actualmente hay convergencia entre los autores respecto a que el apoyo social es el mediador social más importante del estrés, actuando como amortiguador del efecto de éste (Sánchez Vidal; 1988) (5).

Este concepto surge durante los años sesenta cuando se detecta evidencia en relación a la asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas, tales como desirtegración social, movilidad geográfica o estatus matrimonial y, en términos específicos, variables relacionadas con la calidad de las redes o lazos sociales existentes.

Siguiendo la presentación que hacen Didier (1988) (7) y Estévez y Aravena (1988) (8), intentaremos a continuación definir lo que se entiende por red social, soporte y sus dimensiones.

Soporte social es el conjunto de contactos personales por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material y otros servicios tales como información y contactos sociales. Incluye los parientes, conocidos, amigos, personas significativas e individuos vinculados a servicios.

Esta red influye sobre el desarrollo y bienestar psicosocial de las personas en relación a ciertas características estructurales y cualitativas de ellas.

Los elementos estructurales que se consideran importantes para la capacidad de entregar apoyo de una red social son los siguientes:

- •Intimidad: Que permite comunicar hechos y sentimientos privados.
- •Integridad social: Permite preocupaciones e intereses compartidos.
- •Aconsejar: Se refiere a la capacidad de dar la oportunidad de aconsejar y guiar a otros.
 - •Valoración: Que reafirma la autoestima.
 - •Confianza: Significa una alianza (vínculo) confiable.
 - •Orientación: Entrega orientación.

Las redes densas (aquéllas en que los sujetos interactúan frecuentemente entre ellos) y homogéneas (semejanza en las características sociodemográficas de los miembros de la red) aseguran mayormente la entrega de apoyo afectivo.

La escasa dispersión (se refiere a la facilidad con la que los miembros de la red establecen interacciones cara a cara) también aumentan el apoyo señalado.

El apoyo material que puede ofrecer una red se ve aumentado en relación al mayor tamaño (número de personas que componen la red), a la mayor densidad (ver párrafo anterior) y al acceso (grado en que los sujetos tienen posibilidad de interactuar con todos los miembros de la red sin necesidad de un mediador).

La capacidad de una red de entregar información y conocimiento tiene que ver con las redes indirectamente conectadas (se refiere a redes abiertas con fronteras permeables y numerosos puentes que interconectan con otras redes).

La probabilidad de que una red entregue contactos sociales nuevos también tiene que ver con redes indirectamente conectadas.

De modo general, las redes sociales han sido cualitativamente caracterizadas en cuatro estilos, «tipos ideales» de interacciones que ocurren en su interior. Cada estilo tiene influencias distintas sobre el bienestar psicosocial de sus miembros.

- 1.- Red social manipulativa: Sus interacciones son negativamente reciprocas. En ella se controla a las personas en relación al poder de uno de los componentes. Es propia de aquellas familias extremadamente machistas y autoritarias.
- Redes negociadoras: Los miembros compran o venden servicios o bienes. El apoyo afectivo que puede obtenerse depende de la capacidad individual de aumentar o mantener un capital que interese a los otros miembros del microsistema.
- 3.- La red caritativa: Los sujetos dan sin reciprocidad, lo hacen porque consideran es su deber hacerlo, por altruismo, por que refuerza autoestima, etc.
- 4.- Red social solidaria: La interacción entre sus miembros es integralmente recíproca. Sus miembros comparten deberes y recursos y satisfacen sus necesidades mutuas respetando los derechos de los otros. Dan y reciben cuando pueden hacerlo.

Una red social óptima se caracteriza por los siguientes elementos:

- 1.- En lo estructural es mixta, conteniendo simultáneamente un área de interacciones de fuerte ligazón y otra área de personas indirectamente conectada con ligazones débiles y numerosos puentes.
- 2.- En lo cualitativo la red es predominantemente solidaria. Se dan también interacciones negociadoras, caritativas y manipulativas de tipo funcionales. La red opera flexiblemente en los distintos estilos interactivos.

- 3.- La persona posee un importante grado de poder y capital de negociación para el intercambio.
- 4.- La persona tiene experiencia y ha desarrollado habilidades y destrezas para dar y r cibir, solicitar y aceptar peticiones, buscar, responder a la búsqueda de otros y usar efectivamente su red.
 - 5.- La red y sus miembros están en cambio y crecimiento.

V.- DEFINICION DE COMPETENCIA PSICOSOCIAL

Una segunda dimensión que ha sido resaltada como un importante mediador individual del estrés es la referida al procesamiento afectivo y cognitivo que el sujeto hace del evento estresor.

Se ha intentado definir esta dimensión recurriendo a conceptos aportados por la psicología social teórica (como es el caso del Locus de Control). También se ha recurrido al desarrollo de conceptualizaciones integrativas como el caso de la Competencia Psicosocial o el de Competencia y «empowerment». O bien, se ha recurrido a denominaciones genéricas como la de Atributos Personales.

Sin perjuicio del aporte y valor de estos otros acercamientos, consideramos más integrativo y operacionalizable el concepto de Competencia Psicosocial que define Forrest B. Tyler (1984) (3).

El concepto de competencia se liga al de poder y potenciación psicológica en su aspecto social y al de autoeficacia, autoestima, desarrollo de destrezas y resolución de problemas, en lo psicológico y personal.

Los elementos que definen la Competencia Psicosocial desde el autor señalado son:

En términos generales, se refiere a si el sujeto interactúa con los eventos vitales en un forma que contribuya a la solución de problemas y a la autorrealización.

Un sujeto psicosocialmente competente tiene las siguientes cuatro características:

- Tiene un sentido de ser importante en el mundo. Al menos una evaluación moderadamente favorable de sí mismo. Autoevaluación positiva.
- 2. Tiene un control interno de los eventos de vida. Se siente efectivo. Autoeficacia y/o control interno.

En lo fundamental se refiere à las características de las atribuciones de causalidad de éxito y fracaso que hace la persona.

Normalmente, se describen las características de esta atribución de causa en función de tres elementos:

• Locus: Se refiere a si la causa según la define la persona (cognitivamente) está en la persona (habilidad, esfuerzo) o fuera de ella (suerte, dificultad de un problema). Es decir, se refiere a si la causa es interna o externa.

El locus de control interno de un éxito desarrolla sentimiento positivo. Tiene efecto sobre la autoestima.

Estabilidad: Se refiere a si la causa permanece o no invariante en el

La estabilidad se asocia con la expectativa futura de la persona.

•Control: Se refiere a si la causa es percibida por la persona como controlable (influenciable) o incontrolable por ella.

En general, se señala que una situación atribucional externa, estable y de incontrolabilidad genera en los sujetos la «desesperanza aprendida», que génera un deficit motivacional, cognitivo y afectivo.

Así también, un estilo atribucional interno controlable e inestable es característico de los sujetos eficaces y motivados suficientemente al logro.

La percepción de control sobre las circunstancias estresantes puede mitigar los efectos del estrés. Por el contrario, la creencia en la inhabilidad para controlar las condiciones que afectan a la propia vida y la falta de acceso real a los recursos que permitan control, facilitan el estado de vulnerabilidad y de riesgo. A su vez, la percepción de control es protectora en la medida que:

Permite predecir el estresor y anticipar ciertos acontecimientos y respuestas adecuadas para su enfrentamiento.

El control facilità una autoimagen de competencia y poder.

¿El control puede determinar los resultados de la situación y con ello disminuir el estrés.

- Una confianza en la gente y en el mundo. Confianza interpersonal.
- Una actitud activa hacia los eventos de vida, caracterizada por : alta iniciativa, establecimiento de objetivos realistas, planificación de lo esencial (indulgencia y esfuerzo), capacidad de disfrutar de los éxitos, de sufrir los fraçasos y construir en base de ambos. Planificación activa.

VI.- INTEGRACION Y SINTESIS

Si la raíz de las disfunciones de salud mental, así como de las posibilidades de salud y bienestar están en el entorno psicosocial, es allí donde hay que intervenir para prevenir, promocionar la salud, curar y rehabilitar.

El objetivo de una intervención es generar las circunstancias psicosociales

necesarias para la salud, así como inhibir las facilitadoras de la enfermedad.

Por tanto, la primera tarea es reducir los factores de estrés que sean posibles de disminuir.

La segunda tarea es promover las condiciones que protegen, amortiguan e inhiben el efecto del estrés sobre la salud.

Siguiendo a Costa y López (1986) (1), ello implica generar las siguientes tres condiciones en los individuos y/o sistemas:

1.-Poseer habilidades o destrezas (Competencias Psicosociales) necesarias para dar solución sin exigir ayuda externa.

2.- En caso de no contar con los recursos propios, puede recurrir a recursos sociales de sus redes sociales de pertenencia (Apoyo Social de la redinatural).

•Ello a su vez, dependerá de si tiene o no acceso a ellas, de si ellas están dispuestas a ayudar, de si es capaz de hacerlo, etc.

•Si el sujeto no tiene acceso a un sistema de apoyo natural o éste no tiene competencia para ayudar, el problema queda sin solución.

3.- En caso de que ocurra esto último, el sujeto acude a un sistema de apoyo profesional (Apoyo Social de la red institucional). La inadecuación del este sistema de apoyo va a depender también de si es accesible y competente.

Así, por lo tanto - siguiendo al mismo autor anterior -, los objetivos de un programa de prevención primaria y secundaria (quizás también terciaria) en salud mental deberán orientarse en función de los siguientes objetivos específicos:

Optimizar las destrezas , habilidades y recursos personales de la gente, con especial atención de aquellos sectores que por su situación ofrecen mayor vulnerabilidad.

2. Optimizar las redes y sistemas de apoyo natural en su función de ayuda para el ajuste y para el cuidado de la salud comunitaria e individual. Desarrollo de organizaciones capaces de incidir en la reducción del estrés ambiental.

(3.) Optimizar igualmente el sistema de apoyo profesional en su función de ayuda, haciendolo más accesible y competente.

Estos factores psicosociales son dimensiones que aparecen relacionadas con diversas «disfunciones». Son factores de riesgo (podrían ser entendidos como factores de protección) de diversos problemas.

El amplio espectro de sus efectos permite pensar que son dimensiones subyacentes a la calidad de vida o al bienestar (Didier; 1988) (9)Es decir, se refieren a factores como la autoestima, el Locus de control interno, la Competencia Psicosocial, la Identidad, un Soporte Social que entregue apoyo emocional, instrumental e informacional, etc. Son dimensiones operacionales de la salud o del bienestar psicosocial. Estas dimensiones podrían operar como

indicadores positivos de bienestar psicosocial, que están ausentes de las definiciones y estrategias tradicionales de salud mental.

En función de ello podríamos determinar los estados de salud, definir los estados o condiciones de riesgo y guiar las intervenciones.

La utilización deestos conceptos y definiciones posibles de operacionalizar permiten dotar de contenido concreto a la tan nombrada - y nunca bien definida dimensión psicosocial de la salud o la salud mental.

No obstante el principal aporte que hoy esperamos de una definición como esta, es que nos permita percibir, definir y quizás estimar en su magnitud, las contribuciones que cada sector de la política social de una comuna, hace a la prevención primaria, secundaria o terciaria de la salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Costa, M. y López, E. "Salud comunitaria". Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1986
- (2) Caplan, G. "Principios de psiquiatría preventiva". Ed. Paidos. Buenos Aires. 1978.
- (3) Tyler, F. "El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las reces de intercambio de recursos, como ejemplo de psicología comunitaria". Rev. Latinoamericana de psicología. V. 16 #1. 1984. 77-92.
- (4) Páez, D. "Salud mental y factores psicosociales". Ed. Fundamentos. España 1986.
- (5) Sánchez, A. "Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención". Ed. Promoción y Publicación Universitaria, S.A. Barcelona, 1988.
- (6) Klevens, J. y cols. "Prevención primaria en salud mental". Rev. Latinoamericana de psicología. V. #2 .1989. 234-253
- (7) Didier, M. "Redes sociales y búsqueda de ayuda" Revista chilena de psicología.
- (8) Estévez, R. y Aravena, R. "Conocidos, amigos y salud mental: la red personal y las transiciones de la vida adulta". Rev. psiquiatría. 1988. V. 251-267. Chile.
- (9) Didier, M. "Control del medio, apoyo social y bienestar psicosocial". Facultad de Ciencias Sociales Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago 1988.

FACTORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN LA DETERMINACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION

Rubén Alvarado M.

ANTECEDENTES GENERALES

El diagnóstico de la situación de salud en Chile muestra un perfil epidemiológico en transición, donde se entremezclan problemas propios de la pobreza (enfermedades infecto-contagiosas, desnutrición, etc.) con patologías características del envejecimiento de la población (enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc.) y las determinadas por las condiciones de vida higadas al desarrollo (enfermedades mentales, accidentes, etc.) (1).

Las principales causas de muerte entre los adultos son las siguientes (1):

- 1. enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares
- 2. accidentes y violencias
- 3. cirrosis hepática
- 4. tumores
- 5. enfermedad bronquial obstructiva ligada al hábito de fumar.

Se puede apreciar que una parte importante de ellas tiene un fuerte componente de salud mental.

Levav y cols. (2) han señalado que para América Latina y el Caribe las principales causas de muerte (enfermedades cerebrovasculares, homicidio, accidentes del tránsito y cirrosis hepática) tienen un componente psicosocial o psicopatológico relevante, siendo especialmente importante el hecho que varias de éstas afectan a población joven o adulta, determinando un gran número de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP).

Los trastornos mentales más implicados en estos problemas de salud general son los de origen afectivo-emocional (trastornos depresivos, trastornos por ansiedad, etc.), y los vinculados al consumo excesivo de alcohol.

En cuanto a los factores psicosociales vinculados a estas causas de muerte (2) se han señalado como relevantes los siguientes: desorganización social, falta de apoyo psicosocial, hábitos de vida (fumar, alimentación, ejercicio, contaminación ambiental, no utilización de los servicios de salud.

II. ANTECEDENTES GENERALES DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA EN CHILE

En Chile los estudios de prevalencia de desórdenes mentales son pocos y en su mayoría antiguos. Sólo las investigaciones en torno a hábitos de beber y alcoholismo se han realizado de manera continua y con metodologías comparables.

En el cuadro siguiente se aprecia una síntesis de los tres estudios dé prevalencia de desórdenes mentales realizados en Santiago entre fines de la década de los 50 y los 60 (3):

patología	grupo etáreo	Santiago 1958	Independ. 1965-66	Santiago 1967-68	
neurosis	> 15 a.	20.5	8.0	15.3	· - ·
alcoholismo	> 15 a.	5.1	1.9	2.0	
epilepsia	> 5 a.	2.0	0.9	1.1	
psicosis	> 15 a.	1.4	0.4	0.3	
retardo mental	> 1 a.	1.2	1.1	1.2	**************************************
C.O.C.*	> 15 a.		1.4	1.5	

^{*} C.O. C.: Cuadro Orgánico Cerebral

Actualmente se lleva a cabo una investigación de epidemiología psiquiatrica en las ciudades de Concepción y Santiago, utilizando instrumentos modernos (4). Los primeros resultados publicados se basan en una muestra poblacional de 800 personas residentes en la provincia de Concepción (52.5% de mujeres y 47.5% de hombres) y utilizan una adaptación del CIDI CORE, encontrando los siguientes datos de prevalencia de vida (5):

		A Company of the Comp	
Prastorno	Porcentaje	(EE)	
Algún trastorno CIDI / DIS	36.50	(1.70)	
Tr. afectivos	16.38	(1.31)	
Tr. ansiosos/somatoformes	16.63	(1.31)	
Tr. dependencia de sust. psicoactivas y alcohol	11.63	(1.13)	
Tr. esquizofrénicos	2.88	(0.59)	
Personalidad antisocial	1.88	(0.48)	
Estrés post-traumático	4.00	(0.69)	
Deterioro psico-orgánico (severo)	4.75	(0.75)	
A STATE OF THE STA			

2.1. Prevalencia de trastornos neuróticos o emocionales en la población general

Como se pudo observar en el primer recuadro los trastornos neuróticos (con sintomatología ansiosa, depresiva, histeriforme, fóbica y obsesiva) alcan-Yzan entre el 8.0% y el 20.5% de la población mayor de 15 años. Para efectos de administración se ha asumido por consenso una prevalencia del 11% (6), la cual se halla dentro de los rangos encontrados en otros países latinoamericanos (2).

Sin embargo, en necesario hacer algunos alcances sobre estos estudios:

- Se mide solamente prevalencia de momento (o sea número de casos en un momento dado / población en riesgo), y no hay datos sobre incidencia u otro tipo de prevalencia (de períodos y de vida).
- Solamente se incluyen trastornos neuróticos sintomáticos, dejando fuera otros cuadros de esta misma esfera (trastornos somatoformes, patología

psicosomática, disfunciones sexuales, etc.), así como reacciones de adapta-j ción.

•En este sentido, una razonable proporción descrita en E.E.U.U. considera que en una población se puede encontrar: un 40% de personas sin síntomas, un 40% de personas con síntomas leves y ocasionales (incluiría reacciones adaptativas y psicofisiológicas), un 15% de personas con síntomas moderados y/o contínuos, y un 5% con síntomas graves e incapacitantes por psicosis, cuadros psicorgánicos y alcoholismo (7).

• Estos tres estudios son antiguos y se basan en definiciones y metodologías realizadas hace dos décadas atrás.

Los resultados publicados por B. Vicente y cols.(5) se refieren a prevalencia de vida y utilizan una nomenclatura actualizada, por lo cual sus datos no son estrictamente comparables a los de estos rabajos anteriores. Ellos encuentran que las cifras más altas de prevalencia de vida se observa para los trastornos ansiosos/somatoformes (16.63%) y afectivos (16.38%).

En cuanto a los factores de riesgo con los que se ha encontrado asociación en estos estudios, se pueden señalar:

- el nivel socioeconómico, con una relación inversa,
- el sexo, siendo mayores las tasas de prevalencia entre las mujeres.

En estos trabajos sólo se investigaron variables macrosociales, por lo cual no poseemos datos acerca de factores microsociales y psicosociales (soporte social, estilos atribucionales, etc.).

2.2 Prevalencia de beber anormal en población general

Existen en nuestro país numerosos estudios, en una diversidad de poblaciones, que han medido la prevalencia de los distintos tipos de bebedores usando la clasificación de la O.M.S. (3,8).

Los valores más altos para alcohólicos y bebedores excesivos entre los mayores de 15 años, se han encontrado en la zona de Andacollo; 14.3% y 14.7% respectivamente (9). Los valores más bajos se han descrito en sectores de clase media-alta de zona urbana (1.6% de alcohólicos) (10).

En el caso de alcoholismo se ha encontrado asociación de la tasa de prevalencia con las siguentes variables (11,12,13):

- · sexo, más alta en los hombres,
- edad, más alta entre los 25 y 50 años,
- nivel socioeconómico, más alta a más baja situación socioeconómica,
- estado civil, mayor entre solteros, y especialmente separados y viudos,

- religión, más alta entre los que no profesan religión, y
- muy baja entre los protestantes, y
- lugar, más alta en aquellos sectores donde hay mayor accesibilidad a la bebida alcohólica.

Al igual que en el caso de neurosis no ha sido estudiada la influencia de factores micro y psicosociales.

El concepto de beber problema ha sido desarrollado como una alternativa a la concepción biomédica que encierra el concepto de alcoholismo (donde la relevancia está puesta en la dependencia física aletanol). Este nuevo constructo involuera fuertemente la dimensión psicológica y social del consumo de atcohol, ya que el énfasis está puesto en los problemas de tipo familiares, sociales, laborales y /o judiciales que el modo de beber ocasiona al individuo (14).

Aunque se sabe que entre los bebedores problema están incluidos los bebedores anormales (o sea, bebedores excesivos y alcohólicos), los conceptos no son iguales ni equivalentes.

Utilizando instrumentos para detectar bebedores problema en población general se han encontrado prevalencias del 56.2% para los hombres y 19.8% para las mujeres, en la Región Metropolitana (15).

THE FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL

En los últimos años se han desarrollado una serie de categorías que describen variables relevantes que han sido asociadas a la presencia de sintomatología o cuadros psicopatológicos (16, 17, 18, 19, 20). Esto ha permitido que algunos autores (16, 17, 18, 20, 21, 22) desarrollen un modelo interpretativo-explicativo.

Paez (20) considera diferentes dimensiones psicosociales:

a. nivel macrosocial: que incluye factores como rol sexual, edad, clase social, etc., que actuarían básicamente como predisponentes;

(b) nivel microsocial: que involucra variables tales como sucesos vitales, red y soporte social, identidad social, procesos de socialización, etc.; y

como autoestima, competencias psicosociales, percepción del control, estilos atributivos, etc., y correspondena al plano individual que se pone en interacción con su entorno.

Tal como señala este autor (20) al revisar la bibliografía, todas las dimensiones están ampliamente interrelacionadas. Los sujetos de clase social baja tienden a tener un mayor nivel de estrés, con un menor soporte social y han desarrollado menos competencias psicosociales que le permitan enfrentar con

eficacia los problemas. Todo esto genera un grado más alto de sintomatología emocional, junto a una baja autoestima, menor percepción de control (locus más externo) y mayor desesperanza, lo que a su vez se traduce en una mayor vulnerabilidad de la persona frente a sucesos estresantes en su vida. Así secierra el círculo psicosocial de la pobreza.

Un modelo similar se puede aplicar a la situación de la mujer, la cual persistentemente aparece en los estudios con una mayor frecuencia de trastornos emocionales, al mismo tiempo que es la que genera la mayor demanda por esta causa en los servicios de salud mental.

Se ha observado que estas variables se potencian dando origen a un fenómeno de sinergia y no actúan como una simple sumatoria de efectos causales.

3.1. Sucesos vitales

Se refiere a acontecimientos o eventos que en virtud de su capacidad de generar una crisis adaptativa son desencadenantes o precipitantes de algún trastorno.

Martí Tusquet los define como todos aquellos sucesos que provocan una crisis en un sujeto vulnerable (23).

Su capacidad de perturbar los equilibrios adaptativos y con ello generar síntomas, se relaciona con características propias del suceso (tipo, magnitud, número, etc.) así como con la percepción que el sujeto hace de éste (grado de amenaza, controlabilidad, área de la vida que se ve afectada, etc.) (20).

El concepto de eventos vitales ha surgido del estudio del estrés,

Los primeros trabajos en este campo fueron realizados por Hans Selye, quién llamó Sindrome General de Adaptación (o estrés) a los procesos fisiológicos que acontecían cuando una rata era sometida a un estresor. Describió tres fases:

a) reacción de alarma, cuando el animal se ve súbitamente expuesto a la situación; b) fase de resistencia, donde el organismo hace intervenir todos sus mecanismos de defensa y de adaptación; y c) fase de agotamiento, cuando se acaban las reservas adaptativas.

Posteriormente se puso un mayor énfasis en los factores estresores y es aquí donde nace el concepto de eventos vitales, como una manera operacional de estudiar el estrés en seres humanos que interactúan con su medio.

A partir de la asociación de eventos vitales -generadores de estrés-y problemas de salud mental han surgido programas que apuntan a la prevención primaria inespecífica (22). Estas intervenciones se basan en identificar poblaciones expuestas a estos eventos y desarrollar estrategias para reducir su impacto o fortalecer factores que actúen como protectores (22).

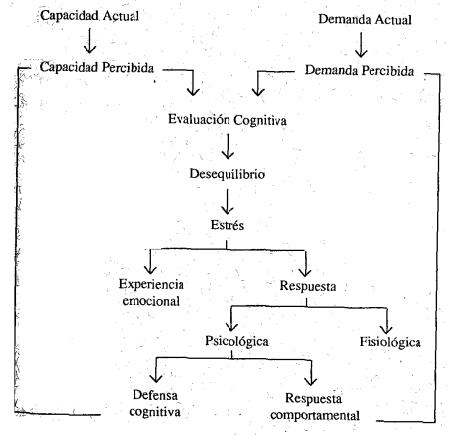
En nuestra experiencia, hemos encontrado asociación significativa entre la presencia de un mayor número de sucesos vitales y la existencia de un trastorno emocional (24).

Lazarus y Cohen (25) han señalado la importancia de los procesos cognitivos como mediadores de la respuesta de estrés. Lo que desencadenaría esta respuesta no es tanto el estímulo en sí, sino la valoración que se haga del estresor, su capacidad de amenaza al organismo y las capacidades que se disponen para hacerle frente.

Cox (26) describe la producción del estrés en los siguientes términos:

« El estrés puede ser solamente definido como un fenómeno perceptivo que emerge de la comparación entre las demandas que el ambiente proyecta sobre la persona y la habilidad de ésta para enfrentarla. Un desequilibrio en este proceso, cuando el hacer frente a las demandas es importante, da lugar a la experiencia y a las manifestaciones psicológicas y fisiológicas del estrés».

En la siguiente figura se esquematiza el pensamiento de Cox:



3.2. Red y soporte social

Hirsch define la red social como el conjunto de personas actualmente significativas con quienes se mantiene interacción social en forma frecuente (familiares, vecinos, amigos, etc.) (27).

Estas redes entrelazan a las personas en función de características biológicas, psicológicas, sociales y culturales, favoreciendo las relaciones interpersonales, la cohesión grupal, salvaguardando la integridad física y mental. El fracaso de estas redes genera gran vulnerabilidad para la aparición de una disfunción mental (20,23,25,28,29,30).

Las características más señaladas en la literatura que identifican una red social son (28):

- tamaño: número de personas que componen la red social;
- extensión: dispersión física de los miembros;
- intensidad: cercanía percibida de la relación con los distintos miembros;
 - dimensionalidad: tipo de actividades que se realizan con los miembros; y
 - homogeneidad: semejanzas en las características de los miembros.

El soporte social ha sido definido desde varias perspectivas. Para Shumaker y Brownell (31) es un intercambio de recursos entre al menos dos individuos, percibido por el proveedor y/o el receptor como el intento de mejorar el bienestar de este último.

Otros autores ponen más énfasis en la dimensión psicológica, señalando que el grado de soporte social es la percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es cuidado y amado, valorado y estimado, y que pertenece a una red social de deberes y derechos (20). Así, lo fundamental no sería la mera inserción en una red social densa, sino la existencia de las relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional e instrumental (20).

Se ha estudiado el soporte social desde dos perspectivas: en su relación con el grado de bienestar psicosocial, y por su efecto amortiguador de la acción de diferentes estresores sobre el sujeto («buffering hypothesis») (31,32,33).

Se ha encontrado en forma reiterada y consistente que un bajo soporte social se asocia a la mayor presencia de síntomas físicos y psicológicos (20,21,31,32). Nosotros hemos confirmado estos hallazgos para nuestra realidad (24); así mismo la eficaciade una intervención que al incrementar el soporte social reduzca la sintomatología emocional (34).

3.3. Competencias psicosociales

Diferentes autores han estudiado algunas categorías correspondientes a características individuales que se relacionan con conductas de interacción con su medio social.

White (35) considera tres factores principales en la adaptación y el logro de competencia: 1) la búsqueda de un volumen óptimo de información sobre el ambiente, 2) la organización interna satisfactoria, libre de tensiones psicológicas o físicas, y 3) la autonomía en la iniciación y mantenimiento de la acción.

En esta misma perspectiva, y muy cercano a los criterios de Jahoda de salud mental positiva, Adler (36) propone los siguientes componentes y funciones del concepto de competencia:

- capacidad de cumplir con roles sociales relevantes,
- mantenimiento de un autoconcepto apropiado,
- capacidad de funcionamiento interpersonal o interactivo,
- apropiado manejo del afecto,
- resolución no traumática de las crisis evolutivas,
- manejo exitoso de eventos estresantes,
- acceso a los recursos disponibles, y
- funcionamiento cognitivo apropiado.

Tyler (37,38) ha resumido varias de estas categorías en el concepto de competencia psicosocial, el cual está basado en una «configuración identificable de características psicosociales», y se refiere a la manera como el individuo interactúa con los diferentes sucesos de su vida, ya sea en el sentido de solucionar problemas como en el sentido de autorealizarse.

Para este autor (38), la competencia psicosocial incluiría tres componentes básicos.

El primero se refiere a la existencia de un autoconcepto positivo. Aquí se incluye un sentido de ser importante y efectivo en el mundo (autoeficacia), un sentido de control interno de los eventos en la vida personal (locus de control interno), y una evaluación al menos moderadamente favorable de sí mismo (autoestima positiva).

El segundo se refiere a un sentido de confianza moderadamente optimista con la gente y con el mundo.

Y el tercero se refiere a un enfrentamiento con alta iniciativa y planificación activa frente a los eventos que acontecen.

Varias de estas dimensiones han sido asociadas a problemas de salud mental (locus de control externo, estilo atributivo incidiosos, autoestima negativa, etc.), bienestar psicosocial y grado de apoyo social (20). En un estudio

preliminar, hemos encontrado asociación entre una percepción de control con tendencia hacia la externalidad y la presencia de trastorno emocional, así como con un bajo soporte social (24).

Un interesante aporte lo entrega Lazarus y Cohen (25) al diferenciar cinco alternativas de respuesta frente a la situación de estrés (coping):

- búsqueda de información para resolver el problema,
- acción directa para salir de la situación o eliminar el estresor,
- •inhibición de la acción, cuando ésta resulte inadecuada o deteriore la situación en vez de resolverla,
- procesos psicológicos de defensa (negación, proyección, represión, racionalización, etc.), y
- petición de ayuda externa, en su red social cercana o en los componentes más formales de ésta (sistema de salud, iglesia, etc.).

IV. MEDIO AMBIENTE Y SALUD MENTAL

Si bien se ha señalado la importancia del medio ambiente para el estado de salud mental son aún pocos los trabajos en este campo.

Existen varios estudios que relacionan la vida urbana con una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos (39,40,41,42,48). Sin embargo, es difícil separar la influencia de otras variables tales como menor nivel socioeconómico, desorganización social y familiar, migración y desarraigo, carencia de estructuras sociales establecidas, etc. (43).

Se sabe que un período particularmente vulnerable para la presentación de algún trastorno psicopatológico y/o conductual es la etapa inicial de la llegada del migrante rural al medio urbano (43).

Otro aspectocada vez más estudiado es el referente a densidad poblacional, hacinamiento y espacio personal. Este último se define como el área que rodea a cada persona y que los demás no debieran traspasar a menos que éste se los permitiera. Si bien la respuesta a la trasgresión del espacio personal varía de acuerdo a diferentes condiciones (sexo de la persona, situación, percepción de amenaza, etc.), se ha observado que ésta tiende a producir la huída de la persona y se asocia al aprendizaje de la desesperanza (44,45,46).

Una mayor densidad poblacional (nº de personas por unidad territorial) y el hacinamiento (percepción subjetiva de la densidad) han sido vinculados e sentimientos desagradables, reducción de la tranquilidad, disminución de rendimiento y conductas desadaptativas (44,45,46). También se ha descrito si influencia para la producción de disfunción de la vida familiar (47).

Otros aspectos como las caraterísticas de la vivienda, la distancia entre casa y casa, el diseño de urbanización (áreas verdes, de recreación, de encuentro

comunitario, etc.) o la contaminación ambiental, el ruido, etc., han sido aún menos estudiados (44,45).

Amalio Blanco Abarca (45) propone una sistematización de diferentes factores del ambiente que jugarían un rol estresante y describe para ellos el tipo de estresores que son, su controlabilidad, el riesgo para la salud y el grado de ajuste al que obligan a la persona:

Ambiente natural

- terremotos
- ciclones
- desastres naturales
- epidemias
- temperaturas extremas

estresores negativos

incontrolables

alto riesgo para la salud

ajuste profundo

Ambiente construido

- la vida en la gran ciudad
- ruidopolución ambiental
- sobrecarga informativa
- · diseño arquitectónico

estresores negativos

relativamente controlables

el riesgo para la salud

depende de su persistencia

ajuste medio

Ambiente sociāl

- hacinamiento
- aislamiento social
- presión grupal
- pérdida o conflicto de rol
- o statusconflictos interpersonales
- · conflictos laborales

- estresores negativos
- relativamente controlables
- el riesgo para la salud
- depende de su persistencia
- ajuste medio-

Eventos vitales

- muerte de un ser querido
- enfermedad prolongada
- pérdida de trabajo
- etc...

- estresores negativos
- incontrolables
- alto riesgo para la salud ajuste profundo

En esta clasificación se han incluido los estresores que provienen del medio ambiente físico y social ya que se consideran en profunda interacción.

Y. CONDUCTA DE BUSQUEDA DE AYUDA POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

En el modelo de Goldberg y Huxley sobre «sistema de filtros» para la atención por problemas de salud mental (48), el primer filtro se da en el nivel comunitario, y es el menos estudiado aún.

Este nivel se sobrepasa cuando la persona ha tomado la decisión de consultar en el sistema formal de atención de salud. Estudios nacionales muestran que la consulta directa por problemas de salud mental es baja en relación a la frecuencia de estos trastornos entre los mismos consultantes (49), lo cual es similar al resto de Latinoamérica (50).

La decisión de consultar va a involucrar una serie de procesos que podríamos incluir en lo que se ha llamado la conducta de búsqueda de ayuda, la cual varía de acuerdo a tres aspectos: los relacionados al sujeto que necesita la ayuda, los referentes al tipo de problema y los vinculados al lugar donde se busca la ayuda (red social) (28).

Nosotros hemos formulado un modelo para la conducta de búsqueda de ayuda por problemas de salud mental que considera estos tres aspectos.

El primero, referente al sujeto que necesita la ayuda, va a involucrar el reconocimiento del problema como enfermedad y la percepción de necesitar ayuda externa. En este sentido, la conducta va a variar en función de características del sujeto (sexo, locus de control, estilos atributivos, «coping», etc.) y de la enfermedad (tipo de síntomas, reconocimiento de éstos, atribución de causalidad, percepción de potencial daño, etc.) (51,52).

En relación al segundo aspecto -el tipo de problema-, serían importante el concepto popular de enfermedad, la representación social de la enfermedad, mental y las características propias de este tipo de enfermedad (51,53).

En cuanto al uso de la red social -el tercer aspecto-, se ha descrito una serie de pasos que van desde la utilización de los recursos personales, pasando por los componentes más cercanos en la red (familiares, amigos, etc.), hasta la utilización de las instituciones informales (medicina tradicional, consulta en farmacias, etc.) y formales (servicios de salud) (51,54). Para llegar a este último paso va a ser importante la percepción y experiencia que la persona tenga del centro de salud al cual va a acudir (55).

VI. SINTESIS FINAL

A modo de conclusión, quisiéramos destacar que el estado de salud mental de las personas de una comunidad es producto de una compleja ecuación donde intervienen en forma relevante aspectos personales (estructura de personalidad, competencias psicosociales, etc.), microsociales (sucesos vitales, red y soporte social, características habitacionales, condiciones socio

ambientales de la comunidad, etc.), macrosociales (clase social, sexo, edad, cultura, etc.) y el acceso a los sistemas de salud (donde va a ser importante la conducta de búsqueda de ayuda).

77

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jiménez de la Jara, J.
- Promoción de salud y prevención de enfermedad: nuevas orientaciones.
- Rev. Med. Chile, 119:205-213, 1991.
- 2.- Levav, I. y cols.
- •Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción.
 - •Bol. Of. Sanit. Panam., 107 (3):196-219, 1989.
 - 3.- Medina, E.
 - Salud mental en Chile: estado actual y perspectivas.
 - Rev. Chil. Neuropsiquiat., 21:77-90, 1983.
 - 4.- Vicente, B. y cols.
- Estudio de prevalencia comunitaria y utilización de los Servicios de Salud Mental en Chile.
 - Proyecto O.P.S./O.M.S., 1991.
 - 5.- Vicente, B. y cols.
- Prevalencia de vida de algunos trastomos psiquiátricos en la provincia de Concepción.
 - Rev. Psiquiatría, 1:1050 1060 . 1992. VX
 - 6.- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Ministerio de Salud. Santiago, Chile, 1990.
 - 7.- Citado en Florenzano, R.
 - · Salud Mental del adulto. Epidemiología psiquiátrica.
 - Rev. Med. Chile, 108:649-655, 1980.
 - 8.- Pemjean, A.
- El médico y sus actitudes hacia el enfermo alcohólico: implicancias para la educación médica.
 - Educación Médica y Alcoholismo, № 1, Santiago, Chile, 1985.
 - 9.- Ortiz, G. y cols.
 - · Hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas.
 - IV Región, Coquimbo, Chile.
- Publicación especial Ministerio de Salud. Secretaría Regional Ministerial. 1982.

- 10.- Figueroa, J. y cols.
- Prevalencia de alcoholismo y algunos factores condicionantes en la ciudad de Valdivia.
 - → Presentación II Congreso A.I.E.P.A., Santiago, Chile, 1981.
 - 11.- Horwitz, J.; Marconi, J.; Adis Castro, G. y cols.
 - Bases para una epidemiología del alcoholismo en América Latina.
 - ACTA, Buenos Aires, 1967.
 - 12.- Montenegro, H.
 - Estado del alcoholismo en Chile.
 - Cuad Med. Soc., XXI (1):11-17, 1980.
 - 13.- Alvarado, R. y cols.
- Variables socio-demográficas en distintos tipos de bebedores en una comunidad rural.
- Publicación del 2º Congreso Nacional de Alcoholismo, Santiago, Chile,
 - 14.- Florenzano, R.
- Pesquiza y diagnóstico de los bebedores-problema. Un enfoque epidemiológico.
 - Publicación II Congreso A.I.E.P.A., Santiago, Chile, 1981.
 - 15.- Berrios, X. y cols.
- Consumo de alcohol en población adulta de la Región Metropolitana: prevalencia y modalidad de consumo.
 - Rev. Med. Chile., 119:833-840, 1991.
 - 16.- Dohrenwend, B.
- Sociocultural and social-psychological factors in the genesis of mental disorders.
 - Jour. Health Soc. Behav., 16:365-392, 1975.
 - 17.- Kessler, R.C. et al.
- Social factors in psychopathology: stress, social support and coping processes.
 - Ann. Rev. Psychol., 36:531-572, 1985.
 - **18.-** Strauss, J.S.
 - Social and cultural influences on psychopathology.
 - Ann. Rev. Psychol., 30:397-415, 1979.

- 19.- Andrews, G. et al.
- The relation of social factors to physical and psychiatric illness.
- Am. J. Epidemiol., 108 (1):27-35, 1978.

20.- Páez, D. y cols.

- Salud mental y factores psicosociales.
- · Ed Fundamentos. Madrid, España, 1986.

21.- Andrews, G. et al.

- Life event stress, social support, coping style and psychological impairment.
 - Jour, Nerv. Mental Dis., 166:307-315, 1978.

22.- Klevens, J. y cols.

- · Prevención primaria en salud mental.
- Rev. Latin. Psicología, 2:243-253, 1989.

23.- Martí Tusquets, J.L. y Murcia, M.

- Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica.
- Ed. Herder, Barcelona, España, 1987.
- 24.- Alvarado, R.; Asún, D.; Alfaro, J. y cols.
- Comparación de variables psicosociales entre un grupo con trastornos emocionales y uno control.
 - Rev. Psiquiatría, 2:1141 1152. 1992.

25.- Lazarus, R. y Cohen, J.

- Environmental stress.
- · Citado en ref. 45.

26.- Cox, T.

- · Stress.
- · Citado en ref. 45.

27,- Hirsch, B.I.

- Psychological dimensions of social networks: a multimethod analysis.
- Am Jour. Comm. Psychol., 7 (3):263-277, 1979.

28.- Didier, M.

- Redes sociales y búsqueda de ayuda.
- Rev. Chil. Psicol., VIII (1):3-7, 1985-86.

- 29.- Estévez, R., Aravena, R.
- Conocidos, amigos y salud mental: la red personal y las transiciones de
 - Rev. Psiquiat., V (4):251-267, 1988.

30.- Di marco, G; Colombo, G.

- Redes sociales y enfermedad mental.
- · Acta psiquiat. psicol. Amér. Lat., 34:157-168, 1988.

31.- Shumaker, S.A.; Brownell, A.

- Toward and theory of social support: closing conceptual gaps.
- Jour. Soc. Issues, 40 (4):11-36, 1984.

32.- Cohen, S.; Ashby, T.

- Stress, social support, and yhe buffering hypothesis.
- Psychol. Bull., 98 (2):310-357, 1985.

33.- Landerman, R. et al.

- Alternative models of the stress buffering hypothesis.
- Am. Jour. Comm. Psychol., 17 (5):625-642. 1989.

34.- Alvarado, R. y cols.

- Desarrollo de una intervención comunitaria en un sector pobre, a través de grupos de encuentro para jóvenes.
- Presentado en XXIII Congreso Interamericano de Psicología San José, Costa Rica, 1991.

35.- White, R.B.

- Strategies of adaptation: an attempt at systematic description.
- · Citado en: Psicología Comunitaria de Alipio Sánchez V.
- Promociones y publicaciones Universitarias. Barcelona. 1988.

36.- Adler, P.T.

- An analysis of the concept of competence in individual and social systems.
 - · Citado en: Psicología Comunitaria de Alipio Sánchez V.
 - Promociones y publicaciones Universitarias. Barcelona. 1988.

37.- Tyler, F.B.

• El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos, como ejemplos de psicología comunitaria.

• Rev. Latin. Psicología, 16 (1):77-92, 1984.

38.- Tyler, F.B.

- Individual psychosocial competence: a personality configuration.
- Educ. Psychol. Measurement, 38:309-323, 1978.

39:- Vázquez, J.L. et al.

- The influences of the process of urbanization on the prevalence of neurosis.
 - Acta Psychiat. Scand., 63 (3):161-170, 1982.

40.- Blazer, D. et al.

- •Psychiatric disorders. A rural/urban comparison.
- Arch. Gen. Psychiatry, 42:651-656, 1985.

41.- Cederblad, M.

- Rapid social transition, stress and mental health in developing countries.
- En Society, environment and health, del Karolinska Institutet, Estocolmo, 1990.

42.- Ekblad, S.

- Family stress and mental health during rapid urbanization.
- En Society, environment ald health, del Karolinska Institutet, Estocolmo, 1990.

43.- Medina, E.

- ·Salud mental y urbanización.
- •Rev. Psiquiat., II (5):5-22, 1985.
- 44.- Proshansky, H.M.; Ittelson, W,H.; Rivlin, L.G.
- Psicología Ambiental. El hombre y su entorno físico.
- •Ed. Trillas, México, 1978.

45.- Jiménez, F. y Aragonés, J.I.

- Introducción a la psicología ambiental.
- · Alianza Editorial, Madrid, 1986.

46.- Lamberth, J.

- Psicología Social. Cap. 12: Psicología ambiental.
- Ed. Pirámide S.A., Madrid, 1982.
- 47.- Errázuriz, J.C. y Guerra, M.I.

- Interacción familiar y conducta espacial de la familia en distintas rondiciones de densidad. Estudio descriptivo comparativo.
 - Rev. Chil. Psicol., 11 (2):24-32, 1990.

48.- Goldberg, D. y Huxley, P.

- Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care.
- Tavistock, London, 1980.

49.- Acuña, J. y cols.

- Trastornos emocionales en atención primaria.
- Jornadas chilenas de Salud Pública, 1990.

50.- Mari. J.

- Morbilidad psiquiátrica en centros de atención primaria.
- Bol. Of. Sanit. Panam., 104 (2):171-181, 1988.

51.- Fitzpatrick, R. y cols.

- La enfermedad como experiencia.
- Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1990.

52.- Infante-Castañeda, C.

- Utilización de servicios de atención prenatal; influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda.
 - Salud Pública de Mex., 32 (4):419-429, 1990.

53.- Aranda, M. y cols.

- · Perspectivas de rol y cognición social: representación social de la enfermedad mental.
- En: Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social, de Páez, D. y cols. Ed. Fundamentos, Madrid, España, 1987.
 - 54.- Costa, M. v López, E.
 - Salud Comunitaria
 - Ed. Martinez Roca. Barcelona, España. 1986.

55.- Domínguez, R. y cols.

- Estudio diagnóstico de relaciones humanas y trato al público en el Servicio de Salud Metropolitano.
 - Ministerio de Salud, Chile, 1990.

PSICOLOGIA COMUNITARIA Y DESARROLLO COMUNITARIO Una aproximación al uso del concepto Desarrolla Comunitario en la Psicología Comunitaria Latinoamericana.

Jaime Alfaro I.

I.- PRESENTACION

En las definiciones teóricas y técnicas que ha tenido la Psicología Social Comunitaria formulada en América Latina, el concepto de desarrollo comunitario ocupa un papel primordial. Es la principal herramienta técnica, así como el objetivo hacia donde se orienta la intervención.

La centralidad de este concepto ha definido la identidad de la corriente latinoamericana de la Psicología Comunitaria. Es la búsqueda del desarrollo de la comunidad lo que hace el rasgo distintivo, que diferencia este enfoque respecto de la corriente de la Salud Mental Comunitaria.

Puesto que en nuestro país se observa un importante auge de los programas de intervención psicosocial que asumen estas orientaciones, considero pertinente abordar una discusión de este concepto de manera de distinguir la posibilidades de interpretación y uso de él.

II.- RELEVANCIA DEL CONCEPTO DENTRO DE LA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNI-TARIA.

Dentro de la Psicología Comunitaria Latinoamericana ocupa un lugar de gran relevancia la noción de desarrollo de la comunidad.

Las acciones de desarrollo comunitario son la estrategia principal de acción. Su relevancia tiene que ver directamente con la forma en que esta corriente entiende el origen de las problemáticas sociales que quiere transformar.

Desde la Psicología Comunitaria Latinoamericana, las diversas problemáticas sociales tienen origen en las estructuras sociales injustas, y no en la falla de las instituciones sociales, como plantea la llamada Salud Mental Comunitaria.

«... los problemas sociales se deben fundamentalmente a la falta de acceso de algunos grupos sociales a los recursos, tanto materiales como psicológicos, de la sociedad. Este acceso limitado ocurre como consecuencia de una serie de instituciones sociales que de manera selectiva controlan las oportunidades de adquirir poder o mayor ingreso económico dentro de la

sociedad.» (Escovar; 1979. Pagina #7) (1).

Según este modelo, la estructura de la sociedad determina el grado de control del individuo sobre su medio ambiente, facilitando o limitando la satisfacción de sus necesidades. La subordinación en la estructura social se traduce en carencias de control, lo cual generaría en el organismo externalidad y desesperanza aprendida, alienación normativa y ausencia de control predictivo. A su vez, estos rasgos psicológicos de los individuos, producto de las variables estructurales, refuerzan su posición subordinada en la estructura social.

Por tanto, la vía del cambio social es a través de la modificación de los factores estructurales y/o actuando sobre los sujetos de manera que ellos adquieran mayor control sobre su medio ambiente.

Así entendido, la meta principal de la intervención comunitaria sería que los individuos logren control sobre los refuerzos y las contingencias de la vida cotidiana, de manera tal que ellos sean autogestores de su transformación y de la de su ambiente.

«.. se puede afirmar que la carencia de poder, político y psicológico, es la causa principal de los problemas sociales. La solución se da en base a la redistribución del poder». (Escovar; 1979. Pagina # 11) (1).

Por tanto, lo que busca la Psicología Comunitaria, en lo fundamental, es el cambio social y el desarrollo de la comunidad a través de activar la capacidad de poder y control de los sujetos sobre sus circunstancias ambientales.

esto se logra mediante la creación de instituciones sociales paralelas a las oficiales, y el fomento del cambio político a través de la organización de la comunidad. (Escovar, 1979) (1).

Por tanto, la intervención está definida desde el Modelo de Amplificación Cultural. Según éste, el psicólogo debe abocarse al desarrollo, respaldo y ampliación de las habilidades y recursos de la comunidad, siendo así un catalizador para la transformación de las estructuras sociales. (Marin; 1980)

En el decir de M. Montero (1984) (3) la definición misma de la Psicología Social Comunitaria, se vincula con la búsqueda del desarrollo comunitario.

«... la Psicología Comunitaria se presenta entonces como una vía de interacción, generadora de tecnología social, cuyo objetivo es lograr la autogestión para que los individuos produzcan y controlen los cambios en su ambiente inmediato. Actuando sobre los individuos, como agente de cambio, el psicólogo en la comunidad debe inducir la toma de conciencia, la identificación de problemas y necesidades, la elección de vías de acción, la toma de decisiones y con ello el cambio en las relaciones individuo-ambiente, con la trasformación de este último «. (Pagina # 397).

Aquí cobra gran relevancia la participación de la población o la comunidad. El objetivo principal es la facilitación de la participación comunitaria a través de la movilización de un grupo particular para el enfrentamiento y

solución de sus problemas.

Las acciones de desarrollo comunitario son por un lado el objeto de la Psicología Comunitaria, así como su objetivo y estrategia primordial y por lo tanto es su principal factor de identidad, que la diferencia de otros acercamientos.

Según lo plantea L. Escovar, la Salud Mental Comunitaria se centra en eliminar los déficit a través de programas dirigidos a aquellos sujetos que sufren los problemas sociales. En cambio, la Psicología Comunitaria busca activar el poder y la potencialidad y no superar las carencias.

«La solución de los problemas sociales no se da en base a la eliminación de déficit sino en base a la ampliación de los recursos potenciales de la comunidad». (Escovar, 1979. Página #9) (1).

Optar por el desarrollo de la comunidad es la distinción que caracteriza a la Psicología Comunitaria Latinoamericana y la diferencia de aquellos enfoques que definen como tarea de la intervención comunitaria el recuperar o reforzar la eficiencia de las distintas instituciones sociales.

En ese sentido, el factor de identidad de este acercamiento es la búsqueda del cambio y no la mantención (ajuste) de las instituciones sociales. Allí tiene sentido la búsqueda del desarrollo de la comunidad.

III.- LECTURAS Y LIMITES DEL CONCEPTO DE DESARROLLO COMUNITARIO

Dada la relevancia que ocupa este concepto (tanto en el plano conceptual) como en la identidad) y las diversas alternativas de interpretación que presenta, considero relevante avanzar en su precisión más alla de lo que lo hacen algunos autores representativos de la corriente latinoamericana de la Psicología Comunitaria.

El concepto en general no es definido en forma precisa y a él se le atribuye la capacidad de generar cambio social por sí mismo, no reconociendo que el concepto es interpretado de formas muy distinas.

No se pone suficiente acento enque la generalidad de las interpretaciones del concepto pueden perfectamente ser vistas como una forma de intervención que no genera cambio social, sino que por el contrario la mayoria de las veces esgún mostraremos más adelante - es usada como forma de generar estabilidad y mantención de estructuras sociales injustas.

De los autores latinoamericanos revisados sólo Montero advierte sobre la posibilidad de usar y entender el desarrollo de manera contraria al cambio social.

Maritza Montero (1984) (3) precisa el concepto en el supuesto de que éste tiene distintas interpretaciones. Específicamente, ella advierte fundamentalmente en dos sentidos:

1.- Una noción pasiva y estática de comunidad. Plantea una visión de

comunidad como un grupo en constante transformación y evolución. Con vida historia independiente preexistente al investigador o al psicólogo.

2.- Las nociones paternalistas, que no se centran en la autodeterminación vautogestión de la comunidad.

•En su planteamiento, desarrollo comunitario significa en lo fundamental conciencia, autodeterminación y autogestión. Ninguna transformación será tal ino involucra la participación de los individuos a los que va dirigida.

No obstante la adecuación de estas advertencias, considero que no profundiza lo necesario para orientar a los psicólogos latinoamericanos que hacen suyo los planteamientos del desarrollo comunitario, como eje de sus intervenciones.

Específicamente este artículo quisiera aportar puntualizando distintas formas de entender el desarrollo comunitario de manera de colaborar en la utilización cuidadosa de esta orientación técnica.

Al revisar la literatura respecto del concepto de desarrollo comunitario y participación local, aparecen diversos aspectos interesantes de discutir y precisar, en función de una mejor utilización del concepto.

3.1.-Precisiones sobre las diversas formas de entender el desarrollo y la participación comunal.

- Siguiendo a Safira Amman (1982) (4), el desarrollo comunitario es mucho más una ideología, que una técnica neutra, que se adecúa a los intereses hegemónicos y revela las fluctuaciones temáticas y metodológicas de las configuraciones sociopolíticas de la vida nacional.

Este aspecto normalmente no es considerado cuando la propuesta de la Psicología Comunitaria define el concepto de desarrollo comunitario.

Gómezjara (1987) (5) plantea la existencia de un concepto hegemónico de desarrollo comunitario que define la tarea del desarrollo de la comunidad como una forma de corregir las anomalías sociales y busca en lo fundamental «preparar» a la comunidad (rural o proletaria) para que supere sus patrones culturales, definidos como tradicionales o aún no desarrollados.

Aquí se entiende el desarrollo comunitario como:

« aquellos esfuerzos de una población que se suman a los de sus gobiernos para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de sus comunidades e integrarlas a la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional»*.

Definición de Desarrollo Comunitario, según la ONU, en 1956

Esta concepción del desarrollo comunitario está orientada a solucionar el complejo problema de integrar los esfuerzos de la población a los procesos de desarrollo económico nacional y regional, sin criticar las estructuras responsables de las desigualdades sociales.

En general, esta visión no considera los elementos históricos y no dice nada del contexto social en que se opera. Se separa o no se considera la práctica del medio social, económico y político. Se dejan fuera los fuertes conflictos sociales y se basa en una visión del consenso y la homogeneidad dentro de la sociedad. Se basa en una visión técnica despolitizada, que considera «desviada» la desintegración y actúa para integrar las diferentes partes de un sistema (6).

La noción de comunidad que aquí se utiliza es la de una unidad constituida por partes interdependientes que deben colaborar para el equilibrio del todo, que tiene un núcleo de valores compartidos por todos los miembros que generan normas y pautas morales comunes.

Dentro de esta perspectiva, la participación tiene el sentido de asegurar el cumplimiento de las funciones y papeles conferidos a las partes. Cada individuo participa más en la medida que desempeña mejor las orientaciones morales consensuales.

El cambio se refiere al paso de un estado de equilibrio a otro, como un movimiento gradual, sin la presencia de conflictos relevantes y permanentes.

Esta forma de concebir el desarrollo comunitario se caracteriza además por aproximarse fragmentadamente al todo de la sociedad, dando principal relevancia a los problemas locales, como si éstos encontraran sus razones y pudiesen ser solucionados a nivel local, olvidándose así de la relación entre sociedad civil y sociedad política. (Amman, S.; 1982) (4)

Es interesante el planteamiento que Guimaraes (1987) (7) hace al respecto. El habla de un pragmatismo ingenuo y apresurado que imagina producir cambios políticos estructurales a través de prácticas microsociales.

Señala que para lograr los cambios que buscan la participación (distribución equitativa de los bienes, los ingresos y el poder, cambio en la mentalidad y percepción) se hace necesaria una serie de trasformaciones estructurales que no se producen por el hecho de que las estrategias adoptadas sean participativas. Serequiere de niveles de equilibrio de fuerzas y procesos que no sólo tienen que ver con la participación local.

Por ello, ofrecer cambio de estructuras desde la participación a nivel local puede aparecer sino engañoso o demagógico, al menos ingenuo. La participación en algún momento lleva a tocar los conflictos de intereses de clase o de grupos de poder.

«Todo intento de aumentar los ámbitos de la participación popular supone, entre otras cosas, trasformaciones en las relaciones de poder. No hay fronteras entre la participación social y la esfera del poder político. Por tanto, de no haber contrapartida a nivel de los sistemas políticos de la participación de base, no es posible imaginar un proceso de desarrollo que signifique un avance significativo para los grupos marginados». (Guimaraes, R.; 1987. Pagina # 10) (7).

Siendo la participación un objetivo central de las prácticas del desarrollo comunitario es interesante seguir la advertencia que Amman (1987) (4) hace respecto de las formas de entender la participación que se alejan de una concepción de ésta que apunte efectivamente hacia el cambio social de estructura.

El nos advierte sobre distintas maneras de entender la participación dentro del desarrollo comunitario, y señala cuáles de ellas son contrarias al carabio social.

- 1.- Una concepción de la participación desde una visión microsocial localista, desconectada de los procesos decisivos de la sociedad global, circunscribiendo lo comunitario a los estrechos ámbitos de un municipio o una localidad. Generando así programas de mejora de la calidad de vida inmediatistas, que no problematizan las estructuras de generación y distribución de bienes y servicios, reduciendo la participación a las distintas formas de asociativismo y cooperativismo.
- 2.- Una segunda forma de generar participación que se aleja de los procesos macro-sociales, proponiendo una visión que aborda el conflicto como algo tangencial y transitorio que debe ser solucionado. Se orienta la participación hacia la búsqueda de la unión solidaria de la sociedad, sin distinción de clase, ni razas, o credo político.

La tarea del desarrollo comunitario es superar la única diversidad intrasistema que se reconoce, la relativa a la oposición formal de sectores atrasados o no integrados y los modernos o desarrollados.

Aquí la participación busca en lo fundamental la modernización de los sectores tradicionales o marginales, integrándolos a las dinámicas del desarrollo. La integración ocurriría por vía de la adquisición de ciertas concepciones culturales, definidas como modernas.

3.- Una tercera forma de entender la participación es aquellaque la define como una forma de asegurar la gobernabilidad social en el contexto de una sociedad cada vez más diferenciada. La participación busca la integración de las sociedades complejas y diferenciadas, a través de asegurar la legitimidad del poder y de las orientaciones normativas que gobiernan.

Desde esta concepción de la participación, los procesos de desarrollo comunitario se orientan en sintonía con las directrices nacionales del gobierno, no dando lugar a la participación fuera de las directrices que establece el Estado.

Esta forma es particularmente interesante debido a que en su contexto es

posible entender algunas de las propuestas de Desarrollo Local que en el último tiempo se han difundido muy intensamente en nuestros países.

El rol de potenciar la gobernabilidad y acrecentar la función del poder estatal queda clara en quienes promueven el desarrollo local. Aquí se define el rol de la participación comunitaria de la siguiente forma (8):

- Potenciar los recursos humanos y financieros disponibles para satisfacer las necesidades de la población y resolver los problemas de la localidad a través de la incorporación activa de los afectados. Ejemplo son los Comités de Vivienda, los Talleres Laborales, los Comprando Juntos., los Comités de Salud, etc.
- Mejorar y dar mayor efectividad a las instituciones democráticas, a través de un proceso de descentralización político-administrativo que aumente la participación de las fuerzas sociales de nivel local.
- Lograr una mejor calidad de vida al abrir oportunidades sociales para que los individuos realicen actividades que den una vida más plena de sentido.

De manera ilustrativa quisiera señalar la interesante opinión que plantea Carlos De Mattos (1989) (9) respecto de la potencialidad real de la propuesta de descentralización político-administrativa que contiene el Desarrollo Local, como version actual del desarrollo de la comunidad.

- •«... la reorganización territorial de la administración del poder no es suficiente para impulsar la modificación de las bases económicas, políticas e ideológicas del poder en una sociedad de clases. La dinámica socio-económica capitalista está afectada por condicionamientos estructurales que no pueden ser removidos por la vía de una simple reorganización territorial de la administración del poder..». (De Mattos; 1989. Página # 22) (9).
- 4.- Finalmente, siguiendo con Amman, nos propone una concepción de participación acorde con la búsqueda efectiva de un cambio de estructuras de injusticia.

Señala él que una adecuada visión de la participación, la coloca en el contexto histórico de la realidad social global, y la define como un control efectivo de los medios, fines y resultados materiales e inmateriales de las actividades de los individuos en la sociedad, en el sentido de una expansión y redistribución de las oportunidades para que la población pueda tomar parte activa en la responsabilidad social, reconociendo que la sociedad opera en un orden regido por fuerzas antagónicas, ordenadas según clases.

En conclusión, existe una concepción del desarrollo comunitario que representa un instrumento ideológico de carácter acrítico, por cuanto no cuestiona las estructuras de poder. Por el contrario, opera como cuidador de esas estructuras, ratificándolas, reproduciéndolas y fortaleciéndolas.

3.2.- Conclusión sobre los límites del concepto.

1.- El desarrollo comunitario es una propuesta que permite diversas interpretaciones y lecturas de consecuencias diametralmente diferentes.

Lecturas que suponen entendimientos distintos de lo que es una comunidad, de qué busca y qué función tiene la participación o lo que se entiende por cambio o desarrollo.

Algunas de las formas de entender el desarrollo comunitario y los conceptos asociados, no buscan cambio social en el sentido de cambio de estructuras, sino que buscan dar funcionalidad a los órdenes sociales.

2.- Que el desarrollo comunitario provoque transformación de las estructuras sociales, supone ciertas condiciones sociopolíticas muy específicas, difíciles de alcanzar y que normalmente están fuera de las competencias de un equipo psicosocial.

Estas condiciones además de no estar dentro de las competencias de un equipo psicosocial, requieren de procesos sociales de nivel macrosocial.

Dicho en el lenguaje de una de las propuestas de la Psicología Comunitaria más difundida en Latinoamérica, nada permite esperar que un cambio en la percepción de control de un individuo o un grupo sobre sus condiciones ambientales provoque directamente cambio social o transformación de estructura de distribución de poder.

Se requiere la articulación de acciones en procesos sociopolíticos que suponen procesos de orden superior a una dinámica microsocial específica. Nivel donde normalmente las intervenciones psicosociales no tienen alcance.

3. En forma de conclusión, propongo darle un uso más acotado y preciso al concepto de Desarrollo Comunitario. Un uso en donde además de reconocer sus límites e imprecisiones se resalten los aportes específicos que hace la Psicología Social y específicamente el modelo psicosocial (véase Darío Páez; 1986) (10).

A mi juicio este modelo permite considerar articuladamente tanto los factores macrosociales como los microsociales y los psicológicos, no olvidando tanto la irreductibilidad de cada nivel, así como tampoco las interacciones que se establecen entre los diversos aspectos (distinciones) de estos disímiles niveles.

Considero de suma importancia asumir la imposibilidad de establecer relaciones mecánicas entre los niveles psicológicos y sociológicos, e incluso entre el nivel propiamente psicosocial y estos otros (véase Doise; 1982) (11).

Resulta más adecuado establecer relaciones generales y llenas de mediaciones entre las intervenciones psicosociales y las consecuencias macrosociales (sociológicas) de éstas. En ese sentido el Desarrollo Comunitario sería un marco general que proporciona más que una técnica, un nivel de intervención; no es una herramienta sino que un objeto de trabajo. El Desarrollo Comunitario requiere de distintos aportes; el modelo psicosocialo la Psicología Social sería uno de ellos, sólo uno. Se necesita la intervención de otros perspectivas, así como también sus resultados están en gran medida dependiendo de factores macrosociales que es importante visualizar y tomar en consideración.

BUILOFRAFIA

- (1) Escovar, L. "Análisis comparado de dos modelos de cambio social en a comunidad". Boletín de la AVEPSO, 2, (3), 1979.
- (2) Marín, G. "Hacia una psicología social comunitaria". Rev. Latinoamericana de psicología. 1980. V. 12, #1, 171-180.
- (3) Montero, M. "La psicología comunitaria: orígenes, principios y findamentos teóricos". Rev. Latinoamericana de psicología. V. 16#3. 1984.
- (4) Amman, S. "Ideología do desenvolvimiento de comunidad no Brasil". Ed. Cortéz. Sao Paulo, Brasil. 1982.
- (5) Gómezjara, F. "Técnica de destrollo comunitario". Ed. Fontamara. 1987. México.
- (6) Aguilar, A. "Planificación urbana. Hacia un enfoque de economía política". Rev. Interamericana de planificación. V. XXI #84-84 (Sep. -dic. 1987).
- (7) Guimaraes, R. "Participación comunitaria, Estado y desarrollo: el dificil arte de conciliar lo conflictivo". Rev. Interamericana de planificación V. 331, #83-84 (sep. dic. 1987).
- (8) Barros, C. "Organizaciones comunitarias: uno de los agentes del desarrollo local". Mimeo, 1990.
- (9) De Mattos, C. "La descentralización, ¿una nueva panacea para impulsar el desarrollo local?". Rev. Nueva sociedad. Caracas. 1989.
- (10) Páez, D. "Salud mental y factores psicosociales". Ed. Fundamentos. España. 1986
- (11) Doise, W. "Psicología social y relaciones entre grupos". Ed. Fondo Bucativo Interamericano. México. 1982.

CAPITULO TERCERO

«PSICOLOGIA COMUNITARIA Y SALUD MENTAL EN CHILE : UNA APROXIMACION HISTORICA»

INTRODUCCION

En Chile, a partir de la década de los sesenta se han desarrollado diversas producciones teóricas y prácticas en Psicología Comunitaria y Salud Mental que no han sido suficientemente recogidas y valoradas. Asimismo, en los últimos años, se aprecia una desarticulación de las distintas experiencias que se han realizado en estos ámbitos. Situación que se expresa tanto en la falta de nitidez conceptual como en la dificultad de avanzar en la resolución de los problemas psicosociales.

En el presente capítulo, Jaime Alfaro presenta dos modelos de la década de los sesenta: La Salud Mental Poblacional y la Psiquiatría Intracomunitaria como propuestas más acabadas y coherentes de la época. Destaca que en ambas el origen aparece vinculado a la reforma y transformación de las instituciones de salud, valorando la dimensión social y cultural en el entendimento de ésta. Propone como diferencia principal de los modelos los énfasis en el abordaje de los aspectos estructurales.

En seguida, Germán Morales construye una tipología de las intervencios nes comunitarias desde la revisión y análisis de distintas prácticas comunitarias en Chile en la década de los ochenia. Considera a éstas sólo concebibles desde un enfoque interdisciplinario cuyo objetivo sería el desarrollo ligado a una perspectiva de cambio social, donde el concepto de desarrollo local tiene gran relevancia. Por último, es destacable decir que instala estas reflexiones en el marco del proceso de transición democrática que ha permitido, según este autor, relevar la importancia del enfoque comunitario.

A continuación Rubén Alvarado realiza una revisión del conocimiento existente en el campo de la Epidemiología en salud mental, donde incorpora algunos antecedentes en cuanto a su desarrollo histórico, avances más relevantes de los estudios nacionales en este campo, para plantear finalmente una serie de desafíos que tienen que ver con modernizar los estudios, relevar la dimensión de bienestar psicosocial, ampliar su conocimiento a los sistemas sociales y aplicar la epidemiología en la administración de sistemas de salud mentalica.

Por último Domingo Asún realiza un análisis de la intervención psicológica en Chile y plantea algunos desafíos y proyecciones.

En primer lugar pone en evidencia la falta de comunicación en cuanto a le que se hace y se produce en Chile en los distintos campos de intervención psicológica, lo cual se relaciona con algunas caraterísticas contradictorias qui adquiere el rol profesional del psicologo actualmente. Destaca además, algunas caraterísticas contradictorias qui adquiere el rol profesional del psicologo actualmente.

nas áreas nuevas de acción que ha ido desarrollando el quehacer psicológico, específicamente ligado al campo de la Psicología Comunitaria, donde lo que aparece como relevante es el rol del psicólogo como agente de cambio.

Entre los desafíos planteados aparece prioritario revisar críticamente las acorías y modelos que se utilizan, la validez que éstas tienen; y desarrollar herramientas que permitan validar la intervención psicólogica, en el ámbito de lo social comunitario.

LA PSICOLOGIA COMUNITARIA EN CHILE DURANTE LA DECADA DEL SESENTA: ASPECTOS CONCEPTUALES Y OPERATIVOS

Jaime Alfaro I.

I.- INTRODUCCION

Este trabajo en lo fundamental consiste en la formulación y fundamentación de las siguientes afirmaciones.

Primero. En Chile durante la década del sesenta se desarrollaron producciones teóricas y operativas en Psicología Comunitaria. Producciones que no han sido recogidas y valoradas como tales a pesar de sus aportes para el abordaje de diversos problemas, propios de la Psicología.

Estas experiencias resultan estar como cortadas. Sabemos muy poco de ellas, han permanecido desconocidas y ocultas. Cuando se las menciona es sólo en términos generales. Sus principales exponentes no aparecen en escena, sus trabajos no han sido publicados o han tenido muy poca difusión. Los pocos trabajos evaluativos realizados no han sido difundidos suficientemente.

Segundo. Estas producciones aportan a la Psicología Comunitaria en el nivel conceptual y en el nivel operativo.

Es decir estos desarrollos van mas allá de la sola utilización de los modelos generados en los países «centrales», aportando con categorías conceptuales v diseños técnicos originales.

Tercero. Es relevante científica y socialmente hacer esta revisión y «rescate» por dos tipos de razones:

En primer lugar el explicitar los aportes que en Chile se hizo a la Psicología Comunitaria es relevante en la medida que contribuye al fortalecimientode una disciplina que promete un camino posible para hacer psicología de forma más equitativa, adecuada a nuestros recursos y con potencialidad de plantearse conjuntamente un rol de agente de cambio social.

En segundo lugar tiene relevancia recoger los modelos específicos desarrollados en Chile en los años sesentadado que ellos demostraron ser estrategias eficientes y eficaces de abordar problemas de relevancia social en Chile.

Cuarto. Estos modelos tienen muchas similitudes, básicamente en relación a que surgieron en contextos institucionales, teóricos y político-sociales, similares; sin embargo presentan diferencias fundamentales.

Estas diferencias los constituyen en corrientes distintas, que corresponden

ados de las corrientes que actualmente se presentan en Psicología Comunitaria.

II. PRÉSENTACION GENERAL DE LOS MODELOS

Desde fines de los años cincuenta y principios de los sesenta se desarrollaron en Chile experiencias de trabajo a partir del marco comunitario de ahordaje de la salud mental.

Estas experiencias cristalizaron en dos propuestas. Son la Psiquiatría Intracomunitaria y la Salud Mental Poblacional.

El modelo Psiquiatría Intracomunitaria se implementó en Chile entre los años 1968 y 1979. En Octubre de 1968 se inició su instalación gradual en el Area Sur de Santiago, desde el departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Chile.

Desde fines de 1973, no se formaron más monitores y técnicos en salud mental - aspecto básico de los programas - por lo cual desde esa fecha el programa está virtualmente estancado.

El modelo de Salud Mental Poblacional se conoce sólo a través de publicaciones hechas desde Argentina y España en los años siguientes a su abrupto cierre en 1973 (1).

La propuesta Salud Mental Poblacional fue el resultado de lo realizado entre los años 1958 y 1965.

Específicamente del programa de medicina preventiva desarrollado en el Hospital San Borja entre los años 1963 y 1969. Del programa de desarrollo sociocultural que entre los años 1970 y 1973 a un nivel nacional buscó la democratización interna del servicio Nacional de Salud. Del Centro de Antropología médico-social del Servicio Nacional de Salud y la Universidad de Chile, que operó en varios policifinicos de la zona central de Santiago, entre 1970 y 1973.

III.- EL PUNTO DE PARTIDA : LA TRANSFORMACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA EPOCA

Ambos desarrollos surgen orientados fundamentalmente por el intento de superación de las limitaciones globales que se presentan en los servicios de salud mental.

Ellos no son formulaciones teóricas abstractas sino más bien proyectos concretos de reforma y transformación de las instituciones y modelos de trabajo en salud y salud mental.

Se observa nítidamente en ambos planteamientos la dependencia y vinculación directa con su contexto institucional (el Servicio Nacional de Salud) y su contexto social (Las demandas concretas de atención en Salud Mental).

3.1.- Superación de la ineficacia e ineficiencia de los servicios de salud mental

La Psiquiatría Intracomunitaria se formuló integramente como alternativa a las tres limitaciones que ellos definen en los servicios de atención en salud mental.

Las limitaciones que ellos definen son: @

1.-Dado que los datos epidemiológicos disponibles en la época describían que la demanda de servicios de atención era de tal magnitud que colapsaban cualquier sistema. Los servicios de la época no estaban en condiciones de dar respuesta a las potenciales demandas; por lo tanto se requería de grandes cambios en los marcos para concebir y organizar estos servicios.

2.-Los recursos humanos especializados además de ser totalmente escasos, se distribuían desigualmente.

«El 5 % de la población dispone de todos los recursos que requiere, el 25% dispone de recursos limitados, y el 70 %, la mayoría de la población, observa el espectáculo y cuando puede, recoge migajas.» (2).

Que llaman «vertical, etnocéntrica y autoritaria» (3), que les impide dar respuesta efectiva a las necesidades.

En esta concepción se supone que la cultura universitaria almacena todas las soluciones en salud mental; siendo ella la responsable de transmitir verticalmente estos conocimientos hacia un estrato inferior pasivo que sólo percibe programas mediante la acción de los servicios de salud.

En esta concepción no se valora en absoluto la cultura popular y aborigento mayoritaria en América Latina. Se tiende a vera las comunidades obreras como vacías culturalmente.

3.2.- Una alternativa a la medicina social chilena

Por su parte la Salud Mental Poblacional y su núcleo teórico - La medicina integral - se plantean como superación de la medicina social, que se definen como doctrina de los Servicios de atención de la época.

La noción de medicina integral se fue plasmando en torno a las experiencias tendientes a buscar cambios en las instituciones y servicios de la época. Es decir, el desarrollo de la concepción de medicina integral se imbrica con los problemas y las soluciones de la medicina social chilena.

Para Weinstein la medicina social tiene deformaciones e inconsecuencias. (1) Es social en su alcance poblacional y en su financiamiento, pero muchas veces es poco social en las relaciones de los equipos de salud con los pacientes, con la población o en la vida interna de los sujetos. La atención de personal desmotivado trae una relación rígida, apresurada, pobre en comunicación afectiva.

IV.- LA APERTURA SOCIOCULTURAL EN LA SALUD MENTAL

Quizás uno de los aportes más claros y con mayor potencialidad, es la valoración que ambos modelos hacen a la dimensión social y cultural en el entendimiento de la salud y la salud mental.

Digo aportes, porque esta categoría y en la forma en que los modelos chilenos se la plantean no está considerada ni en el Movimiento de Salud Mental Comunitaria que se desarrollaba durante los sesenta en los países «centrales», ni en la actual Psicología Comunitaria de origen Estadounidense.

Digo potencialidad, porque creo que ésta es una de las dimensiones que permitirán más claramente ser recogidas en el futuro, dado que se ha mostrado relevante, como porque existen desarrollos en otras disciplinas y enfoques que actualmente dan igual relevancia a esta dimensión, me refiero al movimiento de Educación Popular y a la Psicología Social Comunitaria.

4.1.- Una respuesta desde una mirada relativista cultural

El modelo de la Psiquiatría Intracomunitaria, o su sinónimo los programas integrales de salud mental, son en lo fundamental una forma de hacer psicología comunitaria recogiendo las categorías del relativismo cultural desde la Antropología Social

La mirada relativista cultural de la Psiquiatría Intracomunitaria parte de asumir que los sujetos desde muy temprano viven un proceso de endoculturación, que comprende los diversos aspectos de la experiencia que permiten al hombre ser competente en su cultura.

Reconocen que «Los juicios están basados en la experiencia y la experiencia es interpretada por cada individuo sobre la base de su propia endoculturación. Así cobran valor los diversos modos de vida y no uno solo. Significa entonces respetar los valores de cada cultura.»(3)

La Psiquiatría Intracomunitaria desde su noción relativista cultural reconoce la existencia de dos subculturas básicas separadas por una barrera.

Se refiere a la cultura Europea y la cultura Popular aborigen (4). Estas subculturas estarían separadas por una «Barrera Cultural», que está definida por (3):

• En primer lugar, por el emocentrismo.

• En segundo lugar, por la existencia de estructuras de conciencia de realidad paralelas entre estas dos culturas.

• Finalmente, esta barrera cultural estaría definida por las diferencias en el nivel espacio temporal. Se refiere a que en América latina estas dos culturas se han radicado en épocas y en territorios diferentes; factor que genera distancia y separación.

4.3.- Medicina Integral: una mirada totalizadora

En cuanto a la valoración de la dimensión sociocultural, el núcleo central del modelo Salud Mental Poblacional - la medicina integral - entiende la salud (las ciencias de la salud y los fenómenos de la salud y enfermedad) en el todo social, en un contexto histórico concreto, con luchas sociales, relaciones de producción y rasgos superestructurales específicos.

«...un ser humano no puede ser comprendido integralmente a menos que sea considerado en su contexto social y cultural, como miembro de un grupo específico, de un sistema social, de una institución, de una clase social ..»(1):

Esto permite «... explorar y conocer desde otro ángulo y con nuevos métodos de observación y de análisis, la ocurrencia diferencial de las enfermedades mentales en relación con los factores del medio social y cultural que, por lo general, escapan a la mirada de la psiquiatría tradicional.»(1)

En lo que Weinstein llama «Apertura socio cultural de la psiquiarría».

Desde este punto de vista, toma distancia y critica aquellos acercamientos tecnocráticos que dicotomizan y desconocen (niegan) los aspectos estructurales.

Para Weinstein muchos intentos aparentemente progresistas al desconocer lo estructural operan como facilitadores de un papel homeostático.

Por ejemplo los modelos comunitarios estadounidenses serían uno de estos intentos. El ve a la psiquiatría comunitaria como un «intento de socializar la pobreza, de limitar el proceso de concientización sobre las raíces estructurales de los problemas y de las necesidades de organización a nivel nacional.»(1)

V.- UNA RELACION PARTICIPATIVA CON LA POBLACION

Otra dimensión que aparece con mucha claridad en ambos modelos dice relación con la valoración que ellos hacen de la participación e incorporación de la comunidad. Aunque los énfasis son distintos, ambos se pueden ver como programas de participación en salud mental.

5.1. Psiquiatría Intracomunitaria como un programa de incorporación de la comunidad en las tareas de salud mental

En este modelo los programas son la forma de superar la barrera cultural entre el Servicio Nacional de Salud y la Universidad con la comunidad.

Para ellos las alternativas de solución son entregadas por la población a ravés de una «auscultación» de los técnicos. Es responsabilidad del técnico que rabaja en la comunidad estudiar qué soluciones populares se han dado, para luego respetándolas y aprovechando su propia dinámica social, enriquecerlas con el aporte científico técnico.

Así, el motor principal del cambio buscado es el diálogo creativo y espetuoso de los contenidos y las dinámicas populares, entre técnicos y comunidad.

El cambio se implementa a partir de los recursos que hay en la comunidad. A partir de los recursos disponibles en el área (educacionales, materiales, humanos), se definen los mínimos operantes para iniciar el cambio y desde allí determinan los recursos que deben añadirse (5).

Es decir, quienes operan el cambio buscado es en gran medida la comunidad misma a través del sistema de delegación de funciones. A diferencia de los programas tradicionales que definen primeramente cómo formar más profesionales, el programa intracomunitario define primero cómo incorporar a la comunidad.

3.2.-La Salud Mental Poblacional como un programa con énfasis en la participación integral y el cambio

La participación es un eje central en la Salud Mental Poblacional y se relaciona con varios aspectos de gran implicancia para el enfoque.

Primeramente, tiene que ver con la gestión y con la dirección de los programas. En este sentido, se plantea que un programa busca facilitar el desarrollo de la capacidad de autodirección, cuestionamiento y acción de la población.

También tiene relevancia la dimensión participativa, en cuanto ella opera como una forma de cambio y transformación social y cultural.

Por otro lado, en países dependientes es imposible pensar en salud al margen de la participación. Es imposible pensar en hombres saludables que no participen, que sean mantenedores del status quo. Es decir, generar participation es también hacer salud. Esto se afirma en una concepción históricamente relativa del concepto de salud.

Por último, un nivel de mucha importancia, es que la participación en salud demostró clara y definitivamente que existían problemas de salud en los cuales

era necesario y posible una amplia participación de la población. Por ejemplo, prevención de accidentes, pautas inadecuadas en el beber o en el consumo de drogas, problemas de socialización de los niños, etc.

Existiendo otros de evidente especialización profesional, como la psicoterapia a la esquizofrenia, la cirugía cerebral, etc.

Esto llevó a distinguir entre una autoridad racional y no racional frente a los problemas de salud, con el fin de asumir la necesidad de armonizar un enfoque científico técnico de los problemas de áreas que deben estar sujetas al control popular directo.

Así la Higiene Mental (dimensión operativa de la Salud Mental Poblacional) «... tienen origen inmediato en cada individuo, pareja, familia, pequeño grupo; institución, fuerzas macrosociales...»(6).

La salud es un proceso esencialmente colectivo en todas sus dimensiones y por tanto, es susceptible de ser asumido colectivamente hasta el límite de la autogestión. En este sentido, la salud es un camino y una meta de cambio social.

Su principal herramienta de activación de cambios es mediante la investigación participativa, la discusión de conocimiento, de cuestionamientos. En ningun caso a través de la dirección de los técnicos.

Esta última dimensión de su planteamiento es particularmente importante dado que ella se asemeja mucho a las prácticas que actualmente se desarrollan en los diversos programas de educación popular en general y particularmente en los de educación popular en salud.

VI.-ELEMENTOS PARA ANALISIS Y CONCLUSION

6.1.- Los Aportes de las Propuestas

Una idea central de este trabajo es que en Chile se desarrolló una Psicología Comunitaria con aportes propios de importancia que es necesario precisar y recontinuar.

Aportes que resultaron y probablemente resultarían nuevamente, de extraordinaria eficiencia y eficacia para nuestra realidad. Es decir, aportes para el presente.

A modo de conclusión y recapitulación de lo planteado a lo largo de este trabajo, los aportes de ambos modelos tiene que ver con:

6.1.1.- El énlasis en la participación

Estos modelos asumen la participación de forma amplia e integral y no sólo como una estrategia para generar recurso humano barato.

La participación que intentan desarrollar ambos modelos tiene carácter cultural. Es decir, se integra a los sujetos y a su cultura no sólo como una estrategia de abaratamiento de los recursos humanos, sino por una efectivo reconocimiento de los aportes que sus prácticas cotidianas -sus culturas-hacen al desarrollo de la Salud Mental.

Es esclarecedor y enriquecedor plantear también la diferencia que se observa en la forma de plantearse la participación.

La Psiquiatría Intracomunitaria integra a parte importante y significativa de la comunidad (líderes comunitarios, líderes religiosos, ex-pacientes, pobladores, etc.) en tareas amplias que van mucho más allá de la prevención, incluyendo las tareas curativas y organizativas de los servicios. Es decir, tareas de gran responsabilidad y con importantes grados de autonomía, valorando su aporte cultural.

En la Salud Mental Poblacional además de plantearse la incorporación en los niveles anteriores, va más allá. La comunidad pasa a jugar un rol principal que apunta a la autogestión y protagonismo. Siendo la tarea del profesional ser un catalizador de este cambio profundo. La participación en este autor apunta al poder social y político y en función del cambio social de estructuras.

6.1.2.- La valoración de lo sociocultural

También significa un aporte el énfasis que los modelos dan a la valoración de la cultura y del relativismo cultural.

Normalmente los programas de psicología comunitaria no se plantean una mirada antropológica y desconocen esta categoría, tanto para el diseño de sus acciones promocionales, preventivas o curativas.

Son, como señala Marconi, etnocéntricos y parten del errado supuesto de un vacío cultural o de una percepción compartida de la realidad.

Esta categoría, al igual que la anterior, resulta ser particularmente compatible y complementaria con los planteamientos que en los últimos años se han desarrollado en torno a la llamada Psicología Social Comunitaria que lidera Maritza Montero (7). Resulta de gran importancia el desarrollar estudios que analicen esta relación y que se planteen mutuas potenciaciones.

En este mismo sentido, las nociones de participación y relativismo cultural se entroncan claramente con las nociones aportadas por la Educación Popular, movimiento de gran magnitud que se ha desplegado enormemente en el país en estos últimos años.

Por ejemplo, la noción de distintos niveles de conciencia se relaciona con la visión del conocimiento que plantea Fals Borda (8). En este campo también es pertinente desarrollar estudios.

6.1.3.- Aportes en un nivel metodológico

En términos metodológicos y teóricos, es aportador cómo estos modelos parten de la cultura de los sujetos. Ambos autores se plantean partir investigando la conciencia y la cultura de los potenciales destinatarios.

Por ejemplo, los programas de la Psiquiatría Intracomunitaria hicieron como investigaciones de base, estudios de Psiquiatría Folklórica (9).

La Salud Mental Poblacional se plantea en diálogo y complementación con la higiene mental popular.

Tambien incorpora la investigación acción y las técnicas dialógicas de discusión como herramienta de formación de la conciencia (1).

6.1.4. Diseño de programas de alta eficacia y eficiencia

Otro aporte que hacen estos modelos, particularmente la Psiquiatria. Intracomunitaria, que hoy tiene gran vigencia, es la capacidad de superar la gran deficiencia de recursos profesionales. La lógica que hay es básicamente el intento de superar la carencia de recursos para responder a la gran demanda. Hoy es particular y dramáticamente vigente este aporte. En Chile -aunque no disponemos de datos actuales- la carencias y las demandas siguen siendo iguales o superiores.

6.2 - Las diferencias entre ambos modelos

Como una forma de conclusión final quisiera resaltar la diferencia fundamental y básica que hay entre estos dos modelos.

Ya algo se observó a propósito de la forma de entender la participación. A mi modo de ver, la diferencia fundamental es básicamente que en su elaboración abordan los aspectos estructurales en forma distinta.

La Psiquiatría Intracomunitaria prácticamente no se plantea las categorías de clase social. En cambio la Salud Mental Poblacional, elabora todo su planteamiento a partir de reconocer este nivel de la realidad.

La Psiquiatría Intracomunitaria desarrolla su planteamiento a partir de una mirada sanitarista (10).

Es decir, una concepción que responde a una teoría social funcionalista y desarrolla un punto de vista ecológico social donde adquiere mucha importancia la relación con el ambiente. Pero lo social es incorporado en forma ahistórica, superficialmente y de manera fragmentada, desconociéndose la dinámica de determinación social (origen, transformación de la clase social).

La Salud Mental Poblacional se formula a partir de una concepción

histórico social de la salud. Es decir una concepción que entiende los procesos de salud y enfermedad como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases concretas en relación a sus condiciones materiales y culturales de vida:

BIBLIOGRAFIA

- (1) Weinstein, L. "Salud Mental y proceso de cambio. Hacia una ideología de trabajo en prevención primaria". Ed. ECRO. Buenos Aires. 1975
- (2) Marconi, J. "La revolución cultural chilena en programas de salud mental" Rev. Act. Psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 1973, 19, 17. Página 19.
- (3) Marconi, J. "Esbozo de modelos de valor epidemiológico para la investigación y la acción en América Latina". En J. Mariátegui y Adis Castro (eds.): Epidemiología Psiquiátrica en América Latina. Ed. Acta fondo para la salud mental. B. A. 1970.
- (4) Marconi, J. "Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implantación (1969-1970)". Rev. Act. psiquiát. Psicol. Amér. Lat., 1971, 17, 255.
- (5) Marconi, J. "Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención del alcoholismo". Rev. Act. Psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 1969, 15, 351.
- (6) Weinstein, L. "Alamedas para la renovación" Ed. Minga. Santiago. 1984. pág. 153.
- (7) Montero, M. "La psicología comunitaria: Orígenes, principios y fundamentos teóricos". Rev. Latinoamericana de psicología. V. 16#3 387-400. 1984.
- (8) Fals Borda, O. "La ciencia y el pueblo". En: Grossi; Gianotten; Wit. (editores). "Investigación participativa y praxis rural". Ed. CEAAL. Santiago. 1988.
- (9) Grebe, M.; Segura, J. "Psiquiatría Folklórica de Chile. Estudio antropológico de seis enfermedades vigentes". Rev. Act. Psiquiat. Psicol. Amér. Lat. 1974, 20, 367.
- (10) CEAAL "Conceptos de salud". En: Jornadas sobre salud y educación popular. Documento de discusión. Santiago. 1988.

«ESTRATEGIAS DE INTERVENCION COMUNITARIA DESARROLLADAS EN CHILE EN LA DECADA DE LOS OCHENTA»

Germán Morales F.

El presente trabajo es una segunda versión de un artículo denominado «Tipologías de intervención comunitaria desarrolladas en Chile en la década del '80 y estrategias en la actualidad», ya publicado en la Revista de Psicología de El Salvador, No.44, 1992, que forma parte de investigación mayor acerca de la psicología comunitaria en Chile en las últimas décadas, que hemos desarrollado en el área de psicología social aplicada de la Universidad Diego Portales en Chile, producto de la cual surge este libro.

En la década del '80 se han producido grandes cambios en América Latina, particularmente en el ámbito político y económico. En muchos países del continente se han experimentado severas crisis, en las cuales las intervenciones desde los modelos tradicionales respecto de la problemática social no han provocado los resultados esperados.

Es en ese contexto donde ha surgido «lo comunitario» como respuesta colectiva, pero con particularidades locales, metodológicas y conceptuales. Estas particularidades de ningún modo son un obstáculo para el desarrollo de la Psicología Comunitaria latinoamericana, sino que han permitido enriquecer la discusión y romper el aislamiento de valiosas experiencias.

Hoy día Chile se encuentra en un proceso de transición a la democracia, que al igual que otros procesos latinoamericanos, está permitiendo progresivamente disponer de mayores recursos para enfrentar problemas sociales, económicos, de salud, etc. Dentro de esa perspectiva se ha relevado el rol de la comunidad y la importancia del enfoque comunitario.

Sin embargo, al menos en Chile, referirse a «lo comunitario» ha pasado a ser un lugar común relativamente difuso. Como término es de uso común en todos los seminarios, jornadas, congresos; y en éstos se incluyen ponencias o paneles al respecto. No obstante ello, no se observa nitidez conceptual en referencia a lo que se denomina «comunitario».

Siguiendo a Rappaport (1975) la psicología comunitaria puede ser definida como un modelo de amplificación cultural que implica «búsqueda de alternativas a normas sociales establecidas», o «tener derecho a ser iguales y a teder acceso a los recursos de la sociedad en que se vive»

Maritza Montero (1989), dice que podría entenderse como el estudio de las formas de intervención social que pueden producir transformaciones indivacionales, conductuales e ideológicas que produzcan un cambio social, decidido y planificado por sus actores.

Si como planteara Maritza Montero en 1984, la definimos como una «rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucio nar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social». Esta definición implica pensar en que uno de los objetivos centrales de la psicología comunitaria es la toma de conciencia por la comunidad, acerca de su situación y sus problemas, así como de la posibilidad de resolverlos conjuntamente. En esa perspectiva el tipo de gestión comunitaria implica una autogestión tendiente a la emancipación y al cambio respecto de las condiciones en que se vive.

En dicha definición se deja entrever a la psicología comunitaria inserta desde una óptica ideológica clara de cambio social. Lo anterior enfatiza la eficacia y masividad de este tipo de intervenciones en lugares donde escasean los recursos a la hora de abordar los problemas de la comunidad desde la equidad.

Otra perspectiva define a la psicología comunitaria como psicología social aplicada, como lo planteara Ignacia Martín-Baro (1987). Es decir, como un tipo de intervención enmarcada en abordar los llamados «problemas psicosociales» de América Latina, también resaltando el tema del cambio.

En el caso chileno, las prácticas comunitarias han surgido muy ligadas a los objetivos de cambio social y en la década de los '80, entremezclada con prácticas políticas de base. Así, dichas prácticas sólo son concebibles -al metos en nuestro país-desde un enfoque interdisciplinario cuyo objetivo es el desarrollo logado a una perspectiva de cambio social, donde el concepto de desarrollo local ha ido cobrando gran relevancia. De este modo, para comprender la significación de lo comunitario y su relación con el problema del desarrollo es necesario revisar el contexto histórico a partir del cual ha surgido.

Como ya se ha afirmado en artículos anteriores, ha existido una tradición ya en la década de los '60 de la psicología comunitaria chilena, pero ella ha sido claramente institucional, en el sentido de ser pensada desde el Estado. Al producirse el golpe militar hay un claro quiebre, lo que explica de algún modo la no explicitación de herencia de los '60 (Marconi y Weinstein) en los textos dedicados a la psicología comunitaria de los '80. Así se comprende la aparición de las prácticas comunitarias, ligadas a la crisis de los '80.

La crisis de la que hablamos es una crisis del desarrollo o más rigurosamente, una crisis de los modelos de desarrollo. En ella el modelo capitalista de desarrollo, hegemónico bajo la denominación de economía social de mercado no logra los efectos redistributivos que permitan un desarrollo adecuado el terminos de equidad. En tanto el modelo socialista ha hecho crisis en sus ejecentrales, no pudiendo satisfacer plenamente los objetivos de desarrollo que se planteara y está siendo reemplazado por la economía social de mercado, lo que hagenerado una nueva crisis, la que conlleva desempleo, escasez de productos básicos, pauperización de diversos sectores sociales, etc. De este modo hoy se incuentran relativizadas muchas de las categorías tradicionales bipolares de málisis del desarrollo mundial.

La crisis expuesta no es una crisis clara, es decir, no sólo económica, ni social, política o cultural. Más bien parece ser una convergencia de factores que mervienen en estas crisis, donde el todo es más que la suma de las partes.

Como señala CEPAUR, esta crisis se expresa en:

3 180

- a) Lo político: Ineficiencia de la democracia política frente al poder financiero. Internacionalización progresiva de las decisiones políticas. Falta de control del pueblo sobre la burocracia de las instancias de poder político.
- b) Lo social: Fragmentación de las identidades colectivas. Falta de comunicación entre distintos movimientos sociales. Exclusión social y extrema pobreza.
- c) Lo cultural: Déficit de una cultura que facilita comportamiento democrático. Falta de ética en la vida social. Carrera armamentista.
- d) Lo económico: Mundialización de la economía. Dominación del capital financiero internacional. Crisis de los estados de bienestar.

Como vemos está es una crisis multifacética de una magnitud tal, que ha cenerado la pérdida de la capacidad de soñar, de plantearse utopías sociales alternativas al orden establecido.

Nuestro país no ha estado ajeno a esta crisis, quizás más que ningún otro da ha experimentado. En menos de tres décadas ha sido objeto del intento de implantación de cuatro proyectos globalizantes. Desde distintas posiciones ideológicas se ha pretendido refundar la sociedad chilena. Así, se han hecho ligunas propuestas que respondían más a la tradición histórica que otras, pero en definitiva todas las propuestas se acompañan de una visión de conjunto, de distintos modelos del desarrollo.

Los gobiernos de Jorge Alessandri (1958-1964), Eduardo Frei Montalva (1964-1970)¹, Salvador Allende (1970-1973)² han representado diversos propuestas al problema del desarrollo, y el luego el régimen militar de Augusto Lipochet que buscó por la fuerza imponer un nuevo proyecto fundacional.

En todos aquellos años (1958-1973) observamos el Estado asume su rol

Por éjemplo, fue durante la administración del gobierno demócrata cristiano que se establécieron los cimientos organizativos de los sectores hoy denominados "pobladores" que no eran considerados sectores de relevancia social por la izquierda que privilegia a ectores obreros). Ello se favoreció con lo que se llamó política de promoción social, conde se formaron las primeras juntas de vecinos, centros de madres, secretaría de ta liventud y se inició la reforma agraria que culminaría en la Unidad Popula.

fundamental como impulsor y regulador económico, social, político y cultural. Las organizaciones políticas (los partidos particularmente) ejercen como interlocutores de la sociedad civil frente al Estado. De diversos modos los partidos representan los intereses de los sectores sociales, siendo en esos años los canales privilegiados de participación.

Este proceso vivido hasta 1973 tendió a densificar la sociedad chilena, con múltiples organizaciones sociales, una vasta burocracia estatal y el acceso progresivo a servicios públicos como la salud, la educación, etc. De este modo, la sociedad chilena cada vez más diversa no logró plasmar un proyecto político que se hiciera hegemónico, más allá que el proyecto de cambio de la Unidad Popular logró ganar las elecciones, y contó con el apoyo de parte importante del movimiento popular.

Este proceso de transformación progresiva fue generando conflictos sociales cada vez mayores, no obstante existía un consenso, que aunque débil, permitía reformular caminos a partir de la competitividad política a través del sufragio, situación que cambia abruptamente con el golpe de Estado en 1973.

Con la instauración del régimen militar se rompe el consenso social de la contienda política en el marco democrático institucional. De ese modo, se cierran los espacios públicos de debate político, se proscriben los partidos, con lo cual el debate acerca de los modelos de desarrollo se cierra. Junto con la sociedad civil densificada y un movimiento popular con identidad propia que se desarticula, se fragmenta, producto de la política represiva del régimen.

En ese momento se articuló un nuevo proyecto fundacional, que más allá de la tradición histórica, pretende refundar la sociedad chilena sobre nuevas bases, y hasta hoy observamos sus consecuencias. Se implanta un modelo económico neoliberal basado en el mercado como regulador de la vida social, combinado con la Doctrina de Seguridad Nacional.

Desde dicho modelo el Estado asume un rol subsidiario, regulándose la economía a través de las leyes del mércado, requiriendo para ello de la privatización global del país. Para llevar a cabo dicho modelo se establecen disposiciones legales que favorezcan la inversión extranjera, y neutralicen las demandas del movimiento sindical.

Es en este escenario político-económico donde transcurre la actividad política, y el planteamiento de propuestas de desarrollo.

Así, se genera una crisisacerca del rol de las organizaciones políticas, que sin interlocución con el Estado demandan un replanteamiento de su rol y

asimismo de la viabilidad de sus proyectos. Ello está a la base de la sreflexiones hechas entre los años 1975-1980 donde se habla de replantear la política; ocupándose conceptos como renovación política, recreación de formas de hacer política, construcción del poder local, etc. La forma que asume ello en la práctica concreta es el trabajo a nivel de la base social, particularmente en los sectores sociales.

Entonces el trabajo político apunta a la reconstrucción del «tejido social»³, que significa en definitiva organizar a la comunidad tras la satisfacción de sus necesidades en el corto plazo. Ello empieza a contar con la solidaridad internacional promovida por los chilenos que se encuentran en el exilio, muchos de los cuales llegan al país a levantar instituciones que trabajan en la perspectivas de reconstrucción organizativa de ese modo, diversas agencias de desarrollo financian proyectos de trabajo que implican la rearticulación y desarrollo social al margen de la institucionalidad oficial.

Creemos que, es desde aquí, desde donde comienza a articularse el llamado desarrollo local como discurso que aglutina prácticas comunitarias, inicialmente llamada psicología poblacional.

Sin embargo, estas prácticas surgidas al alero de los partidos (particularmente de izquierda) y la iglesia se van autonomizando cerca de mediados del 1980, ya que los partidos se implican en la movilización social primero y electoral posteriormente.

Así el concepto de ONG o institucionalidad alternativa se expresa en el desarrollo de diversas actividades que abordan ahora principalmente el problema del desarrollo más que ia lucha política con el régimen, y allí es donde se insertan las prácticas comunitarias

En estas instituciones no gubernamentales se desarrollaron labores de investigación, asesoría, trabajo de base, atención, organización, etc. fundamentalmente en los sectores populares. La gama de área de trabajo ha variado desde las ollas comunes, «comprando juntos», hasta la autoconstrucción de viviendas, desde los comités de salud a los talleres de desarrollo afectivo, desde la investigación y reflexión política como actividad académica hasta la asesoría a sindicatos en negociación colectiva. La gama de actividades ha sido y es muy diversa, y constituyó una suerte de «mundo alternativo» paralelo a la institucionalidad oficial, que poseía una identidad propia, visiones de conjunto a tendencias en su interior. Según algunos estudios y catastros de FLACSO de a época, existían en 1987 más de cuatrocientas instituciones, y un sin número

² En esa época, desde el Estado, se revitalizó un rol de promoción social y cultural, estimulando la organización popular tanto en las organizaciones funcionales (como la CUT, Central Unica de Trabajadores) como territoriales (a nivel vecinal o de zonas industriales), Así durante el gobierno de la U.P. se alcanzaron crecientes grados de organización y participación comunitaria ligados al proyecto de la época.

El concepto de tejido social alude a la trama de organizaciones sociales existentes en un sotor, a lo que pudiéramos denominar densidad organizacional de monitores formados et ellos que desarrollan su trabajo a nivel popular. A pesar de la compleja trama de afectiva de desarrollan su trabajo a nivel popular de la compleja trama de afectiva de desarrollos y técnicos con diversas aproximaciones y tareas, existían ciertos de desarrollo, sobre las cuales cada tendencia a fua su énfasis.

Los fineamientos centrales a los que nos referimos implicaron un replanteamiento en distintos niveles: el rol del Estado, el rol dela organización social, el rol del profesional y la relación entre ellos. Desarrollo Local es un concepto que puede agruparlos:

(1) Reconstrucción del tejido social: se establece la necesidad e importancia de facilitar el desarrollo de las organizaciones populares, tanto a nivelurbano como rural. Se destaca la tarea de reorganizar a la comunidad a nivel vecinal en relación a problemas sociales (vivienda, salud, etc).

(2) Revalorización de los grupos: se privilegia a los grupos como unidad de trabajo, a la vez que a la dimensión de proceso se le da un lugar central en

el aprendizaje.

Revalorización de tareas de subsistencia: se asume la crisis económica con relativa estabilidad, y se pone énfasis en el desarrollo de recursos propios. Así, la subsistencia pasa a ser un problema colectivo, que requiere organización.

Fortalecimiento de democracia en la base: se procura generar decisiones a nivel de los grupos en base a pautas democráticas. Asimismo, se desarrollan organizaciones sectoriales (vecinal, comunal, etc.) y se tiende a valorar decisiones descentralizadas respecto de las tareas propias del sector.

S Reemplazo del rol de experto profesional: se reemplaza el rol de experto por el de asesor, de facilitador del proceso. Ello responde a la valoración de la sabiduría popular, y a la introducción de la investigación y planificación participativa.

6 Desarrollo de recursos no tradicionales: se utilizan recursos como la solidaridad, la organización, y tecnologías apropiadas que respeten al ser humano y la naturaleza en una perspectiva ecológica.

Desarrollo del poder local:se fortalece la identidad histórica local recreando los vínculos, revitalizando las demandas a nivel local, y estrategias de autogestión del poder que faciliten que la comunidad decida sobre sus áreas de competencia.

Todas estas prácticas ponían un acento en cambios en la subjetividad y la organización, y en lineamientos que pueden homologarse al planteamiento global de la Psicología Social Comunitaria que desarrollara Maritza Montero (1984).

TIPOLOGIAS DE INTERVENCION COMUNITARIA EN LA DECADA DEL '80

Si quisiéramos configurar una tipología en Chile, más allá de la acción de las ONGs, es posible diferenciar con nitidez cuatro tipos de intervención comunitaria, que pueden ser consideradas como ejes en la década de los '80 y autre conservan vigencia hoy:

A ORGANIZACIONES SOLIDARIAS

Como decíamos, con la instauración del régimen militar se desarticula finicialmente una sociedad civil densificada y un movimiento popular con dentidad propia, como producto de la política represiva del régimen dictatorial. Pero al mismo tiempo se articuló un nuevo proyecto fundacional, a través del cual se implanta un modelo económico neoliberal basado en el mercado como regulador de la vida social. Al asumir dicho modelo un rol subsidiario del Estado, la economía queda sujeta a las leyes del mercado, requiriendo para ello de la privatización global del país. Entre los altos costos sociales del modelo estaba la cesantía a nivel general.

Es en ese contexto donde surgen muchas instituciones no gubernamentales quienes desarrollan acciones destinadas fundamentalmente a los sectores populares.

Allí el problema de la subsistencia pasa a tener un lugar relevante, dada las carencias existentes en grandes sectores sociales que quedan excluídos de los beneficios redistributivos del sistema económico. Es entonces cuando surgen las llamadas organizaciones solidarias, inicialmente implementadas para dar respuesta a la emergencia.

Este tipo de organizaciones pasan a llamarse Organizaciones Económico-Populares (OEP). Entre las más destacadas se encuentran las «ollas comunes», los «comprando juntos», grupos de «autoconstrucción de viviendas», y orgahizaciones de tipo productivo, muchas de las cuales todavía existen⁵.

Dichas organizaciones desarrollan una práctica comunitaria, por lo general con asesoría profesional, centrada en la subsistencia. Para ello tienen la autogestión como eje de optimización de recursos, así como la asunción de un marco valórico donde la solidaridad juega un rol productivo.

Algunas de ellas se han transformado en cooperativas con personería jurídica

La práctica de las ONGs tenía como referencia, como discurso ideal, los lineamientos planteados. No obstante, muchas veces la práctica concreta distó mucho de esas líneas de acción. De hecho también se generaron procesos regresivos para las organizaciones, o sólo fueron experiencios testimoniales de corto alcance.

La metodología de formación de estas organizaciones así como su gestión, obedece claramente a un tipo de intervención comunitaria, donde se asume como referencia teórica y metodológica a la Educación Popular en una perspectiva de Desarrollo Local, integrando además un enfoque económico que va más allá de la economía formal y que conceptualiza energías productivas en la organización colectiva.

Lo interesante de consignar respecto de este tipo de práctica comunitaria, es que más allá de la coyuntura, con el tiempo se ha ido consolidando como forma de intervención, que permite no solo enfrentar el problema de la subsistencia, y el trabajo que no es homologable al empleo (Hoppenhayn, 1987). Más bien este tipo de intervención permite desarrollar control y poder de los sujetos respecto de la solución de sus problemas.

Sin embargo, es necesario dejar claramente establecido que en la teorización de la práctica desarrollada por las organizaciones solidarias no se acude, al menos explícitamente a la psicología comunitaria, sino al enfoque educativo de Paulo Freire y Orlando Fals-Borda, cuyas propuestas educativas surgen en los '60, y se reúnen con algunos aspectos de la llamada" Economía a Escala Humana" (Max-Neff et al, 1986).

II.- REDES DE EDUCACION POPULAR

Como reciénse mencionaba, la Educación Popular es una práctica, a la vez que constituye una visión teórica de los procesos grupales y comunitarios.

En Chile la educación popular se desarrolló plenamente en la década del '80, no obstante su historia es muy anterior. Hoy cuenta con vigorosas organizaciones e instituciones que poseen una extensa red en el país, donde participan toda una gama de monitores y grupos populares. Dichos grupos se encuentran en diversos lugares desarrollando su acción en el marco de programas de organismos no gubernamentales, cuyo trabajo incluye el ambito rural.

Continúan estos programas que cuentan diversas temáticas, pero su trasfondo ha sido una transformación cultural, por lo cual el Cómo es más importante que el Qué. Al respecto, Paulo Freire (1971) ve en la cultura popular una situación de dominación caracterizada por una deshumanización expresada en una conciencia ingenua y no reflexiva, es decir, de asimilación de todo tipo de patrones culturales, aún cuando muchos de ellos no tengan correspondencia con la situaciones de vida real de los sectores populares. Por ello aquí la intervención comunitaria tiene como objetivo la transformación subjetiva de los sectores populares.

Son sorprendentes algunos resultados de este tipo de intervenciones. En la mayoría de los casos son desarrolladas por monitores, quienes han sido

capacitados o son asesorados por profesionales. Se supone dichos monitores tienen un efecto multiplicador sobre la comunidad, lo que no es real si se entiende de modo mecánico.

Existen hoy una serie de manuales de todo tipo, que van desde manuales de organización de juntas de vecinos hasta materiales de salud mental⁶.

Lo que distingue a toda esta práctica es su identidad dentro del movimiento de educación popular, pero creemos que también pueden ser leídas como prácticas de psicología social comunitaria en el contexto latinoamericano. En ése sentido es interesante observar la inserción diferente de la psicología comunitaria chilena de la psicología comunitaria latinoamericana.

III.- PROGRAMAS DE DESARROLLO COMUNITARIO

Son escasos los programas que llevaron esa denominación en Chile en la década del '80. Actualmente los existentes son de tipo municipal y algunos de ONGs con enfoques relativamente tecnificados.

Estos programas eran diseñados con el fin de abordar problemas sociales a través de la comunidad, para lo cual se utilizaba a la comunidad desde un equipo altamente calificado. De allí que existe un énfasis técnico, por lo que la comunidad como potencial de gestión, se entiende como una metocología más eficiente y eficaz para abordar problemas comunitarios al existir un déficit permanente de los recursos para ello.

Entonces «lo comunitario» pasa a ser un medio que facilita el logro de objetivos trazados desde la institucionalidad.

Aquí radica la gran diferencia de esta aproximación con la educación popular, que se constituye como una práctica subjetiva de transformación social.

En este tipo de programas lo central ha sido como desarrollar los recursos comunitarios en función de mejorar los niveles de calidad de vida. Así se diseñan e implementan, por ejemplo, proyectos orientados a intervenir en las redes sociales o a intervenir en la organización de una comunidad recién constituida como producto de una erradicación. En este tipo de intervención pueden verse efectos virtuosos tanto en la salud mental como en la exploración de estrategias de sobrevivencia de la comunidad.

El programa "Nos juntamos y..." del CIDE (Centro de Inyestigaciones en Educación) es un programa de autoaplicación para problemas de pareja. De éste ya existe una vasta red de participantes, y aún cuando no está concebido como tal es un programa de salud mental Comunitaria. Muchos de estos materiales fueron expuestos en el primer encuentro de discusión e intercambio de materiales de salud mental poblacional realizado en mayo de 1989

Generalmente en esta práctica se intentaba sectorializar las unidades de trabajo en forma geográfica, como por ejemplo tomando las unidades vecinales y concibiendo el desarrollo del programa con intervenciones simultáneas. También dentro de esta modalidad la evaluación aparecía como de primera prioridad, y se aplicaban mediciones pre y post intervención. Ello no resta que podían haberse aplicado intervenciones prediseñadas extraídas de los programas de educación popular, que utilizan un modelo iluminativo de evaluación, que es fundamentalmente cualitativo y discursivo.

- Esta práctica puede ser enmarcada teóricamente en lo que se ha denominado la psicología social para el desarrollo, que asume a la psicología comunitaria como una estrategia de cambio planificado.

Dentro de este enfoque se ubican fundamentalmente una serie de centros municipales, cuyo aspecto distintivo de otros centros municipales o ONGs era su no centramiento en la temática de salud, sino su apertura a la globalidad del desarrollo comunitario. Sin embargo, este tipo de programas fueron escasos, ya que la mayoría de los centros municipales estaban centrados en salud. Hoy tienen un desarrollo importante con la expansión de algunos programas, y la definición técnica de los mismos.

Ello se diferencia con visibilidad de lo que son la mayoría de los programas comunitarios donde participan psicólogos, cuya identidad básica todavía está dada por el tema de salud mental.

IV - PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIA

Genéricamente nos referimos a programas tanto de salud física como mental, que se asumen en el marco de la psicología o la psiquiatría comunitaria. Lo distintivo de este tipo de intervención ha sido que sus objetivos centrales ponen a la salud como eje. Lo central aquí es elevar el nivel de salud de la población, promover la salud, favorecer el desarrollo sano, bajar la mortalidad o morbilidad, etc. Es decir lo comunitario está concebido como una intervención en la salud.

Han existido diversas modalidades de programas, que hoy aparecen como más nítidas:

- 1.- Aquéllos que entienden tanto el diagnóstico como la intervención desde y con la comunidad.
- 2.- Aquéllos que asumen la salud como un tema a partir del cual desarrollar la organización popular.
- 3.- Aquéllos que adscriben a la definición de lo comunitario en el marco de la atención primaria en salud.

En la década del 80'estas modalidades estaban insertas dentro de tres espacios: el Servicio Nacional de Salud, los Centros de Adolescencia Munici-

pales y las Organizaciones No-Gubernamentales. Las relaciones entre ellos fueron escasas por la situación política, especialmente cuando las ONGs se asumían como la sociedad alternativa y lo estatal y municipal como la sociedad official. En el mundo de las organizaciones no- gubernamentales se desarrollation una serie de estrategias innovadoras, dado que se asumía un papel de recambio. Las Organizaciones No Gubernamentales realizaron una serie de programas a lo largo del país. La mayoría de las experiencias tuvo fuertes componentes innovadores, teniendo muchos de estos programas el carácter de proyectos piloto. Muchas desarrollaron prácticas comunitarias en el ámbito de la salud mental bajo el término de salud mental poblacional y se enmarcaron fanto en los lineamientos planteados respecto del desarrollo local como destacando la herencia de los '60 (Marconi y Weistein).

En este ámbito sería difícil establecer un marco teórico global, no sólo respecto de las modalidades de intervención, sino también respecto de la definición de salud. En el área de la salud mental, éste ha sido y es un punto particularmente crítico, ya que existen muchas diferencias conceptuales y prácticas. Allí el tema de la participación de la comunidad es un rasgo que debe ser tomado en cuenta, y no es sólo un problema técnico sino también ideológico. Pampoco ha existido una rígida adscripción institucional, ya sea en lo estatal o municipal, sino una gran diversidad, aún cuando es posible visualizar algunos modelos teóricos.

Desde la tradición de la psiquiatría comunitaria (Hoschman, 1979) y del movimiento de salud mental comunitaria norteamericano, puede ubicarse el marco teórico que de alguna manera dio origen a los centros de adolescencia municipales. No obstante no fue explicitado un modelo teórico, y los centros evolucionaron con desarrollos propios. Sin embargo, las lógicas de las prácticas comunitarias prefiguraban el modelo norteamericano. Este modelo surgió en la crisis de la psicología clínica como respuesta a los problemas de salud mental y concibe lo comunitario como un plano de acción para desarrollar políticas masivas de la salud mental que tengan impacto sobre la población. Las referencias teóricas tienen como trasfondo concepciones ligadas al modelo médico tradicional y a la psicología clínica.

Aquí la comunidad está vista como recurso para la instalación de programas concebidos para abordar temáticas específicas como fue la de drogas en esa época⁷.

Las centros de adolescencia nacieron a través de un decreto de 1979, que crcó la Comisión Nacional de Drogas, y que implementó para ello los centros de adolescencia municipal que dependían del Ministerio de Justicia.

En el ámbito estatal en salud mental, los programas de psicología comunitaria, realizados en la década del 80 no fueron de grandes magnitudes, pero los pocos existentes se ubicaron dentro de la óptica de la operacionalización del concepto de atención primaria. Además, eran programas concebidos con acciones sólo desde el SNS (Servicio Nacional de Salud), o cuando sumo considerando lo municipal.

Es necesario afirmar que durante la década del '80 los psicólogos chilenos insertos en esta área estuvieron centrados en la temática de la salud mental en lo que respecta a los tipos de intervención comunitaria, ya que los programas de organizaciones solidarias y educación popular no incluían muchas veces la participación de psicólogos. Paradojalmente lo comunitario todavía es una práctica poco consolidada, en términos de sus definiciones conceptuales, así como de aportes mayores que salgan del marco innovativo a pequeña escala.

Quizás es más justo decir que más que carencias teóricas hay diferencias teóricas y ausencia de consensos, ya que la salud constituye un valor importante de la sociedad chilena, y más allá de la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud), que todos comparten, esta es susceptible de diversas interpretaciones y aplicaciones desde distintos prismas ideológicos y no sólo técnicos. Ello explica, por qué las intervenciones más desarrolladas por los psicólogos sean en el área de la salud mental, y no en intervenciones que apunten al desarrollo comunitario, o prácticas como la educación popular y las organizaciones solidarias.

ESTRATEGIAS COMUNITARIAS Y TRANSICION DEMOCRATICA

En los años siguientes se han venido cristalizando algunos modelos teóricos en discusión. El término del régimen militar y el paso a una transición la democracia en Chile ha sido un proceso en extremo complejo. Esa complejidad ha sido parte de la reorganización global de la sociedad chilena después del plebiscito de 1988.

De allí en adelante lentamente se han comenzado a plasmar una serie de cambios a fin de abordar la llamada «deuda social», que quedó como producto de la pauperización de los sectores populares durante el régimen dictatorial.

Para ello se redefinió la política en salud optándose por dar prioridad al fortalecimiento de la atención primaria, buscando fórmulas de coordinación del Estado con los municipios y las organizaciones no gubernamentales.

Específicamente en el área de salud mental, que es donde más se ha desarrollado la psicología comunitaria como tal en Chile. Al respecto llaman la atención las metas establecidas por la unidad de salud mental del Ministerio de Salud del actual gobierno.

Las metas establecidas son las siguientes (MINSAL, 1990):

- (1) Incrementar la red de recursos humanos y físicos para la atención clínica y/o psicosocial de los problemas de salud mental.
- (2) Lograr avances sustantivos hacia la percepción social de que aumentan la nivel de bienestar psicológico y social es una tarea de todos los sectores sociales: promoción de la salud mental.
- (3) Proveer las bases técnicas y científicas para una legislación que promueva y proteja efectivamente el bienestar psicológico y psicosocial de los chilenos.

Asimismo, a partir de la meta 2 se establecen acciones de carácter intersectorial y comunitario.

Las acciones de carácter intersectorial se relacionan con promoción de coordinaciones entre diversas instituciones (salud, educación, justicia, municipios, iglesias, ONGs), y también representantes de organizaciones comunitarias, reactivación comisiones mixtas salud-educación; y reorientación y coordinación de una red de centros comunitarios de salud mental familiar⁸.

Nombre bajo el cual se han agrupado la mayoría de los centros de adolescencia creados duránte el régimen militar, dependientes del Ministerio de Justicia y centrados anteriormente en la temática de las drogas.

Las acciones de carácter comunitario se relacionan con acciones conjuntas del Servicio Nacional de Salud (SNS) con las ONGs, ampliación del horario de atención en salud mental con jornadas vespertinas, y trabajo con los medios de comunicación.

Mas allá de la concreción de dichas metas queda claramente establecido un cambio conceptual. La referencia a lo psicosocial como un ámbito complementario y diferenciado de lo psicológico, así como la sola mención de la intervención psicosocial en la salud mental dan cuenta de un marco teórico distinto al tradicional de salud.

Dicho marco teórico muestra la influencia de la psicología social que establece factores psicosociales que intervienen directamente sobre la salud mental de las personas. Entonces se relevan categorías como redes sociales, identidad, eventos estresantes, que se ubican en una perspectiva de diagnóstico e intervención a nivel comunitario.

En el ámbito municipal también se operan cambios que han implicado una redefinición de los recursos municipales en salud.

Estos centros han tenido básicamente tres orientaciones:

- (1) Plantearse como centros de desarrollo comunitario teniendo como eje la activación de los recursos de la comunidad para la resolución de sus problemas. De allí que existe un énfasis técnico, por lo que la comunidad como potencial de gestión se entiende como una metodología más eficiente y eficaz para abordar problemas comunitarios.
- (2) Plantearse como centros comunitarios de atención en salud mental familiar, reconsiderando a la familia como foco de acción desde una perspectiva sistémica y comunitaria, fuertemente influida por el mental health community norteamericano. Los programas de este tipo de centros buscan complementarse y de algún modo integrarse al SNS.
- (3) Replantearse como centros juveniles de orientación cultural tertiendo como eje la intervención en salud mental desde una lectura psicosocial y cultural. El énfasis está puesto en las metodologías de trabajo más que en ejes temáticos preestablecidos, y busca una reorientación del uso del tiempo libra por parte de los jóvenes.

Por otro lado, las organizaciones no gubernamentales también han sufrido un reordenamiento, que implica la desaparición de algunas, y una tendencia a la especialización, las que muchas veces intentan aparecer como nexo con la comunidad a los ojos del Estado.

En esta área los recursos económicos adquieren un aspecto crítico, especialmente cuando se ha desarrollado una práctica autónoma que es de difícil adaptación a la dinámica estatal o municipal. Por ello se establecen

convenios de prestación de servicios, y concursos públicos de fondos fiscales de importancia relativa (FOSIS y MINSAL/ONG).

Todos sabemos que programas realizados desde equipos consolidados y diseñados a pequeña escala no son aplicables mecánicamente desde el Estado menos aún si se piensan con cobertura nacional.

Del lado de la acción estatal, ésta tiene complejidades organizacionales, que hacen de la toma de decisiones y de la asignación de recursos aspectos eríticos.

Aquí comienzan las dificultades de la llamada acción intersectorial, porque se agrega una dimensión no existente previa a la transición democrática. Convergen y se conflictúan entonces distintas concepciones y tradiciones organizacionales de la acción comunitaria en salud mental.

Como ya veíamos se mantienen las distintas modalidades de programas:

Aquéllos que entienden tanto el diagnóstico como la intervención desde y con la comunidad.

Aquéllos que asumen la salud como un tema a partir del cual desarrollar de organización popular.

3.-Aquéllos que adscriben a la definición de lo comunitario en el marco de la atención primaria en salud.

En el área de la salud mental los modelos teóricos muestran grandes diférencias conceptuales y prácticas. Allí, el tema de la participación de la comunidad continúa siendo un rasgo que debe ser tomado en cuenta, no sólo es un problema técnico sino también ideológico.

Como decíamos no es posible establecer una rígida adscripción institucional, ya sea en lo estatal municipal u ONG, a un modelo teórico, sino insualizar tendencias y énfasis.

Un marcoteórico es el que concibe la intervención comunitaria en la salud mental como psicología social aplicada. Es decir, se asume a la salud mental sociada a una serie de factores psicosociales, como pueden ser identidad, redes sociales, eventos estresantes, autoestima, habilidades sociales, etc (Páez, 1987). De ese modo, se diagnostica e interviene desde lo psicosocial diferenciándolo de lo psicológico, como puede concebirse una intervención clínica.

No siempre, pero en muchas ocasiones, quienes desarrollan este enfoque ligado a lo esicosocial reconocen su pertenencia al enfoque conductual cognitivo.

Dicha perspectiva reubica el plano de la intervención clínica, ya que muchos de estos programas cuentan con atención psicológica, ya sea individual, grupal o familiar, pero se plantean la intervención comunitaria como la posibilidad real de intervenir sobre la salud mental de la población. Muchas veces más que utilizarse el término comunitario se ocupa el término psicosocial, aludiendo al plano de la intervención y por lo tanto resituando lo intrapsíquico, pero no negando su importancia, o no considerándolo como relevante en la salud mental.

Se observan otros marcos teóricos que también consideran lo psicosocial e intervienen en dicho plano, pero tienen una concepción de salud mental muy amplia ligada al concepto de calidad de vida. Este tipo de marco tiene raíces dentro de la orientación psicológica humanista, y por tanto tiene una concepción holística de las personas, y su accionar entonces puede ser caracterizado como más cultural. Específicamente se utiliza el término racionalidad integradora (Weinstein, 1988) para entender a dónde apuntan las acciones comunitarias tendientes a favorecer un nuevo estilo de desarrollo que pudiera ser definido como ecológico.

En dicha perspectiva lo intrapsíquico tiene un lugar relevante, ya que se supone que estas acciones comunitarias pueden ir transformando subjetivamente a los individuos. En ese sentido hay ciertas similitudes con la comprensión de lo comunitario que se hace desde la educación popular, en términos de transformación cultural y subjetiva inserta de alguna manera en una utopía social. También, aunque con menos desarrollo en Chile, existen algunos planteamientos de lapsicología comunitaria ligada a la tradición psicoanalítica. Más particularmente están influenciados por la psicología social psicoanalítica argentina, que desarrolló Pichon-Rivière. Dentro de este enfoque ha sobresalido la metodología de los grupos operativos, así como la importancia de considerar a los equipos de trabajo como focos de intervención. El desarrollo de proyectos inspirados en este modelo ha sido importante en prácticas comunitarias desarrolladas con mujeres y en el tema de la educación sexual en la formación de monitores.

Por otro lado, desde la ya mencionada psiquiatría comunitaria y del movimiento de salud mental comunitaria norteamericano, es posible ubicar otro modelo. Lo importante en éste es el desarrollo de políticas masivas de salud mental que tengan impacto sobre la población. Sigue siendo una concepción más ligada al modelo médico tradicional y a la psicología clínica¹⁰.

La comunidad es vista sólo como recursos. En su concreción son visibles centros de atención psicológica que establecen diferentes modalidades de atención (individual, grupo y familiar), junto con promoción de actividades de educación sanitaria de importancia relativa.

La toma de conciencia por la comunidad, acerca de su situación y sus problemas en salud mental, está presente en todos los enfoques, así como de la posibilidad de resolverlos conjuntamente. Sin embargo, la psicología social comunitaria constituye un marco teórico de gran influencia y tiene un mayor énfasis en la Autogestión, en el sentido de decidir, controlar y realizar la acción transformadora; lo que significa autodeterminación, autodirección e identidad como grupo (Montero, 1989).

Revisando esta historia, también el rol del psicólogo en la psicología comunitaria ha ido evolucionando desde el de un agente de cambio social, en la perspectiva de una psicología para el desarrollo y para la superación de la dependencia, a un énfasis más técnico que da cuenta de una especialidad profesional. Por ello quizás, en Chile la discusión al interior de la psicología comunitaria sobre la salud mental, no tiene hoy ribetes tan radicales en términos de discusión ideológica directa, salvo algunas excepciones. Lo que se pone en juego son aproximaciones técnicas a problemas compartidos, el nivel de participación y gestión de comunidad, y credibilidades de la acción comunitaria y de quienes la sostienen.

Podemos concluir que durante los ochenta hay una nueva herencia fructifera, sobre todo por la cantidad de experiencias y enfoques metodológicos, que sin duda reconocen pertenencias a los aportes de los sesenta, a la crisis de los '80 y al intento de la psicología chilena de tomar los temas nacionales.

Creemos por último que procuramos hacer un esfuerzo ordenador, que tiene esas pretensiones, más allá de las profundizaciones conceptuales que son los desafíos actuales.

¹⁰ Es necesario acotar, que si bien existen algunas conceptualizaciones de aproximación a lo comunitario desde la teoría sistémica, en Chile en la década del 80 no constituyó una práctica reconocida como tal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Freire, P.
- Pedagogía del oprimido, Siglo XXI, México, 1971.
- 2.- Fuentealba, R.
- Red de centros comunitarios de salud mental familiar, Mimeo, Santiago, 1990.
 - 3.- Hoppenhayn, M.
- •El trabajo: Itinerario de un concepto. Ediciones PET (Programa de Economía del Trabajo/Academia de Humanismo Cristiano), Santiago, 1987.
 - 4.- Hoschman, P.
- Hacia una psiquiatría comunitaria. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1975.
 - 5.- Marín,G.
- •Hacia una psicología social comunitaria. Revista Interamericana de Psicología, 12 (1), 1980
 - 6.- Martín-Baró, I.
- Limitaciones en el ejercicio de la psicología social aplicada. Ponencia XXI Congreso Interamericano de Psicología, La Habana, Junio 1987
 - 7.- Max-Neff, M.

Elizalde, A.

Hoppenhayn, M.

- Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. Dialogue, número especial.
 - 8.- Montero, M.
- Definiciones, Conceptos básicos y Rol del Psicólogo en la Psicología Comunitaria, Conferencia realizada en Chile, Universidad Diego Portales, Agosto de 1989.
 - 9.- Montero, M.
- La Psicología Comunitaria: Orígenes, principios y fundamentos teóricos.

Revista Latinoamericana de Psicología, 16 (3), 1984.

10.- Morales, G.

- Las organizaciones no-gubernamentales (ONG) en Chile: una respuesta posible a la crisis del desarrollo. Mimeo, s/publicar, Area psicología social aplicada, U.Diego Portales, agosto, 1988.
 - 11.- Morales, G.
- Tipologías de intervención comunitaria en Chile en la década de los '80. Ponencia XXIII Congreso Interamericano de Psicología, San José, Costa Rica, 1989.
 - 12.- Morales, G.
- Estrategias de intervención comunitaria y transición política en Chile en la década de los '80. Ponencia XXIII Congreso Interamericano de psicología, San José, Costa Rica, 1989.
 - 13.- Páez, D.
- Factores psicosociales y salud mental. Editorial Fundamentos, Barcelona, 1987
 - 14.- Pichon-Rivière, E.
- El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
 - 15.- Rappaport, J.,

Dav.dson, W.S.,

Wilson, M., y

Mitchell, A.

- *Alternatives to blaming the victim or the environment: Our places to stand and have not moved the earth. American Psychologist, 1975, 30, 525-528
 - 16.- Weinstein, L.
 - · Alamedas para la renovación. Ediciones Minga, Santiago, 1988.

ESTADO ACTUAL Y PROYECCIONES PARA LA EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL (°)

Rubén Alvarado M.

I - INTRODUCCION

Este trabajo tiene por objeto realizar algunas reflexiones acerca del conocimiento epidemiológico en el campo de la salud mental: su evolución, los avances en la realidad chilena y las áreas de proyección. No se pretende hacer una recopilación y presentación en extenso de los datos existentes, sino más bien una revisión analítica y comprensiva.

En un primer acercamiento a este problema es preciso que la discusión se inicie desde las definiciones de epidemiología y salud mental.

La visión más clásica de la epidemiología gira en torno a concebirla como la «ciencia de las epidemias».

Barker (1) la describe como:

« el estudio de la distribución y determinantes de enfermedad en las poblaciones «.

Para la Asociación Epidemiológica Internacional (1) es:

« el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de enfermedades en poblaciones humanas «.

Sin embargo, este acercamiento centrado en la enfermedad y su descripción ha dado paso a concepciones más amplias que estudian el fenómeno de la salud y el bienestar, que buscan la identificación de factores de riesgo o protectores de este estado y con una clara orientación al desarrollo de los sistemas de salud.

Un ejemplo de esto es la definición entregada en la IV Conferencia de Directores de Salud Pública (Puerto Rico, 1964) (2):

«es la ciencia encargada del estudio de las condiciones ecológicas que condicionan los fenómenos de salud y enfermedad en los grupos humanos, a fin de establecer las causas, mecanismos y procedimientos tendientes a promover y mejorar la salud«

* Este trabajo es una actualización del artículo "Epidemiología en Salud Mental: Algunas reflexiones críticas", publicado en Salud y Cambio, Revista Chilena de Medicina Social, Nº9, 1992,

Por otro lado, tampoco resulta fácil definir el campo de la salud mental. En la práctica se ha confundido éste con la psiquiatría, de tal forma que gran parte les trabajos epidemiológicos en esta área se refieren a problemas asicopatológicos.

El campo de la salud mental sería un lugar donde se entrelazaría la aplicación de diferentes ciencias sociales y del comportamiento, cuya finalidad es la obtención de mejores niveles de bienestar psicosocial en una comunidad, no sólo la presencia o ausencia de enfermedad mental. Bajo esta visión, la psiquiatría sería una de las fuentes que nutre el campo de la salud mental y este altimo uno de los componentes del quehacer en salud general.

Concordante con esta idea, J. L. Martí Tusquets y M. Murcia (3) han definido la salud mental como un proceso en el que el individuo pueda:

- interrelacionarse satisfactoriamente con sus semejantes,
- conocer bien su ambiente (ventajas e inconvenientes) con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo,
- ello supone identificar y asumir un rol social específico con objeto de potenciar su personalidad,
- que le permitirá solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones que vayan surgiendo,
- consiguiendo, finalmente, una adaptación flexible a su medio y al juego de influencias e interacciones que ello comporta.

Así mismo, ellos (3) señalan que la salud mental se puede evaluar en orden a:

- · carencia de trastorno mental,
- · lo que supone un comportamiento adecuado al entorno habitual,
- que sugiere un buen conocimiento y aplicación de las normas sociales por parte del sujeto y equivale a adaptación, y
- personalidad estructurada en la que prevalece su unidad, con propósito de establecer el adecuado juego de roles que permitan la correcta percepción de la realidad circundante.

Esta amplitud del campo ofrece la posibilidad de generar un espacio de trabajo conjunto, donde diferentes ciencias puedan potenciar su conocimiento y sus aplicaciones. Sin embargo, en este hecho radica el riesgo de no poder conformar una identidad clara y compartida. Un ejemplo de esto son las diferencias en relación al objeto de análisis de la salud mental: para algunos autores éste es el individuo (Jahoda) y para otros puede extenderse a la sociedad enferma» (Fromm, Moreno) (4).

Como se desprende de lo señalado hasta ahora, la manera en que se definan

los conceptos de epidemiología y de salud mental traduce una ideología que sustentará la forma de aproximarse a este problema y que a la fecha ha carecido de homogeneidad.

A continuación veamos las aplicaciones que la epidemiología puede tener en este campo (1,3,5):

- 1. conocer las características que una enfermedad asume dentro de una comunidad específica, en un momento determinado;
- 2. esclarecer aspectos biológicos, psicológicos, sociales y del medio ambiente, vinculados a la génesis y mantención de un trastorno (factores de riesgo v/s factores protectores);
 - 3. definir e identificar poblaciones en alto riesgo
 - 4. aislar posibles causas con el objeto de actuar sobre ellas;
 - 5. estudiar las tendencias históricas de la enfermedad;
- 6. evaluar sistemas de acción en salud mental (métodos diagnósticos, de prevención, terapéuticos, etc.) y contribuir a la administración de éstos;
- 7. entregar elementos para una lectura crítica de la literatura científica.

 Como se aprecia los aportes que la epidemiología puede hacer son significativos, sin embargo el desarrollo de esta en el área de la salud mental aún es escaso.

II.- DESARROLLO DE LA EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL EN CHILE

2.1.- Breve síntesis del desarrollo histórico

Desde la década de los 50 hasta comienzos de la década de los 70 Chileocupó un lugar protagónico dentro de Latinoamérica en la investigación
epidemiológica en psiquiatría. El trabajo de Horwitz y cols. (6) en 1958 marca
el inicio de una producción científica en este campo que es continuada por J.
Marconi y su equipo (7), y que se caracteriza por la realización de estudios de
mediana y gran envergadura, que buscan abordar la gran mayoría de los
principales problemas psiquiátricos, con un adecuado desarrollo metodológico
(definiciones operacionales de modelos psicopatológicos, sistema de muestres,
etc.), por la incorporación en el análisis de aportes de otras ciencias sociales (en
especial de la antropología) y por el entrelazamiento con la formulación y
aplicación de programas intracomunitarios destinados a enfrentar los proble-

mas (7,8).

También, a fines de este período se realizan los primeros estudios de prevalencia de desórdenes mentales (centrados en trastornos emocionales y asicofisiológicos) entre consultantes a servicios de medicina (9).

Desde mediados de los 70 hasta mediados de la década de los 80 casi toda ja producción en este campo estuvo marcada por el estudio del alcoholismo, en cuanto a prevalencia de tipos de bebedores, tanto en población adulta general (9,10), trabajadores (11) y escolares (12,13,14), factores asociados al consumo anormal (15,16,17), implicancias para el nivel de salud y la economía de Chile (18) y análisis de tendencias históricas (19). Se caracterizan - en general - por ser de pequeña envergadura, pero se extienden a diferentes zonas del país permitiendo la comparación entre éstas. Para un mayor detalle de los datos véase los trabajos de A. Pemjean (10) y E. Medina (9).

La epidemiología psiquiátrica infanto-juvenil ha tenido un escaso desarrollo en mestro país (20). Sin embargo, hay estudios que son de muy buen nível y que logran profundizar más allá de la descripción de los problemas (21).

En el último tiempo se ha producido una expansión de la investigación de este campo, en el cual se destacan los siguientes seis aspectos:

- la apertura a problemas conductuales que previamente no habían sido considerados, tales como el hábito de fumar (22,23) y el consumo de drogas (24,25,26,27) y psicofármacos (28);
- la preocupación por problemas psicológicos, que han ido cobrando importancia este último tiempo, como es el caso de los trastornos psicológicos del embarazo y el puerperio (29,30);
- la búsqueda de relación entre factores emocionales y ciertos problemas relevantes de salud (31);
- la incorporación de categorías psicosociales en la génesis de trastornos mentales (32);
- el estudio de la relación entre problemas de salud mental (trastornos emocionales y beber problema) y la demanda de atención en servicios de medicina (9,33,34,35,36,37,38); y
- · la realización de estudios de prevalencia de desórdenes mentales utilizando metodologías modernas de uso internacional (39).

Es necesario hacer la salvedad que algunas de las investigaciones que fueron señaladas anteriormente no tuvieron una orientación epidemiológica, pero que por su diseño y resultados contribuyeron al conocimiento de la realidad chilena en este campo.

2.2. Algunos datos de los estudios chilenos de epidemiología en salud mental

A continuación se describirán los hallazgos más relevantes en esta

materia.

2.2.1. - Prevalencia de desórdenes mentales

Los primeros 3 estudios que investigan la prevalencia de desórdenes mentales fueron hechos entre 1958 y 1968 en la ciudad de Santiago (6,7).

La tabla siguiente muestra sus resultados (7):

Trastorno	Población encuestada	Gran Stgo.	Sector Independenci	Gran Stgo.
e	(edad)	1957-58	1965-66	1967-68
Oligofrenia	> 1 año	1.2 %	1.1 %	1.2 %
Epilepsia	> 5 años	2.0 %	0.9 %	1.1 %
Neurosis	> 5 años	10.0 %	8.0 %	15.3 %
Psicosis	> 15 años	0.7 %	0.4 %	0.3 %
C.O.C.	> 15 años	0.7 %	1.4%	1.5 %
Alcoholismo	> 15 años	5.1 %	1.9 %	2.0 %
Total (tasa cruda)	todas las edades	19.0 %	11.9 %	17.5 %

Estos trabajos se basaron en conceptos y definiciones propias de ese momento, por lo cual no son estrictamente comparables con datos más actualizados.

Sólo en los años recientes el Dr. B. Vicente y su equipo están realizando una serie de trabajos para actualizar nuestros datos de prevalencia en trastornos mentales (39).

Sobre una muestra poblacional de 800 personas residentes en la provincia de Concepción (52.5% de mujeres y 47.5% de hombres) y utilizando una adaptación del CIDI CORE (basado en el CIDI y el DIS), encontraron los siguientes datos de prevalencia de vida (62):

Trastorno	Porcentaje	(EE)	
Algún trastorno			
CIDI / DIS	36.50	(1.70)	
T of oating	17.20	44.0	
Tr. afectivos	16.38	(1.31)	
Fr. ansiosos/somatoformes	16.63	(1.31)	
r. dependencia de sust.			
sicoactivas y alcohol	11.63	(1.13)	
7. èsquizofrénicos	2.88	(0.59)	
Personalidad artisocial	1.88	(0.48)	
stres post-traumático	4.00	(0.69)	
Deterioro psico-orgánico severo)	4.75	(0.75)	
Sovero j		• · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	

Es importante resaltar el hallazgo de que poco más de un tercio de la población presenta o ha presentado un trastorno mental de los que fueron explorados.

22.2. Estudios de tipos de bebedores de alcohol

En esta área se vienen realizando trabajos en forma ininterrumpida desde ines de los 50. Casi todas las investigaciones de prevalencia de tipos de jebedores en adultos usan instrumentos similares, por lo cual son comparables usa resultados.

Se tiende a aceptar la siguiente distribución de frecuencia:

Abstemios	20 %
• Bebedores moderados	60 %
• Bebedores excesivos	15 %
Alcohólicos	5 %

Las cifras más altas fueron encontradas en Andacollo (IV Región), en población de pequeña minería y pirquineros, semi-rural de bajo nivel socioeconómico (40), con valores de 14.3% de alcohólicos y 14.7% de bebedores excesivos, en población adulta general. Las tasas más bajas de dependencia alcohólica (1.6%) se hallaron en Valdivia, en población urbana de nivel socioeconómico media alta (41).

En general, las cifras más elevadas de alcoholismo se encuentran en población indígera (13.1%) (42) y urbana de bajo nivel socioeconómico: 14.2% (43), 12.5% (44) y 10.5% (43).

El consumo excesivo de alcohol ha sido vinculado a importantes causas de muerte en nuestro país: traumatismos y accidentes, violencias y cirrosis hepáticas (9).

También se ha investigado la relación entre trabajo y consumo de alcohol (11). Ya en el estudio de Horwitz y cols. (6) se describía una mayor prevalencia de bebedores anomales en algunos tipos de trabajadores: jornaleros (48.6%), transporte (45.0%), antesanos y obreros no especializados (28.7%) y comerciantes (-23.7%). Investigaciones más recientes (45) han observado porcentajes de bebedores inmoderados en hombres trabajadores, que fluctúan entre 26.6% y 29.3%.

Las investigaciones de consumo de alcohol en población escolar no se pueden comparar fácilmente puesto que difieren en su metodología (12,13,14). Sin embargo, todas resaltan el hecho de que la ingesta se inicia precozmente que las tasas son elevadas y que hay un perfil diferencial para hombres y mujeres.

Pallavicini y cols. (19) han hecho un estudio comparando las tendencias en el tiempo, donde los hallazgos más importantes son: las prevalencias de tipos de bebedores en la población general no han variado significativamente, con un aumento importante de bebedores anormales en el grupo de 15 a 24 años y un cambio en la forma del hábito (incremento de los inveterados).

2.2.3.- Prevalencia de desórdenes mentales en población consultante a servicios de salud

En esta área la investigación se ha centrado en dos tipos de desórdenes beber problema y trastornos emocionales.

El cuadro siguiente muestra las cifras de bebedores problema en diferentes servicios de atención médica:

Hospital Salvador, Santiago Servicio de Medicina (hospitalizados) (34)	Hombres = 34.5 %	
Hospital Barros Luco - Trudeau		
Santiago	Hombres = 64.5 %	
Diferentes Servicios clínicos (hospitalizados) (35)	Mujeres = 16.6 %	
3 Hospitales de Santiago	e de la companya de l	
Servicios de Medicina	Hombres = 69.1 %	
(hospitalizados) (36)		
4 Servicios de Urgencia		
Santiago	Hombres = 65.2 %	
(ambulatorio) (37)		
6 Postas Rurales		
VI Región	Hombres = 58.9 %	
(ambulatorio) (38)	Mujeres = 16.0 %	

En el caso de trastornos emocionales y psicosomáticos hay tres estudios realizados alrededor de los años 70, donde se aprecia que entre un 11.0 % y un 36.6 % de consultantes adultos en diferentes servicios de atención médica ambulatoria tienen alguno de estos problemas (46).

Acuña y cols. (33), estudiando a adultos que demandan atención en 2 consultorios periféricos, encontraron que 18.24% en uno y 42.96% en el otro presentaban alguna alteración psicológica, que estaba vinculada a la enfermedad física en alrededor de la mitad de los casos.

Ruiz y Silva (47), realizaron una entrevista psiquiátrica a 100 pacientes del Consultorio Externo de Medicina del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, encontrando que 55 de ellos tenían algún tipo de diagnóstico psiquiátrico asando los criterios DSM III-R. Los más frecuente fueron los trastornos del mimo (25.0%) y los adaptativos (17.0%).

Uribe y cols. (63), tomando una muestra representativa de consultantes adultos, en los policínicos de San Vicente y Hualpencillo de la comuna de Talcahuano, utilizardo el SRQ y la Entrevista Semiestructurada de Goldberg encontraron que un 56.5% de los sujetos presentaba algún diagnóstico CIE-9. Los cinco más frecuentes fueron el síndrome de dependencia alcohólica (12.7%), el estado de ansiedad (9.9%), la depresión neurótica (4.6%), la reacción depresiva breve (4.2%) y la hipocondría (3.9%).

Es muy llamativo que al analizar los registros de diagnósticos médicos, los porcentajes en que se señala algún trastorno mental es muy inferior a las cifras señaladas en los párrafos anteriores (48,49,50). Esto muestra la dificultad de los servicios de atención médica para reconocer la demanda en salud mental.

2.2.5.- Estudio de factores condicionantes del estado de salud mental

En los tres primeros estudios de desórdenes mentales (7) se encontraron dos variables relacionadas al tipo de patología:

- sexo : mayor frecuencia de hombres entre los bebedores anormales y tasas más altas de neurosis entre las mujeres; y
- nivel socioeconómico: epilepsia y alcoholismo tienen frecuencias más elevadas a menor clase social, situación inversa para el caso de cuadros orgánico cerebrales.

En elestudio de Concepción (62) se encontraron diferencias significativas por sexo para la prevalencia de vida, en los siguientes trastornos:

- más frecuente en las mujeres:
- -distimia
- agorafobia
- estrés post-traumático
- más frecuente en los hombres:
- dependencia de alcohol
- abuso de alcohol
- personalidad antisocial

En el caso de beber anormal, las variables que hasta ahora han sido implicadas son las siguientes (15,16,17):

- sexo: mayor frecuencia en hombres;
- nivel socioeconómico: relación inversa;
- édad : frecuencia más elevada entre los 25 y 50 años ;

- estado civil : cifras más altas entre los viudos y convivientes ;
- escolaridad: mayores tasas a menor nivel de instrucción, siendo más alta entre los analfabetos;
- ocupación : cifras mayores en algunos tipos de trabajos (como fue descrito anteriormente) y en situaciones laborales de mayor estrés ;
- religión: menor frecuencia de abstemios entre protestantes y valores más saltos entre los que no profesan religión;
- oferta de bebidas alcohólicas : las tasas se incrementan en lugares de mayor oferta (sitios de producción y distribución de bebidas alcohólicas).

Como se puede observar el estudio de factores condicionantes aún es incipiente, no se ha utilizado la metodología de análisis de riesgo y se ha centrado en variables que son poco o nada modificables, por tanto permiten la identificación de grupos en riesgo, pero no la modificación de estos factores con un fin preventivo o terapéutico.

Sólo recientemente se están incorporando categorías psicosociales sobre las cuales se puede incidir (32).

AII.- DESAFIOS PARA LA EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL

Al comparar los avances de la epidemiología general con los realizados en este campo se puede ver una gran distancia, explicada en gran medida por las dificultades propias del campo de la psiquiatría y la salud mental (discrepancias conceptuales entre diferentes escuelas, categorías diagnósticas en permanente cambio, elevada variabilidad de los problemas, dificultades para la validación de instrumentos, etc.) y por la lejanía que esta área ha tenido del resto de la medicina, en especial de la salud pública.

Los desafíos para la epidemiología en salud mental pueden ser muchos y muy diversos, pero quiero desarrollar cinco aspectos que me merecen especial interés.

3.1.- Modernizar los estudios descriptivos

Este punto incluye varios aspectos:

- La necesidad de usar criterios diagnósticos actualizados, basados en las clasificaciones vigentes (DSM III-R o CIE-10), junto con metodologías que permitan asegurar la mayor integridad de la información (técnicas de muestreo; estandarización de los intrumentos, en particular de su validez ya que hasta abora se ha asegurado su buena confiabilidad; y un buen análisis estadístico) (5,51,52).
 - La utilización de instrumentos de uso internacional para los estudios de

prevalencia poblacional, que permita la comparación transcultural (51,52,53,54). Me refiero en especial al CIDI que es la base de una investigación en curso (39,51,62).

• Otros cuestionarios, como el de Goldberg o el de depresión de Beck, mantienen su utilidad en otros ámbitos de investigación, donde la aplicación de cuestionarios tan extendidos como el CIDI resulta engorrosa o innecesaria.

• La realización de estudios de problemas conductuales o de tipo psicosocial, que se están transformando en emergentes. Este es el caso de la conducta violenta (de tipo política, suicidio, maltrato en la familia, accidentes, etc.), las disfunciones sexuales y los cuadros reactivos, de los desórdenes emocionales vinculados al período grávido - puerperal, de hábitos alimentarios y otros estilos de vida relacionados a importantes problemas de salud pública.

3.2.- Desarrollo de la epidemiología analítica en este campo

Es necesario avanzar en el estudio de factores de riesgo vinculados al inicio y mantención de un desorden psicopatológico. La aplicación adecuada de la metodología de estudiode riesgo (1,2,3,5) puede permitir la identificación de factores causales para cambiarlos, así como de grupos expuestos a una mayor probabilidad de presentar un problema. Este análisis permite tomar decisiones en forma racional acerca de las intervenciones que deben realizarse y la población sobre la cual focalizar.

Entre los problemas fundamentales está el hecho de que se han estudiado casi exclusivamente factores que no pueden ser modificados. Esto se debe en gran medida a la dificultad para definir variables de orden psicológico o social.

Sin embargo, diversos autores (55,56,57,58,59) han desarrollado un modelo explicativo que involucra variables tales como sucesos vitales estresantes, red y apoyo social, competencias psicosociales, y otras categorías que se vinculan al estado de salud mental, y que permite la formulación de estrategias de intervención de orden promocional, preventivo y terapéutico.

Es de especial interés el planteamiento desarrollado por Naomar de Almeida Filho (64), basándose en una crítica a la postura del positivismo aplicado a la epidemiología, señala la necesidad de incorporar diseños de investigación de mayor generalidad (experimentación, estudios de cohorte, estudios de casos y controles, etc.) con otros de mayor profundidad (estudios de grupos, estudios de casos, historias de vida, etc.). Resalta la importancia de desarrollar modelos, poniendo un especial énfasis en las interacciones de sus diferentes componentes, todo lo cual producto de la investigación será permanentemente reconstruido.

3.3.- Hacer epidemiología de la salud mental o del bienestar psico-social

Hasta ahora todos los estudios se han dedicado a la patología psiquiátrica. Se sabe que muy pocos problemas de esta especialidad disponen de alguna acción preventiva específica que haya demostrado su eficacia. Por tal razón, y como sucede en general con las enfermedades crónicas propias del adulto, es necesario preocuparse de elevar el nivel de bienestar de la persona. En este sentido, la idea es desarrollar estratégias de promoción junto a la búsqueda de factores protectores del estado de salud mental.

Ya se discutió la dificultad de conceptualizar y operacionalizar esto, así recomo la imposibilidad de aplicar criterios comunes a diferentes realidades.

Desde la psicología social, Basabe y cols. (60) plantea que la dimensión bienestar psicosocial se diferencia de la de salud-enfermedad mental. El grado de bienestar que una persona percibe se asocia a la existencia de afectividad positiva y situaciones gratificantes, y no a la ausencia de afectividad negativa (temor, pena, culpa, etc.). Además, los estudios muestran que las personas consideradas normales presentan una serie de sesgos cognitivos (de positividad, de falso consenso, etc.), a diferencia de los depresivos que son más «realistas».

Todo esto entrega nuevos elementos para ser analizados desde una perspectiva epidemiológica.

3.4. Realizar epidemiología de sistemas sociales

Si bien la epidemiología busca realizar diagnósticos de tipo colectivo su unidad de análisis han sido las personas, puesto que los problemas tienen, en última instancia, una presentación individual. Sin embargo, el conocimiento actual permite señalar que hay conjuntos de problemas individuales que tienden a darse asociados. Un ejemplo conocido lo constituye la familia con un hombre alcohólico, una mujer con neurosis y un niño con déficit en su desarrollo.

El paradigma de la Teoría General de los Sistemas (61) podría aplicarse a la epidemiología a través de cambiar la unidad de análisis por algún sistema social, en particular la familia. Esto implicaría, no sólo la búsqueda de problemas individuales asociados, sino el desarrollo ce categorías nuevas, propias de esta unidad, como podría ser el tipo de interacción familiar o el grado de satisfacción en la vida de pareja.

Más complejo resulta aún pensar la aplicación al sistema población o comunidad. Sin embargo, la idea de desarrollar indicadores a este nivel permitiría tomar decisiones en la administración de programas, con mayor racionalidad social (equidad), técnica (eficacia) y económica (eficiencia).

3.5. Aplicación de la epidemiología a la administración de sistemas de salud mental

Los sistemas de atención en salud mental se caracterizan por ser escasos, cuyo desarrollo no ha obedecido a una planificación de largo alcance, desarticulados del resto de la atención de salud, con poca cobertura, sobredemandados por la población, de baja eficacia para una parte importante de los problemas, con escasa evaluación de sus intervenciones.

La epidemiología puede contribuir en este sentido, al menos en los siguientes puntos (65):

- realizar una planificación racional para el crecimiento de los sistemas de atención en salud mental (evaluar la demanda, la disponibilidad de recursos y la producción de servicios, estudiar la eficacia y eficiencia de intervenciones determinadas, etc.),
 - definir criterios de selección para priorizar las acciones sanitarias,
- crear un sistema de información que permita hacer un monitoreo de los principales problemas y así apoyar la gestión en la toma de decisiones, y
- evaluar el funcionamiento de los sistemas de atención, usando metodologías como el estudio de la capacidad resolutiva, el uso de enfermedades trazadoras u otras.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Medina, E.
- Métodos epidemiológicos en clínica y en salud pública. Escuela de Salud
 Pública, Universidad de Chile. 1987.
 - (2) Rey Calero, J.
- Método epidemiológico y salud de la comunidad. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana de España. 1ª edición. Madrid, España. 1989.
 - (3) Martí Tusquets, J. L. y Murcia Grau, M.
- Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica. Ed Herder. Barcelona, España. 1987.
 - (4) Martí Tusquets, J. L.
 - · Psiquiatría Social. Ed. Herder. Barcelona, España. 1982.
 - (5) Regier, D. A. y Burke, J. D.
- •Cap. 6.1.: Epidemiología. Tratado de Psiquiatría de Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. Ed. Salvat S. A. Barcelona, España. 1989.
 - (6) Horwitz, J. y cols.
- Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile. Rev. del Serv. Nac. Salud. Vol III, Nº 3-4, 1958.
 - (7) Marconi, J. y Muñoz, L.
- Visión general de la investigación epidemiológica en salud mental en Chile. En: Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina, de Mariátegui, J. y Adis Castro, G. ACTA, Buenos Aires, Argentina. 1970.
 - (8) Marconi, J.
- Cap. 47: La Psiquiatría y la Salud Pública: un modelo en Salud Mental. En: Psiquiatría, de Gomberoff, M. y Jimenez, J. P. Ed. MEDCOM, Santiago, Chile. 1982.
 - (9) Medina, E.
- •Salud Mental en Chile: estado actual y perspectivas. Rev Chil. Neuropsiquiat., 21:77-90. 1983.
 - (10) Pemjean, A.
- *El médico y sus actitudes hacia el enfermo alcohólico: implicancias para deducación médica. Educación Médica y Alcoholismo. Nº 1. Mayo 1985.

- (11) Trucco, M.
- · Epidemiología del alcoholismo en el medio laboral. Rev Chil, Neuropsiquiat. 22:205-210.1984.

(12) Cabrera, F. y cols

- •Consumo de bebidas alcohólicas en la población escolar del área occidente de Santiago. Cuad. Med. Soc. 23:5 - 12. 1982.
 - (13) Repetto, A. y cols.
- •Estudios de bebedores anormales de alcohol en población escolar. Rev. Med. Chile. 113: 906 - 910. 1985.
 - (14) Caroma, A. y cols.
- Factores socioeconómicos e ingestión de alcohol en estudiantes securidarios. Rev. Med. Chile. 114: 474-482. 1986.
 - .(15) Horwitz, J., Marconi, J. y Adis Castro, G.
- · Bases para una epidemiología del alcoholismo en América Latina. ACTA. Buenos Aires, Argentina. 1967.
 - (16) Montenegro, H.
 - El estado del alcohe ismo en Chile. Cuad. Med. Soc. 21:11-17. 1980.
 - (17) Alvarado, R. y cols.
- · Variables socio-demográficas en distintos tipos de bebedores en una comunidad rural. Publicación del 2º Congreso Nacional de Alcoholismo, Santiago, Chile. 1986.
 - (18) Vial, A. y Fernandez, S.
- El costo economico del alcoholismo, algunos indicadores para Chile. Cuad. Med. Soc. 21: 79-83. 1980.
 - (19) Pallavicini, J. y cols.
- Estudio comparativo sobre alcoholismo y otros hábitos de beber. Rev. Psiquiat. Clin. 20: 48 - 66. 1983.
 - (20) Montenegro, H.
 - La salud mental en el niño. Rev, Med. Chile. 109: 701 705. 1981.
 - (21) Seguel, X., Bralic, S. y Edwars, M.
- •Más allá de la sobrevivencia. Publicación CEDEP y UNICEF. Chile 1990.

- (22) Medina, E. y cols.
- Tabaquismo en médicos y estudiantes de medicina. Rev. Med. Chile. 113 688 - 694 . 1985.
 - (23) Martinez, L. y cols.
- Factores sico-sociales relacionados con el hábito de fumar. Rev. Med. Chile. 115 : 167 - 171 : 1987.
 - (24) Florenzano, R. y cols.
- Prevalencia y características del consumo de algunas sustancias químicas en estudiantes de enseñanza media en Santiago de Chile. Rev. Med. Chile. 109:1051-1059.1981.
 - (25) Vicaría Pastoral Juvenil.
- •Diagnóstico del consumo de drogas en jóvenes de la Arquidiócesis de Santiago. 1987.
 - (26) Vicaría Pastoral Juvenil.
- •Diagnóstico del consumo de drogas en jóvenes de la Arquidiócesis de Santiago. 1989.
 - (27) Pemjean, A.
- •Prevalencia de patrones de consumo de drogas en población general urbana. Primera encuesta de drogas. Ministerio de Salud. Chile. 1991.
 - (28) Busto, M. A.
- •«BDZ», la tranquila adicción de Santiago. CORSAPS. Santiago, Chile. 1991.
 - (29) Jadresic, E. v cols.
- •Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. Presentado en el 3º Congreso Chileno de Ciencias Neurológicas y Psiquiátricas y las XLVI Jornadas Anuales de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 1991
 - (30) Alvarado, R. y cols.
- Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas, en una cohorte de 125 mujeres. Rev. Psiquiatría, 3-4: 1168 - 1176. 1992.
 - (31) Medina, E. y cols.
- Factores emocionales en la producción de accidentes. Rev. Med. Chile. 113:580-586.1985.

- (32) Alvarado, R., Asún, D., Alfaro, J. y cols.
- Comparación de variables psicosociales entre un grupo con trastornos emocionales y uno control. Rev. Psiquiatría, 2: 1141 1152. 1992.

(33) Acuña, J. y cols.

• Trastornos emocionales en atención primaria. Jornadas Chilenas de Salud Pública. 1990. **

(34) Florenzano, R. y cols.

• Prevalencia del beber excesivo en enfermos hospitalizados. Rev. Med. Chile. 107: 799. 1979.

(35) Pemjean, A. y cols.

• Alcoholísmo oculto: prevalencia de bebedores problema entre los pacientes hospitalizados en un hospital general. Educación Médica y Alcoholismo. Nº 2. 1985.

(36) Pemjean, A. y cols.

• Prevalencia del beber-problema en tres servicios de medicina interna de Santiago de Chile. Educación Médica y Alcoholismo. N° 6 . 1986 .

(37) Florenzano, R. y cols.

•Prevalencia de uso de alcohol y otros diagnósticos relacionados al beber problema en servicios de urgencia de Santiago de Chile. Educación Médica y Alcoholismo. Nº 2. 1985.

(38) Alvarado, R., Pemjean, A., Aguiló, A.

• Prevalencia de bebedores problema entre los adultos consultantes por morbilidad en postas rurales de la VI Región. Cuad. Med. Soc. 28:113-121.1987.

(39) Vicente, B.

• Estudios de prevalencia comunitaria y utilización de servicios de salud mental en Chile. Proyecto de Investigación O.P.S. 1991.

(40) Ortiz, G. y cols.

•Hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas. IV Región, Coquimbo, Chile. Ministerio de Salud. Secretaría Regional Ministerial. 1982.

(41) Figueroa, J. y cols.

•Prevalencia de alcoholismo y algunos factores condicionantes en la ciudad de Valdivia. Segundo Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoho-

lismo. Santiago, Chile, 1981.

- (42) Medina, E. y Marconi, J.
- Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural de Cautín. Acta psiquiat. psicol. Amér. Lat. 16: 273-285. 1970.
 - (43) Citado en ref. 10
 - (44) Medina, E. y cols.
- Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en Talca. VII Región. Cuad. Med. Soc. 21:26-40.1980.
 - (45) Citado en ref. 11
 - (46) Citado en ref. 9
 - (47) Ruiz, A. y Silva, H.
- Prevalencia de trastornos psiquiátricos en un consultorio externo de medicina general. Rev. Med. Chile. 118: 339 345. 1990.
 - (48) López, I. y cols.
- Estructura de las consultas por morbilidad pediátrica y de adultos en consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Nor-Occidente (1980 1981). Rev. Med. Chile, 111:127 137. 1983.
 - (49) López, I. y cols.
- Morbilidad ambulatoria en el adulto. Servicio Salud Metropolitano Norte. Cuad. Med. Soc. 25: 23 - 29. 1984.
 - (50) Giaconi, J. y Marín, P. P.
- •Perfil de morbilidad en menores y mayores de 65 años. Cuad. Med. Soc. 26: 103 110. 1985.
 - (51) Vicente, B. y cols.
- Taller de epidemiología psiquiátrica. Rev. Psiquiatría. 8:963 969.
 - (52) Dohrenwend, B. P. y Dohrenwend, B. S.
- •Perspectives on the past and future of psichiatric epidemiology. AJPH. 72 (11): 1271 1279 . 1982.

(53) Wittchen, H. U. et al.

• Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Br. J. Psychiatry. 159: 645 - 653. 1991.

(54) Rubio-Stipec, M. y cols.

• La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI): un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. Acta psiquiat. psicol. Amér. Lat. 37: 191 - 204. 1991.

(55) Páez, D. y cols.

•Factores psicosociales y salud mental. Ed. Fundamentos. Madrid, España. 1986.

(56) Dohrenwend, B.

• Sociocultural and social - psychological factors in the genesis of mentaldisorders. J. Health Soc. Behav. 16: 365 - 392. 1975.

(57) King, L.

•Social and cultural influences of psychopatology. Am. Rev. Psychol. 29: 405 - 433 1978.

(58) Williams, A. et al.

•A model of mental health. Life events and social supports, aplicable to general population. J. Health Soc. Behav. 22: 324-336. 1981.

(59) Klevens, J. y cols.

•Prevención primaria en salud mental. Rev. Latinoamer. Psicol. 2: 243-253. 1989.

(60) Basabe, N. y cols.

•Perspectivas psicosociales de las emociones, salud mental y psicología. En : Emociones : Perspectivas psicosociales, de Echevarría, A. y cols.

(61) Von Bertalanffy, L.

Teoría General de los Sistemas. Ed. Fondo de Cultura Económica.
 México. 1976.

(62) Vicente, B. y cols.

• Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia

de Concepción. Rev. Psiquiatría, 1: 1050 - 1060 . 1992.

(63) Uribe, M. y cols.

•Prevalencia de trastornos mentales en el nivel primario de atención en la comuna de Talcahuano. Rev. Psiquiatría, 1:1018 - 1027. 1992.

(64) Naomar de Almeida Filho.

•Epidemiología sin números. Serie PALTEX. Publicación OPS / OMS . 1992.

(65) Jenicek, M. y Cléroux, R.

•Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones. Cap. 19: Papel de la epidemiología en la administración y la planificación de los servicios y programas de salud. Ed. Salvat S. A. 1985.

PROYECCIONES Y DESAFIOS ACTUALES

Domingo Asún Darío Páez

I.- INTRODUCCION

En esta introducción intentamos exponer sintéticamente la situación de la intervención psicológica en Chile, así como los desafíos y posibilidades que ésta plantea para la Psicología Social. En este contexto, en particular, queremos bosquejar una propuesta metodológica de evaluación cuantitativa de programas de intervención psicosocial.

1. La situación de la intervención Psicológica en Chile

Un primer elemento del que hay que dejar constancia, es el de la dificultad con que la producción psicológica interventiva se edita y circula, por lo que una visión exhaustiva de las prácticas de la intervención psicológica en el ámbito clínico, educativo y comunitario está fuera del alcance de los interesados. En relación a lo anterior una primera propuesta de desarrollo relación) que se puede plantear, es la facilitación de la comunicación horizontal entre los psicólogos; es más probable que un psicólogo chileno esté enterado más de la producción norteamericana que de la de un compañero nacional.

Un segundo elemento a destacar es el carácter contradictorio del desarrollo de la psicología en Chile; la indudable expansión de los años 70 se ha dado en el contexto de los «dos decenios perdidos para el desarrollo «. según afirma la CEPAL (Ardila, 1986). Por cuanto la psicología chilena no está «como en los años 60».. Lo que sucede, es que un desarrollo de la clínica privada y de la psicología de la empresa, que siguen las orientaciones internacionales, se da asociado a una realidad profesional de incertidumbre laboral, de crisis institucional y de pluri-empleo; mini-empleo con su correlato de falta de división del trabajo (hay que estar dispuesto a trabajar en diversas áreas), por lo que existe simultáneamente una formación genérica y dificultades de especialización, con una situación de desarrollo económico desigual, que sólo permite a una minoría de la población un nivel de vida similar a la pequeña burguesía de los países desarrollados. El apoyo a la organización profesional dentro del colegio profesional sería una segunda línea de desarrollo, que ya existe parcialmente.

Los estudios realizados en Chile describen una realidad profesional en que el rol efectivo realizado es de clínico, la demanda que le llega al psicólogo es de psicoterapia en primer lugar y, de psicodiagnóstico en segundo. A nivel de rol ideal los psicólogos encuestados se definen como Agentes de Cambio y como Educadores. Esta opción por una intervención ideal orientada al cambio

social es una constante destacada en la psicología latinoamericana; aunque no hay que desdeñar una orientación individualista-humanitaria centrada en la clínica bastante importante. Este compromiso valórico explícito, es un elemento a tomar en cuenta y puede ser un foco de conflicto, ante orientaciones positivistas y/o ideológicamente conservadoras, dominantes en el ambiente de la Psicología Clínica. Para ejemplificar esta orientación, citaremos un breve extracto del asesinado psicólogo social hispano-salvadoreño Ignacio Martín Baró: «... nuestro intento reside en rescatar y desarrollar todo aquello que en la psicología social pueda contribuir a la liberación histórica de los pueblos centroamericanos», (Martín Baró, 1989, p.6).

II.- LA INTERVENCION PSICOLOGICA Y LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

Durante-la década pasada en nuestro país, en el contexto de la crisis estatal y/o de la represión, la intervención psicológica se asoció a entregar formas de atención psicoterapéutica y educacionales a los sectores populares que no tenían cobertura estatal. El desarrollo de las ONG (organizaciones no gubernamentales financiadas por las Iglesias y por fondos de cooperación internacional), fue el marco institucional en que se dio un fuerte desarrollo de la intervención psicológica, ese fue el caso de Chile y del Cono Sur y de todos los países con regímenes dictatoriales. Justamente por este contexto social e institucional, la intervención psicológica ha tenido un fuerte carácter comunitario. No sólo se ha buscado extender la atención psicológica a sectores de extrema pobreza, sino que la misma intervención se ha visto fuertemente asociada a los ejes de la llamada psicología comunitaria:

- Primero, se ha buscado conocer las necesidades, recursos y problemas de las comunidades, es decir, se ha realizado evaluación comunitaria.
- Segundo, se ha impulsado el desarrollo comunitario, mediante la creación de grupos de autoayuda y concienciación (de mujeres y jóvenes por ejemplo en nuestro país), mediante campañas de educación para la salud y prevención, así como la utilización de para profesionales y de voluntarios. En Chile, existe una vieja tradición de emplear «monitores» de salud o de lucha anti-alcohólica, en particular en los sectores populares.
- Tercero, se ha buscado evaluar la realización de estos programas de intervención, tanto a nivel cuantitativo con la utilización de diseños metodológicos cuasi-experimentales con grupos no equivalentes y medidas repetidas, como a nivel cualitativo, mediante observación sistemática.

Esta tradición de intervención comunitaria, anclada en la percepción del rol ideal como agente de cambio, como en la realidad social é institucional,

podría ser un punto de encuentro entre los psicólogos nacionales, y a la vez permitir una relación de cooperación con el mundo del habla hispana.

Ahora bien, lo anteriormente señalado también plantea una serie de cuestiones, que merecen ser resaltadas:

La primera, es la de la validez externa de las teorías psicológicas. Existe una tendencia en América latina a buscar evaluar la validez transcultural de las teorías generadas en la particular cultura norteamericana; en este sentido, se puede señalar el trabajo de validación cultural desarrollada por Rodríguez y Col. en Brasil y por Díaz y Col. en México; traducción del diferencial semántico, validación de instrumentos de identidad de género, contraste de las predicciones de la teoría de disonancia cognoscitiva, etc (Montero, 1989; Ardila, 1986; y Rodríguez, 1989). Como ejemplo, de las claras dificultades de validación de los instrumentos y teorías, mencionemos que el 55% de los usuarios de pruebas de C.I en Chile (la más utilizada es el Wisc); se mostraron insatisfechos con su instrumento, debido a los sesgos culturales de los estímulos y pruebas (Simoneti y Rosas, 1985).

Mientras hay sectores de psicólogos que plantean que existen regularidades y estructuras causales universales, aceptando variaciones culturales, otros defienden formas de relativismo cultural más fuerte. Así, algunos autores apelan a la formulación y desarrollo de una psicología latinoamericana, Gissi per ejemplo, quien lo expresa al reproducir la frase de García Márquez en su discurso de Estocolmo(«La interpretación de nuestra realidad con esquemas ajenos sólo contribuye a hacernos cada vez más desconocidos, cada vez menos libres, cada vez más solitarios».); afirma: «La construcción de una psicología latinoamericana implica pues, reconocer la pobreza y las diferentes clases sociales, pero implica también reconocer que la América Latina no es una Europa o Norteamérica más pobre, sino un continente diverso y que, además, debe buscarse como alternativa al capitalismo central decadente y a cualquier neocolonialismo» (Gissi, 1987 p.15). Particularmente relevante a este nivel son las especificaciones de clase de las técnicas de tratamiento, incluyendo las grupales, que con su hincapié en lo verbal cognitivo, en la importancia de lo mental y del autocontrol planificado, chocan con la cultura de acción de poca verbalización, planificación materialista de las clases populares. Esto ha llevado a los psicólogos de carácter psicosocial a plantearse la necesidad de adecuar las terapias a las culturas populares; por ejemplo, mediante sesiones de preterapia en las que se cefinen los objetivos y significado de éstas (Ditzel, Gschwender y Arancibia, 1985). Por último, otro sector cuestiona la relevancia del conocimiento psicológico (su eficacia real) para afrontar los problemas sociales que se deben resolver; aunque es una tradición de intervención tecnológica.

Lo segundo debido a la importancia dada a la educación popular, a las

metodologías participativas y cualititavas, así como las dificultades de aplicación del diseño cuasi experimental y cuantitativo para la evaluación de programas, la valorización de la intervención es un desafío para la consolidación de la Psicología Comunitaria y la relación entre la Psicología Chilena (Psicología Social) y la Ibérica. La importancia otorgada a la evaluación de la intervención, se demuestra por la orientación de las agencias nacionales de políticas sociales. En relación a la evaluación de programas de intervención, los diseños propuestos por la Psicología del Estado Español no sólo corren el riesgo de ser onerosos, sino que también corren el riesgo de producir resultados triviales y que no indiquen qué es lo que funciona y lo que no funciona a corto plazo (Clemente, 1989, por ejemplo). A nuestro entender, el desafío consiste en desarrollar formas de fiabilidad de los métodos cualitativos, así como formas de triangulación entre métodos cualitativos y cuantitativos; y la propuesta de Campbell de 1974 no se aleja mucho de esto (Campbell, 1989); para una discusión en castellano de los problemas metodológicos, a nivel cuantitativo, un diseño cuasi-experimental de evaluación de programas de intervención que se podría postular como poco oneroso y factible construir mediante la cooperación Ibero-latinoamericana es el diseño de línea base no-causal construida (Perachio y Cook, 1988). En este diseño, el grupo control no equivalente es reemplazado por la comparación con una puntuación baremada de una muestra representativa. Si se construyera un baremo (de percentiles, a partir de una muestra representativa de 800 sujetos, por ejemplo) sobre soporte social, capacidades sociales (social skills), ansiedad y depresión, todos los tratamientos de salud mental en un país dado (mediante pre-test y post-test), se podrían comparar con este baremo; es una ampliación de la vieja técnica psicométrica de la baremación. En vez de comparar el pre-test con el post-test, con las limitaciones de validez externa que esto supone, se puede comparar el percentil medio en el pre-test, con el percentil medio en el post-test. La diferencia entre ambas medidas permite estimar la fuerza de la intervención; y facilita los procedimientos de acumulación evaluativa, mediante el meta análisis. Igualmente igualando grupos en edad, sexo y nivel de ingresos, se puede comparar el pre-test y post-test del grupo de tratamiento, con su apareado de la muestra representativa. Los problemas de este diseño se pueden superar con una sola investigación masiva con medidas repetidas. Evidentemente, las limitaciones genéricas de los diseños cuantitativos (incapacidad de captar procesos, de descubrir qué es lo que funciona en el tratamiento, etc.), se mantienen.

En conclusión si se desarrolla esta visión y si se mantienen lazos de intercambio (que faciliten el intercambio horizontal entre los psicólogos latinoamericanos mismos), si se estimula el desarrollo profesional y se sabe responder a la demanda de evaluación cualitativa y cuantitativa de los programas de intervención, pensamos que la Psicología Comunitaria y Social podrían jugar un rol de puente cultural entre Latinoamérica y Europa.

CAPITULO CUARTO

EXPERIENCIAS CHILENAS EN PSICOLOGIA COMUNITARIA Y SALUD MENTAL

INTRODUCCION

Abordar la temática de la intervención, o de la acción en el campo de la Psicología Comunitaria y la Salud Mental, requiere un análisis riguroso y profundo. El cómo la Psicología puede dar respuestas a los problemas más relevantes que presenta la realidad social, requiere revisar críticamente algunos de los aspectos más básicos o fundamentales del quehacer psicológico:

Lo primero está referido a la formulación de los problemas, lo que

significa definir o redefinir el objeto de estudio y de acción.

La experiencia señala que el diseño de programas ajenos a las realidades sociales, es decir, a las necesidades o intereses de los grupos y personas, a la que van dirigidos disminuyen considerablemente sus posibilidades de éxito,

Un segundo, aspecto se relaciona con las teorías y modelos utilizados, muchas veces, éstos no dan respuesta suficiente a las diversas problemáticas, lo cual indica la necesidad de contar con enfoques más globales e integrados, y conceptos más rigurosos en el ámbito de lo psicosocial; que se nutran de los problemas más acuciantes de nuestra realidad social. A partir de esto, quisiéramos recordar y hacer presente un pensamiento planteado por Ignacio Martín Baró en el que señala « mi convicción es que el realismo histórico aplicado al trabajo de la Psicología social en Latinoamérica exige el replanteamiento de algunos presupuestos básicos del quehacer psicológico, la profundización de los modelos y conceptos disponibles, y la elaboración de nuevos modelos. Esta tarea teórica a la que, según el estereotipo, seríamos los latinos tan pocoinclinados, debe constituir un objetivo prioritario de los psicólogos latinoamericanos en los próximos años si es que estamos dispuestos a aceptar el reto de las mayorías de nuestros pueblos..»

Un tercer aspecto dice relación con la necesidad de ser rigurosos y científicos en el trabajo psicológico y social. Esto plantea el desafío de revisar temas como los criterios de verdad que se utilizan, el involucramiento personal en las distintas acciones, la relación entre sujeto y objeto, los impactos que la intervención tiene en sus distintos niveles, etc.

A partir de estas reflexiones, se presentan a continuación algunas experiencias en el ámbito de la Psicología Comunitaria y la Salud Mental, que desde sus particularidades, muestran un intento para enfrentar la diversidad de problemas y desafíos que plantea nuestra realidad nacional.

DROGADICCION: UN MODELO DE INTERVENCION COMUNITARIA DEL PROGRAMA LA CALETA

Colectivo La Caleta

INTRODUCCION

La Construcción del modelo de intervención comunitaria responde a la necesidad de sistematizar el cómo se desarrolla la labor en los distintos sectores de trabajo.

Este modelo surge de la práctica concreta que hemos venido realizando, no es una construcción teórica propiamente tal, es más bien una simplificación de la realidad para su mejor comprensión y análisis.

Elaborar un modelo tiene el inconveniente de reducir a un esquema estático una realidad dinámica y diversificada, con el riesgo de reducir las particularidades de cada sector o experiencia, además de hacer un corte en el tiempo perdiéndose con ello la riqueza de su evolución histórica.

A pesar de ello, la construcción de este mocelo tendrá la posibilidad por una parte, de ser parámetro de evaluación y comparación para el trabajo que se realiza en cada sector, y por otra permitirá que distintas personas, grupos u organizaciones conozcan cómo desarrollamos nuestra labor y eventualmente, con las adecuaciones de cada caso, reproduzcan este modelo de intervención comunitaria.

II.- MARCO REFERENCIAL

La labor que realizamos y que llamamos Intervención Comunitaria. tiene un contexto y una intencionalidad.

Expresado en:

1. En la experiencia de La Caleta se enfoca el problema de la drogadicción, y específicamente, de la inhalación de neoprén, como producto de este sistema de exclusión económica y social.

No se trata de la drogadicción como vicio individual, sino como una más de las marcas que el sistema impone a los sectores excluídos.

2. Estos sectores, que en nuestro país son alrededor del 20% de la población, a pesar de ser los excluídos, los marginados, cumplen una importante función: son una gran masa de desocupados que tiene que existir para que los salarios se mantengan bajos y así el sistema económico se modernice, para que se puedan exportar cada día más productos que son baratos en el extranjero porque la mano de obra chilena también es barata.

3. Para que esta gran masa de marginados cumpla esa función es importante para el sistema, que tenga una identidad de marginado. Esto, que en términos generales podemos llamar identidad del marginado y que ha sido llamado también cultura de la pobreza, es fruto de todos los condicionamientos negativos y de un aprendizaje de la subordinación a un orden social que se le aparece como omnipotente.

4. La drogadicción es hoy en día una de las marcas, de las señales de esta identidad, y se articula funcionalmente con los intereses del sistema.

Conduce a la desvalorización de sí mismo, del hombre de estos sectores marginados a un aprendizaje de la pasividad, de la culpabilidad, del fatalismo. Además, del daño objetivo de los sujetos, también por este condicionamiento de su identidad, los sectores marginados aprenden a autoagredirse: el refuerzo de la agresión en el medio por la vía de la represión y de todos los estímulos adversos en su vida desatan la agresión. El hombre de las poblaciones marginales aparece así ante sí mismo y ante el conjunto de la sociedad como protagonista de la crónica roja.

El único lugar en que aparece visible es cuando es protagonista de las

páginas policiales de los diarios.

5. El programa La Caleta intenta intervenir justamente en este aspecto de la identidad de los sectores marginados, concretamente, trabajando sobre este problema particularmente grave que es la drogadicción.

La línea de intervención del Programa consiste básicamente en potenciar y movilizar los recursos que los propios pobladores tienen para enfrentar esta situación. Estos recursos son como la otra cara de la medalla de eso que hemos citado como identidad marginal o cultura de la pobreza y conforman lo que podemos llamar identidad popular o cultura popular.

Se busca así movilizar los recursos de la solidaridad entre pobladores, los recursos de la afectividad, de la capacidad de comprometerse a nivel personal, de la capacidad de formarse y autoeducarse, de la capacidad de buscar siempre

estrategias de sobrevivencias.

Y también:

a. El trabajo tiene un enfoque integral, que asume la intervención y posible solución en la mayoría de las causas y consecuencias del problema, en los distintos planos del inhalador; lo personal (intelecto, afectivo, manual, físico) conductual); lo social inmediato (familia, patota); lo social amplio (población, clase social, sociedad) esta integralidad se da en dos sentidos: desde el inhalador hacia el medio y del medio hacia el inhalador.

- b.- Se privilegia la acción colectiva sobre la individual, esto es que todos participan del trabajo: patota de inhaladores, grupo de madres, los equipos de monitores y las organizaciones de los pobladores.
- c.- El programa tiene una perspectiva social y política que se expresa en que el trabajo pasa por una visión de cambio de las raíces profundas del sistema, opción por una perspectiva social, más política en contraposición a una acción asistencial, asumiendo la contingencia, lo que pasa en el país, estimulando la identidad de clase, comprometiéndonos con suaporte al cambio y vinculándose con organizaciones más amplias.
- d.- Asumir lo cultural como un elemento central, lo que se manifiesta en mostrar formas nuevas de relacionarse, cambio de valores, desarrollar identidad propia, de personas, versus identidad de drogadictos, rescatar y reconocer lo positivo de ellos.

Considerando estos aspectos, contexto e intencionalidad, nuestra labor se desarrolla en lo concreto, en distintas poblaciones que a grandes rasgos se pueden caracterizar por ser:

- a.- Sectores urbano- populares, llamados también sectores marginados, ubicados en las comunas más pobres, que corresponden al tipo habitacional conocidos como campamentos (tomas), villas (tomas urbanizadas) o poblaciones (planes habitacionales estatales), en que la presencia de problemas de infraestructura urbana es más grave; falta de pavimentación, alumbrado público, ausencia de centros de salud, educacionales, falta de protección policial.
- b.- Enque los problemas socio-económicos se viven en forma más aguda; delincuencia, drogadicción, prostitución, desnutrición, deserción escolar, problemas sanitarios, etc.

III.- ASPECTOS GENERALES DEL MODELO DE LA INTERVENCION COMUNITARIA

3.1.- Definición de Intervención Comunitaria

Es un proceso integral (enfrenta causas y efectos) dinámico, los pasos y etapas se dan tanto en forma simultánea como secuencial e interrelacionadas, cuya principal caraterística y/o condición es que se da un espacio físico-social concreto (sector o sector foco), en que los sujetos (niveles; inhaladores, prevención, familias, organizaciones, monitores, comunidad poblacional), participan activamente en la transformación de su realidad, a partir de sus problemas concretos, en nuestro caso la drogadicción.

3.2.-Términos usados y su caracterización

Nos parece apropiado hacer algunas precisiones respecto de términos y conceptos usados por el programa en el marco de la intervención comunitaria para definir elementos de la misma.

Sector: Población, Villa o Campamento en que se realiza la intervención comunitaria, normalmente corresponde a un sector habitacional cuyo origen y nombre es común (plan habitacional de gobierno, toma de terreno, plan de urbanización) también corresponde a una o dos unidades vecinales.

Sector foco o foco: al interior de la Población, Villa o Campamento se opta por algunos pasajes o manzanas en que los problemas socioeconómicos y de infraestructura se presentan en forma más aguda, especialmente por aquellos en que el problema de tráfico y consumo es mayor y/o que la situación de alto riesgo es más evidente.

La elección del sector foco o foco se realiza a partir de una apreciación general que hace el trabajador poblacional del sector y/o en base a la apreciación o consulta a los pobladores o dirigentes de la población.

Niveles de trabajo: La intervención comunitaria tiene la característica de ser integral, entendiéndose integral en dos acepciones:

a.- Por una parte, asumiendo la complejidad del problema de la drogadicción, es decir, tomando en cuenta las causas que la originaron, las condiciones de pobreza, marginalidad que se expresa en la falta de acceso a los derechos de salud, trabajo, educación, vivienda, etc., considerando sus efectos expresados en agravamiento de las situaciones problemas, es decir, en aumento y refuerzo del círculo vicioso de la pobreza, mayores problemas de salud, educación, aumento de la delincuencia, prostitución, drogadicción, etc..

b.- La otra manera en que se asume la integralidad, es en función de los sujetos que participan, tanto como agentes de cambio como de beneficiarios de la intervención comunitaria. Refuerza esta opción la idea que todos (beneficiarios y agentes de cambio), se ven afectados por el problema de la drogadicción y que inciden en la transformación de su propia realidad.

Del cruce de estas dos maneras de ver y asumir el problema se desprenden los niveles de trabajo, que en concreto son y están caracterizados por:

Inhaladores:

- Hombres y mujeres entre 14 y 18 años de edad, consumidores de solventes volátiles (neoprén) o policonsumidores.
 - Excluídos del ámbito formal.
 - · Baja capacidad y calificación educacional.
 - Sin oportunidades laborales y educacionales.
 - Situación de irregularidad social y familiar.
- No cuentan con espacios propios (viviendas muy pequeñas, viven hacinados, por lo que toman y encuentran como único espacio para ellos las esquinas).
 - Baja autoestima y valorización de sí mismos.
- Hijos de padres alcohólicos, con graves problemas familiares: pobreza, falta de medios para cubrir sus necesidades primordiales.
- Tienen graves problemas afectivos y de identidad, por lo que necesitan ayuda psicológica.
- Son doblemente marginados, ya que a las condiciones de miseria en que viven, se agrega la marginación de la familia y su entorno (población, etc.)
- Presentan un gran deterioro a nivel físico: desnutrición, y psíquico: bajo nivel intelectual.

Entre los inhaladores encontramos a los;

Inhaladores crónicos:

- Consumo de solventes por más de 8 años, en forma frecuente, más de cinco días a la semana en altas dosis.
 - sólo desarrollan actividades laborales esporádicas, de subempleo.
 - Vinculados al mundo delictual la mayoría de ellos.

Prevención:

Dividida en:

- -Mayor
- Niños entre 10 y 14 años.
- Desertores escolares.
- · Algunos han experimentado en el consumo de drogas.
- · Situación familiar irregular.
- Han desarrollado experiencias de subempleo y vagancia, mendicidad.
- Hermanos de inhaladores, o en estrecho contacto con ellos.

-Menor

Vinculados a los focos.

• No están en un riesgo social evidente o agudo como los anteriores, a pesar de estar insertos en la población.

Familia

- Son más numerosas que el promedio de las familias populares.
- Condiciones de hacinamiento, marginalidad, pobreza, promiscuidad.
- · Casas chicas, lo que impide que sus miembros tengan un espacio propio.
- Generalmente el padre está ausente o es alcohólico. Está el padrastro o conviviente de la madre, que rechaza al inhalador.
- La madre se perfila como la que lleva el peso del hogar, con una historia personal de mucho sufrimiento. Mantiene una estrecha relación con el hijo inhalador.
- Están al margen del desarrollo social y de procesos que signifiquen cambios radicales de vida.
- Tendencia al conformismo, a aceptar sus condiciones de vida miserables como algo natural (ley de la vida)
- No tienen acceso a los servicios básicos como son la salud, la educación, vivenda digna.
- Estrecha relación con la delincuencia, que es tomado como una forma de vida o subsistencia, al igual que la prostitución.

Organizaciones

- Organizaciones con baja representatividad y de participación poblacional.
 - Con dificultades de acercamiento hacia la problemática de los jóvenes.
 - En proceso de integración a la dinámica de desarrollo comunitario.

Monitores

- Jóvenes que viven en la misma población de trabajo.
- Poseen un espíritu solidario, a pesar de que muchas veces su problemática es grave, son capaces de ver más allá o abstraerse del medio que los rodea, en el sentido de no caer en el consumo de drogas.
 - · Capacidad y deseo de ayudar a sus iguales.
 - Jóvenes entre 17 a 28 años, estudiantes, trabajadores, cesantes.
- A la vez que desarrollan una acción que es considerado «un nivel» en si mismo, ya que a través de la acción que realizan, logran «desarrollarse y prevenirse», en relación al medio y la drogadicción.

La comunidad poblacional

- Desintegrada, con escasa trayectoria de organización.
- Insensible ante el problema de la juventud en general y específicamente en relación con la drogadicción.
 - Con focos y centros de venta y tráfico de drogas.

IV.- ESTRATEGIA DE LA INTERVENCION COMUNITARIA DE LA CALETA

4.1.- Trabajo Callejero

El elemento central de la intervención comunitaria es el Trabajo Callejero. Entendemos por Trabajo Callejero el insertarse en el medio ambiente poblacional, en el cual el que interviene se ubica donde está el inhalador y su problemática. Este Trabajo Callejero es encontrarse con el inhalador y los demás sujetos (familia, menores de prevención, organizaciones y los vecinos) en su propio ambiente (el pasaje, la calle, la esquina, la cancha, afuera o dentro de su casa, el pool, etc.). En este encuentro se desarrolla la labor educativa, preventiva, orientadora, facilitadora, se conoce al inhalador y su múltiple problemática. Desde esta perspectiva, las sedes o caletas donde se desarrollan encuentros, reuniones, talleres, etc., son complemento y no lo más importante de la intervención comunitaria. Dentro de esta forma de trabajo está el reconocimiento y respeto de una realidad, la cual es que el espacio natural (donde juega, trabaja, convive etc.) del inhalador, es la calle.

4.2.- Acciones Centrales

En este marco de Trabajo Callejero, nuestra labor realiza 6 acciones o elementos centrales y que desarrollamos en esta sistematización. Estos elementos están presentes en todo momento del proceso, si bien algunos de éstos adquieren mayor fuerza o énfasis, en etapas o momentos del proceso.

También, estos elementos están relacionados en forma dinámica entre sí, que incluso se podría llegar a afirmar que si uno o más de ellos faltan o no están presentes, afectan a otros e incluso a todo el proceso. Estos elementos, que se expresan a veces como sentidos (intención) otras veces como objetivos, tienen detrás de sí formas y acciones concretas, pero estas acciones y formas concretas no son rígidas ni han sido formalizadas, existiendo casi siempre más de una acción o forma concreta para avanzar en la conjunción de uno de estos objetivos. Por otra parte, también es claro que se realizan acciones que en sí mismas o en su desarrollo buscan alcanzar más de un objetivo.

Estos elementos son:

- 1. Conocer
- 2. Organizar
- 3. Administrar Recursos
- 4. Denunciar
- 5. «Atender» (Tratamiento)
- 6. Prevenir

1.- Conocer: Este debe ser uno de los elementos que está más presente en todo el proceso de la intervención comunitaria, incluso se desarrollan acciones de conocimiento antes de iniciar la intervención en los sectores específicos.

Dentro del marco del programa se dan dos tipos de conocer. Por una parte, y tal vez con mayor cantidad, es el conocimiento informal, cuya característica es el de ser intuitivo, asistemático, no escrito, generado a partir de la simple observación, el intercambio de opiniones y/o percepción, más que conocimiento en realidad se trata de datos, información e interpretaciones personales y colectivas. Por otra parte, está el conocimiento formal que sin duda es bastante reducido, su característica es el estar escrito y/o registrado, destacándose entre éstos los informes de evaluación, las fichas de individuos, registro de algunas actividades, los proyectos, etc. Este conocimiento formalizado se ha generado con dificultad y habría que destacar que la participación en su elaboración no es pareja entre los distintos sujetos que participan en la intervención comunitaria. Lamentablemente, muchas veces ésta es una «tranca de los encargados». Por otra parte, el trasfondo de este conocer, tanto formal como informal, no es el conocer en sí mismo, si no que la mayoría de las veces está orientado a la acción, se conocen para tomar decisiones, para actuar sobre situaciones específicas, para modificar realidades, etc. Y este conocimiento surge de la propia realidad.

Con la plena certeza, por la complejidad de esta tarea que es el conocer y por limitaciones propias, que no es posible reconstruir por escrito todo lo que implica conocer dentro del marco de la intervención comunitaria, se aventura una lista de las acciones en este ámbito.

Conocimiento previo: Antes de llegar a un sector específico, se parte con un conocimiento inicial de éste, se sabe:

• Ubicación geográfica, comuna o área a que pertenece.

• Algunos elementos históricos y sociales, origen de la población, en términos generales (campamento, villa, población), nivel de problemas sociales, económicos, de infraestructura. Incluso, se parte de la premisa que éstos existen y tienen una cierta gravedad.

•Antecedentes de consumo de droga o al menos se intuye que éste existe. Este conocimiento previo se adquiere de distintas formas o por distintas situaciones. Entre las personas que aportan información se encuentran los dirigentes poblacionales, los religiosos, los pobladores, entidades. También se adquiere este conocimiento o percepción mediante la «fama» de las poblaciones presentes en los medios de comunicación, en la gente, en las autoridades. Ayuda también el estar inserto en una población específica que permite hacerse una visión de las poblaciones vecinas.

Este conocimiento previo, a veces acompañado con la solicitud de dirigentes, personas o por propia decisión del equipo, hace que «vayamos a ver» y «conocer en terreno» un sector.

Diagnóstico inicial: Una vez tomada la decisión de asumir un sector específico, se da el paso de ir a él, y una de las primeras cosas que se realizan son el vincularse a personas de la población (dirigentes, vecinos, agentes pastorales, servicios presentes en el sector, especialmente consultorios). Otra acción es el recorrido por la población, el caminar por suscalles, pasajes, plazas (si es que existen).

Estos vínculos y recorridos permiten reafirmar o cuestionar el conocimiento previo que se tiene de la población.

En el caso que existan personas interesadas en organizarse para actuar sobre el problema de la drogadicción, dentro de las primeras reuniones se ha realizado una técnica de diagnóstico, ésta consiste en plantear cuatro ó cinco preguntas:

- Si se conocen inhaladores o drogadictos, cómo se llaman?
- · Cómo son esos inhaladores o drogadictos?
- Por qué son así?
- · Cómo son sus familias?
- · Qué podemos hacer para enfrentar el problema?

Estas mínimas preguntas son planteadas, a veces, a las organizaciones o a los pobladores.

Otras veces no se ha usado esta técnica y se ha recurrido a conversaciones informales con posibles monitores, dirigentes o pobladores en general.

Conocimiento permanente: Una vez que existe un equipo de monitores o el compromiso de serlo se comienza un conocimiento más específico de la realidad, éste se da en el vínculo y contacto con los posibles sujetos del trabajo. A través de los monitores, de los pobladores se comienza a tomar contacto con inhaladores, menores en alto riesgo, familias y organizaciones.

En esta fase se busca conocer, pero especialmente validarse, legitimarse, ganar confianza de los sujetos, es decir, se trata de un conocimiento mutuo.

Conocemos, pero también nos conocen. Este conocimiento personal es permanente y dinámico, no basta sólo con saber cómo es el sujeto al momento del contacto, interesa ir conociéndolo en su historia personal, en su proceso, en su relación con los demás.

El conocimiento se adquiere mediante conversaciones, el verlos actuar, pero también aparte de lo que dicen los demás. Cuando se plantea conocer a los sujetos del trabajo, se hace referencia a todos los niveles (inhaladores, familias, organizaciones, monitores, incluso el encargado sectorial).

Se dice que hay conocimiento informal, y sin duda que el formal presenta mayores dificultades ya que implica una elaboración escrita o audiovisual, que requiere de tiempo y de desarrollar capacidades de redacción y escritura y/o audiovisuales.

Dentro del conocimiento formalizado se ha realizado o deberían realizar a lo menos lo siguiente:

A.- Diagnostico Sectorial:

- a.1.- Ubicación e historia del sector (ojalá incluir el plano)
- a.2.- Antecedentes demográficos generales.
- a.3.- Antecedentes de urbanización e infraestructura.
- a.4.- Antecedentes organizacionales.
- a.5.- Antecedentes de problemas más graves y/o sentidos.
- a.6.- Antecedentes sobre problemática, alternativas frente a la drogadicción.
- B.- Fichas de sujetos (al menos de los inhaladores o drogadictos, menores en alto riesgo, organizaciones del sector, monitores)
 - b.1.- Antecedentes de identificación.
 - b.2.- Relación con el programa o experiencia.
 - b.3.- Antecedentes de salud, educación, trabajo, familias, etc.
 - b.4.- Relación con la droga.

Estas fichas debieran contestarse progresivamente, una alternativa seria.

Dentro de los seis primeros meses de contacto, antecedentes de identificación, relación con el programa, relación con la droga.

Dentro de un año: antecedentes de salud, educación, trabajo, familia, etc. Para el caso de las Organizaciones del sector y los monitores debería no pasar más de tres meses desde el contacto.

C.- Evaluaciones escritas por períodos (seis meses y anuales).

Elementos de programación del trabajo (objetivos, actividades, metodología, propuesta).

Resultados (logros, dificultades, deficiencias).

- D.- Otras maneras de formalizar el conocimiento usado han sido:
- d.1.- Registro de actividades.
- d.2.- Actas de reunión.
- d.3.- Cuaderno de trabajo diario.
- d.4.- Pauta de seguimiento.
- d.5.- Registro de audiovisual (cassettes, diaporamas, videos).
- d.6.- Exposiciones.
- d.7.- Boletines, folletos, cartillas, afiches.

Diagnóstico final: Idealmente nuestra experiencia se ha planteado que la intervención en un sector debería ser de aproximadamente 3 años, esto no siempre es así y se dan distintas situaciones, en unas antes de que se cumpla ese plazo, en otras después, se ve que algo pasa en el sector que pareciera que no

se puede o debe seguir con la intervención comunitaria. De alli la necesidad de tener un diagnóstico final.

Este debería contemplar a lo menos:

- a.- Historia del proceso seguido (para esto es básico tener una recopilación de los materiales elaborados durante el tiempo de la intervención comunitaria).
- b.- Situación actual de la problemática de drogadicción (aquí hay que considerar el aumento, mantención o disminución del consumo de drogas, la situación de los drogadictos en abstinencia, de los crónicos, nuevos consumidores, la situación de alto riesgo, etc).
 - c.- Proyecciones del sector (las preguntas básicas aquí son;
- ¿ Qué pasa si se deja o no de realizar la intervención comunitaria?, ¿ Qué pasa con el equipo de monitores?.
- 2.- Organizar: Este elemento que es uno de los fines y medios de nuestra labor, está presente desde el inicio de la intervención comunitaria. Teniendo su primera expresión en la organización básica del equipo de monitores, tal vez su última, al menos desde la perspectiva y participación del programa La Caleta, es la organización autónoma del equipo de monitores.

Entre ambas situaciones, se da o debería darse a lo menos las siguientes organizaciones:

A.- Inhaladores: Si bien la mayoría de las veces nos encontramos con un grupo o patota de inhaladores, con su propia organización, reglas, historia, etc., a través de la intervención comunitaria buscamos entre otros objetivos, el cambiar y/o ampliar el sentido y la práctica del grupo o patota en pos de que desarrollen una alternativa organizacional, que rescatando lo positivo de ella (solidaridad, esapontaneidad, compromiso afectivo), que tanto hacia adentro como hacia afuera (frente a la población) se traduce en conductas, acciones, relaciones que favorezcan la abstinencia del consumo de droga y se transforme en un aporte al desarrollo organizacional del sector. El ideal de organización desde este nivel es la constitución de un tipo de grupo de rehabilitación (nueva vida). Hay que tener claro que esto no es posible y que a veces la alternativa es el término natural o intencional del grupo o patota o a lo menos de parte de ella.

En este caso, pero también en forma paralela a la mantención del grupo patota, es posible, a pesar de lo difícil que resulta muchas veces la integración de ex inhaladores a otras organizaciones o grupos al parecer en clubes deportivos donde es muy posible insertarlos pero también existe la posibilidad de insertarlos en otras organizaciones juveniles (dependiendo del nivel

organizacional y disposición en el sector). Si aún ha sido poco frecuente existen algunas experiencias de la integración de ex inhaladores al grupo de monitores.

B.- Familias: La experiencia nos muestra que no podemos hablar de organización de familias de los inhaladores, ni siquiera de familias de prevención por supuesto que hay excepciones, más bien se trata de organizaciones de madres, tanto de inhaladores como de prevención.

Al plantearse la organización de las madres hay que considerar algunas realidades comunes de ellas.

- a.- Normalmente se trata de mujeres sin experiencias anteriores en cuanto a organizaciones, incluso muestran recelo de ellas.
- **b.-** Su mayor preocupación y tiempo está dedicado a la subsistencia de su grupo familiar.
- c.- Existe resistencia del grupo familiar para que participen, especialmente del esposo o conviviente.
- d.- Por su historia y situación de vida están en un estado permanente de depresión, fatalismo y/o resignación (nada puede cambiar).
- e.- Existe conflicto, a veces graves entre ellos producto de peleas, celos, amenazas, culpas.

Dada esta realidad, el organizarlas es partir de cero e incluso con muchos elementos en contra, esto implica que el proceso es lento y que muchas veces no se logra el objetivo de crear la organización o sólo participan algunas de ellas.

Organizar las madres persigue tres objetivos complementarios entre sí; crear un espacio para ellas en cuanto a ser mujeres, buscar alternativas colectivas de subsistencia y favorecer su orgánica interna y cuando el proceso lo posibilita coordinarlas con otros grupos poblacionales o de subsistencia.

Prevención: A partir de la valorización e importancia que damos a lo colectivo y la organización, nos interesa que los menores que participan tengan esta experiencia. Depende de la realidad de cada sector el alcance que tenga en este nivel la experiencia de organización, en algunos casos será el experimentarlo, en otro consolidar una organización infantil más permanente y con mayores grados de autonomía.

Organización sectorial: En este nivel más que hablar de organización, en el sentido de crear organización, la experiencia y la intervención ha sido el coordinarse con las organizaciones existentes, juntas de vecinos, grupos pastorales, organizaciones sociales y culturales, clubes deportivos, etc. Hay que considerar que en la realidad poblacional no siempre existen organizaciones o si las hay éstas siempre tienen dificultades en su funcionamiento o permanencia, existen también experiencias negativas de coordinación, proble-

mas de liderazgo o recelo y/o rechazo a los sujetos vinculados a la drogadicción y sus problemas afines.

La coordinación en las organizaicones sectoriales, desde la perspectiva nuestra, tiene dos intenciones, por una parte involucrar y comprometer a los pobladores y sus organizaciones frente a la realidad y alternativas frente a la drogadicción, apoyando y aportando con ideas, informaciones, recursos, etc. y, por otra el hacernos parte, incluyendo a todos los sujetos de la intervención comunitaria en el movimento social popular, compartiendo sus reivindicaciones, demandas y propuestas.

En términos generales planteamos, con este elemento de organizar, desde estimular y crear las condiciones mínimas para que surjan organizaciones en cada nivel, hasta favorecer y crear condiciones para que una vez logrado cierto nivel de consolidación se busque su autonomía. Entre ambos momentos se dan un gran número de acciones, destacándose entre ellas:

- a.- Captación y sensibilización de los sujetos mediante la invitación a la participación, la realización de actividades recreativas.
- **b.-** Desarrollo de un programa de actividades de acuerdo a necesidades e intereses de los propios participanes.
- c.- Elección y/o designación por consenso de cargos y responsabilidades al interior del grupo.
- d.- Reduccción y enfrentamiento de conflictos y problemas que surgen en el grupo.
- e.- Vínculo o actividades con otros grupos o realizadas hacia afuera del grupo.
 - f.- Integración permanente de nuevos miembros.
 - g.- Generación de recursos propios para actividades.
- 3.- Administrar recursos: Entendiendo en forma amplia los recursos que se consideran, tanto los de tipo humano, materiales y económicos. Administrar-los significa conseguirlos, generarlos mediante actividades, hacer uso racional y transparente de ellos, dar cuenta de ellos.

Por recursos entenderemos:

Recursos humanos: Al interior de cada población existen personas que conocen un oficio o que prestan algun servicio, dispuestos a cooperar en la labor que realizamos, es el caso de los miembros del grupo de la salud, que están dispuestos a prestar atención de primeros auxilios, un maestro o trabajador que está, puede enseñar algún oficio o técnica.

También a veces tenemos la posibilidad de acceder a personas de fuera del sector que puedan, a veces, prestar algun apoyo, es el caso de algunos

profesionales de los centros de salud, profesores, estudiantes, etc.

Recursos materiales: Entendemos por esto la gama de sedes o locales, material didáctico, herramientas, equipos audiovisuales, implementos, o equipos de alimentación, etc., muchos de estos recursos son posibles de conseguir o generar al interior de la propia población, otros son posibles de conseguir con instituciones, grupos y servicios públicos o privados.

Recursos económicos: En este caso nos referimos al dinero, parte de él es posible y de hecho generado en las mismas poblaciones a través de campañas, rifas, colectas, etc., otra parte ha sido conseguida y canalizada por el programa mediante proyectos o solicitudes a organismos públicos o privados.

Si bien estos tres elementos, conocer, organizar y administrar recursos son permanentes e importantes dentro de nuestra labor y de cualquier intervención comunitaria, existen a lo menos otras tres que son claves o centrales, éstos son;

Denunciar, «atender» y prevenir el problema de la drogadicción en los sectores populares.

4.- Denunciar: Dado que la drogadicción es más que el tráfico o sólo el consumo de drogas y/o el problema individual del consumo de droga y que también tiene que ver con las condiciones, causas y efectos y consecuencias vinculadas a ellas, la denuncia apunta a desenmascarar y denunciar este problema como una situación política, económica y social, en que los drogadictos más bien son víctimas y el consumo de drogas en los sectores populares, un síntoma del problema que viven los sectores marginales de nuestra sociedad.

La intervención comunitaria que realizamos supone en sí misma la intención de denunciar, en tanto que desarrollamos una labor que debería asumir el, Estado, responsable de velar por la salud fisica y mental de la población, que además damos a conocer el problema y lo que hacemos en los medios de comunicación, foros, charlas, encuentros con instituciones u organismos públicos o privados.

En cada sector este elemento de denuncia lo hacemos presente mediante nuestra presencia y acción permanente, aunque también, intencionalizamos estas acciones concretas, es el caso de las campañas poblacionales, mediante las cuales realizamos tizadas, pegatinas, murales, actos culturales y denuncia, foros folletos, afiches.

5.- «Atender» (tratamiento): Al hablar de tratamiento, corremos el riesgo de que se entienda que lo que se hace es atención clínica o se vincule con la concepción de rehabilitación propia de los centros que abordan el consumo

de drogas desde una perspectiva psicológica o médica. Tal vez sea ésta la razón por la que haya que nombrar «atención» nuestra labor. Con ello queremos expresar la integralidad del tratamiento en cuanto nos interesan los inhaladores en sus múltiples facetas.

Nos parece apropiado referirnos al documento El sujeto de trabajo de nuestro programa, definiciones y proyecciones. Este trabajo elaborado por el equipo La Caleta en el período 86 - 87, sintetiza la labor que hemos realizado y que deberíamos continuar realizando en este nivel. Es cierto que no ha sido un material al cual recurramos constantemente y aún más es probable que muchos del equipo no lo conozcamos, a pesar de ser un documento que da claridad de los objetivos a alcanzar y de las actividades posibles de desarrollar con los inhaladores y desde ellos los demás niveles de trabajo, por ello nos parece adecuado tenerlo presente, en esta sistematización.

- 6.-Prevenir: si bien hemos usado normalmente el término prevención para referimos al trabajo que realizamos con los menores en alto riesgo (prevención mayor, y prevención menor) la labor que realizamos tiene una connotación más amplia respecto a prevención, expresión de ello es que estamos previniendo, a lo menos en las siguientes situaciones.
- a.-Equipo de monitores; se ha planteado que los monitores son pobladores que muchas veces comparten los mismos problemas que los inhaladores, por tanto el hecho que se organicen, se cuestionen y se formen frente a la problemática de la drogadicción y además se responden a algunas necesidades e intereses, tales como: recreación, uso del tiempo libre, participación, desarrollo cultural, desarrollo personal, etc., se está realizando una labor preventiva.
- b.- Grupos de madres; es sabido de la importante incidencia que tiene la problemática familiar en el inicio y mantención del consumo de droga. El realizar una labor con las madres tieneo debe tener, por tanto, alguna influencia en la prevención de la drogadicción de los miembros del grupo familiar, especialmente entre los menores.
- c.- Trabajo poblacional; tanto la labor de reflexión y contacto que se realiza en las organizaciones poblacionales, como las campañas poblacionales son un medio favorable para crear un ámbito antidrogas. Un cambio de actitud por parte de los pobladores y sus dirigentes que signifique, no ignorar el problema y no marginar a las comunidades y el hacer presente el problema y/o sus alternativas de solución a nivel poblacional., mediante afiches, murales, actos o actividades callejeras, permiten aminorar y a veces disminuir el progresivo crecimiento que tiene el consumo de droga.
- d.- Trabajo con inhaladores; con la atención de los inhaladores se está incidiendo en el prevenir del consumo a otros niños y jóvenes. El fenómeno de la drogadicción lleva a que los consumidores constantemente estén incitando

e iniciando a otros en el consumo. La labor que se realiza con los inhaladores busca que éstos dejen el consumo y no inicien a otros en ello.

e.- Trabajo con niños en alto riesgo; El programa ha querido diferenciar la prevención con niños en alto riesgo, en Prevención Mayor; que se realiza con menores, hombres y mujeres, entre los 10 y 14 años de edad y, en Prevención Menor, que se realiza con menores hombres y mujeres, menores de 10 años.

La labor que se realiza; encuentros semanales de recreación, reflexión de temas de interés, tales como; ecológicos, sexualidad, hábitos de higiene, teniendo como tema de fondo un aprender a decir no a las drogas.

En el marco del Programa se ha elaborado una serie de predictores sobre alto riesgo.

V. PREDICTORES

A continuación entregamos algunos elementos que nos ayudarán a discriminar mejor su situación y a predecir cuán cerca está de llegar a ser drogadicto, si no hacemos algo con el conjunto de la comunidad.

También nos facilitará el saber hacia dónde tenemos que dirigir nuestros esfuerzos.

Estos predictores amplían los elementos de la definición anterior y puede ser un buen instrumento de trabajo en la formación de los monitores en cuanto a discriminar estas realidades, sus consecuencias, causas y prioridades en la atención.

5.1.- Predictores en cuanto a la Droga

• Uso ocasional de productos adictivos (neoprén, otros).

5.2.- Predictores en la Familia

- Tolerancia de los padres al uso de alguna droga
- Hermano o pariente cercano drogadicto
- Alcoholismo de los padres
- Madre sola, con varios convivientes
- Desinformación de los padres del quehacer del niño
- Percepción lejana del niño hacia sus padres y rechazo familiar.
- Experiencias de abandono del hogar
- Castigo familiar (físico o psicológico)

- Falta de afecto paterno
- · Hijos no deseados
- · Abuso sexual en la familia

5.3.- Conductas predictoras de Riesgo

- Falta de disciplina
- Conductas delictivas (robos, otros)
- La mentira
- Lenguaje y actitudes achoradas
- · Conflictos de relación con el vecindario
- · Uso de la fuerza física para resolver conflictos
- Vagabundaje

5.4.- Predictores de Autoestima y afectividad

- Inseguridad
- Apodo y lo que en él significa
- Falta de hábitos de higiene
- Fatalismo
- Dificultades para mantener relaciones cálidas y profundas
- Desconfianza en los otros
- Carencia afectiva

5.5.- Predictores en lo Económico

- Falta de recursos económicos en la familia (cesantía)
- Robos
- · Macheteo, mendicidad
- Experiencias laborales tempranas.

5.6. - Predictores en Salud

- Problemas pre y post natales
- Enfermedades de pediculosis y sarna
- Tendencia a la hiperkinesia

5.7 - Predictores de Socialización

• Refugio social, grupo de pares y patota con similares problemas.

5.8. - Predictores de la Escolar

- Escolaridad atrasada
- Deserción temprana
- Analfabetismo
- Trastornos de aprendizaje
- Bajo nivel intelectual

El trabajo preventivo también ha sido usado como una estrategia de intervención comunitaria, ha servido como una forma de llegada y de intervención en la comunidad, esto es, a partir de las dificultades, temores y/o no sentirse capacitados que tienen los monitores, para realizar desde un primer momento el trabajo con los inhaladores, ha servido para llegar a conocer y realizar una labor con los drogadictos.

El trabajo preventivo se desarrolla en lo que representa más claramente un foco de riesgo ambiental, es decir, en el lugar donde los problemas, incluído el tráfico y consumo de droga, son más graves.

VI. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

En este último año hemos planteado, que el modelo de intervención comunitaria de La Caleta tiene tres grandes etapas; Inicio (contacto) -Desarrollo (socialización) - Término (egreso), en que los límites de cada una de ellas, no son precisos. En términos generales estas etapas o momentos están caracterizados por:

6.1.-Inicio (contacto)

Abarca desde el momento en que se plantea iniciar la intervención comunitaria en un sector, hasta el momento en que se decide y opta más formalmente por desarrollar en ella esta labor. Dependiendo del sector y del nivel de trabajo, el contacto se da de distintas maneras. Desde la perspectiva del sector algunas formas son:

a.- El equipo del programa decide intervenir en un sector, usando algunos de estos criterios complementarios:

a.1.- El sector se encuentra cercano a otro donde ya realizamos una intervención y/o

a.2.- El sector tiene fama, por el número de consumidores o gravedad del

problema de drogadicción y/o

a.3.- Las condiciones sociales materiales hacen sospechar que se traa de un sector con graves problemas de drogadicción.

b.- Al programa le es solicitado que intervenga en un sector, esta solicitud normalmente ha venido de:

b.1. Un grupo de pobladores que quieren hacer algo frente al problema y no saben cómo o no se atreven solos.

b.2.- Dirigentes, agentes pastorales, pobladores que informan de la situación del sector.

Una de las primeras acciones que realizamos, en ambos casos, es un diagnóstico inicial y toma de contacto con personas del sector. Con ello logramos una apreciación que nos permite proyectar la intervención comunitaria.

Luego, y a veces en forma paralela a lo anterior, comenzamos a vincularnos con los posibles sujetos, especialmente con los pobladores que manifiestan o visualizamos con mayores posibilidades de ser monitores o que ya están realizando algunas acciones o se han constituído como grupo. Si no se dan estas últimas situaciones, de existencia de un grupo de monitores, los primeros esfuerzos que se mantienen a lo largo de todo el proceso, es la preparación y constitución de un grupo de monitores.

Esta labor de captación de monitores es tanto directa como indirecta; se visitan organizaciones, se conversa con dirigentes y pobladores. Cuando se ha logrado enganchar personas interesadas, se les motiva a que ellos también busquen e inviten a otros interesados.

La constitución de una organización básica de monitores, es lo que determina normalmente que el Programa opte y se mantenga en un sector. La no existencia, no constitución o desaparecimiento del grupo de monitores significa, regularmente el término de la intervención comunitaria.

De acuerdo al interés, disposición, capacidad y experiencia de los monitores se inicia el contacto con uno o más niveles de trabajo:

a.- En algunos casos se parte por conocer y contactarse con los inhaladores, se buscan directamente o a través de otras personas, también se aprovechan los contactos de los propios monitores: acercarse a uno o más inhaladores posibles, ganar su confianza, dándoles a conocer quiénes somos y que queremos e invitándolos a una actividad o a volver a encontrarse.

El contacto con uno o algunos permite, después de un período, llegar a conocer y contactarse con la patota. Las primeras actividades que se realizan son del tipo recreativo y/o conversaciones informales.

b.-En otros casos se inicia el contacto con menores en alto riesgo,

invitándolos a participar en acividades recreativas que se desarrollan en el mismo sector foco, normalmente en la calle, la invitación inicial es amplia, a todos los menores del sector foco, posteriormente se da una selección y preocupación especial por aquellos menores que presentan más alto riesgo, entablando con ellos una relación más personalizada.

- c.- A veces, antes o en forma paralela se da un contacto inicial con las organizaciones poblacionales, con ello se busca:
 - Conseguir recursos, especialmente un local donde funcionar
 - Contacto con posibles monitores, inhaladores y menores en alto riesgo
- d.- El contacto familiar, normalmente es posterior a la relación que se establece con los inhaladores y los menores en alto riesgo, con este contacto se busca:
 - Tener conocimiento de la realidad familiar
- Conseguir permisos y autorizaciones, especialmente para las actividades de prevención, que se desarrollan fuera de la población (paseos, campamentos, encuentros zonales etc.)
- Comprometer a las madres en el apoyo a las actividades (preparar leche, cuidado de los más pequeños, arreglar locales etc.)
 - Invitar a las madres a reunirse, con la idea de crear un grupo.

Esta etapa de contacto inicial dura aprox. entre 6 a 8 meses pero la labor de contacto es permanente, pues siempre se están conociendo e invitando a participar a nuevos monitores, inhaladores, madres, o familiares y organizaciones.

6.2. Desarrollo (Socialización)

Esta es la etapa medular de la intervención comunitaria, en ella se lleva a cabo los programas de cada nivel.

No siempre todos los niveles llegan o están en esta etapa al mismo tiempo. Algunos inician y superan más rápidamente la etapa de contacto, particularmente el nivel de Prevención Mayor, y comienzan a desarrollar programas más sistemáticos.

Las actividades y objetivos de esta etapa son múltiples y dependen de la realidad de cada sector, influye en ello el compromiso, capacidad, tiempo, y experiencia tanto del encargado sectorial como de los monitores.

La forma de programación usada frecuentemente es que sean los propios monitores quienes la elaboren, fijandoobjetivos, actividades y calendarización. De todos modos se han ido dando algunas constantes en estos años respecto a cómo realizar el trabajo en los niveles.

Inhaladores:

- Constitución del grupo, tratando de respetar la patota natural.
- Realización de actividades recreativas, informales en forma semanal.
- Realización de pre talleres y talleres (artesania, elementos básicos de oficios), para el desarrollo de conductas laborales básicas.
- Desarrollo de actividades recreativas fuera de la población (paseo, salidas, campamentos, etc.)
- Resolución o derivación de los Inhaladores, para resolver problemas concretos de salud, educación, alimentación, judiciales, etc.
- Encuentros individuales y visitas a sus hogares para conocer y resolver problemas personales de los inhaladores.
 - Desarrollo de experiencias educativas-laborales (escuelas-talleres).

Prevención:

- Constitución de grupos de Prevención Mayor y Menor en los lugares focos.
 - Realización de actividades recreativas-educativas semanales.
- Desarrollo de actividades recreativas fuera de la población (paseos, campamentos, etc.)
- Resolución o derivación de los menores en alto riesgo para resolver problemas de salud, educación, protección, alimentación, etc.
 - Creación de programas infantiles.
 - Realización de actividades de apoyo escolar.
- Visitas a sus hogares para conocer la realidad familiar, resolver conflictos, invitar a actividades.

Familias:

- Creación de grupos de madres de inhaladores y/o prevención.
- Conversaciones o reflexión de temas de interés.
- •Visitas a sus casas, para conocer la realidad familiar, resolver situaciones de conflicto, incentivar la participación, etc.
 - Creación de alternativas de subsistencia (talleres, ollas comunes)
 - Actividades recreativas (paseos, salidas, etc)
- Derivaciones de miembros del grupo familiar, para atender problemas de salud, vivienda, educación, alimentación, judicial, etc.
- Realización de terapias breves con el grupo familiar, enfrentamiento de conflictos, problemas o situacions que se dan al interior del grupo familiar.

Organizaciones:

- Visitas a dirigentes y miembros de organizaciones del sector
- Participar en reuniones con organizaciones
- Participación en coordinaciones de organizaciones
- Programar, organizar y ejecutar actividades poblacionales amplias en

conjunto con organizaciones (aniversarios, fiestas, actos culturales, etc.)

• realizar foros, mesas redondas para dar a conocer lo que se hace y el problema de la drogadicción.

Comunidad Poblacional:

- Campaña poblacional de denuncia que incluye la realización de múltiples actividades: foros, murales, tizadas, actos culturales. pegatinas de afiches, reparto de volantes, videos, etc.
 - Campaña de recursos: rifas, completadas, etc.

Monitores:

- Reuniones semanales o quincenales para organizar y evaluar el trabajo.
- Jornadas sectoriales o intersectoriales de programación y evaluación del trabajo.
 - · Paseos, campamentos sectoriales o multisectoriales.
 - Jornadas o talleres de formación sectorial o multisectorial
- Fiestas, celebración de acontecimientos importantes sectoriales o multisectoriales (cumpleaños, navidad, fiestas patrias, etc.)

6.3.- Término (egreso)

El programa se ha planteado que el tiempo de duración de las experiencias sectoriales deberán ser aproximadamente de tres años, pero no están claros aún los criterios o condiciones para dejar el sector.

Se debe diferenciar la situación de término o de egreso, algunas de estas situaciones son:

- a.- Desde la perspectiva de los sectores se termina el apoyo, no necesariamente la intervención comunitaria, porque el equipo de monitores puede continuar en forma autónoma, que es además la situación ideal, cuando:
 - No logra constituirse un grupo de monitores
 - Existiendo un grupo de monitores, éste desaparece
- Pasado un tiempo de contacto e intervención en el sector, no se detectan inhaladores y/o los que existen son crónicos
- Se dan conflictos en el equipo de monitores que hace que la opción más acertada sea poner término a la experiencia.
- La experiencia se centra exclusivamente en el trabajo preventivo (trabajo infantil).
- b.- Desde la perspectiva de los sujetos, corresponde plantearse la situación de egreso más que de término. Este se da cuando:

Inhaladores:

• Termina la experiencia sectorial

- Abandona el sector por cambio de domicilio
- Se transforma o se mantiene como consumidor crónico
- Deja de participar o se aleja voluntariamente
- Logra un período de abstinencia o hace abandono definitivo del consumo de drogas, al menos de neoprén.
- Es declarado reo o condenado a prisión. Si bien existen casos en que se sigue en contacto o se le brinda algún tipo de apoyo jurídico o social.

En este último período nos hemos estado planteando, y existen algunas experiencias al respecto, seguir un proceso de egreso, éste es:

Pre-egreso: El objetivo de esta sub-etapa, es el refuerzo de la abstinencia, comienza en el segundo semestre del segundo año en que el joven se inserta al programa. Los ejes centrales son la capacitación y la inserción laboral, reforzada y trabajada en forma grupal (grupo de pre-egreso). Es importante realizar experiencias de ayuda y proyección a la comunidad. La etapa está marcada o definida por un contrato o compromiso entre el menor o joven y el programa, en que se rescate el proceso anterior.

El vínculo en esta sub-etapa es quincenal, mediante reuniones que aborden lo personal, lo laboral, temas de interés, la relación con la familia, la patota y la droga.

Egreso: El objetivo de esta sub-etapa es la autonomía personal y la asbtinencia de las drogas, se centra en que el menor o joven realice una labor remunerada y estable.

Se plantea la posibilidad de que algunos monitores o personas de la población asuman más de lleno una labor de acompañamiento en esta etapa.

Se busca que los jóvenes se vinculen a otras organizaciones o instancias. Las reuniones o encuentros son trimestrales, tipo jornadas, en que se profundizan los temas de la sub-etapa anterior.

Monitores:

- 1.- Termina la experiencia sectorial
- 2.- Cambio de domicilio
- 3.- Deja de participar o se aleja de la experiencia voluntariamente.
- 4.- Asume alguna responsabilidad laboral dentro del Programa La Caleta.
- 5.- Entra en conflicto con su equipo de monitores
- 6.- Cambia su situación personal (formación de pareja, un nuevo trabajo o estudios, etc.)

Un problema planteado es cuándo un poblador comienza a ser monitor y cuándo deja de serlo. Una alternativa propuesta es formalizar mediante algún tipo de cóntrato o compromiso, el inicio y el término del rol de monitor. Existen experiencias de Pre-monitores, en algunos sectores, posibles de ser generalizadas.

Prevención:

- 1.- Termina la experiencia sectorial
- 2.- Cambio de domicilio
- 3.- Deja de participar voluntariamente
- 4.- Es internado o sometido a alguna medida de protección
- 5.- Pasa a ser Pre-monitor.

DESARROLLO DE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN UN SECTOR POBRE, A TRAVES DE GRUPOS DE ENCUENTRO PARA JOVENES

Rubén Alvarado M. Oscar Soto Susana Pezoa T.

I. INTRODUCCION

Los jóvenes y sus problemas son tema de gran preocupación en las últimas décadas.

El manejo de su sexualidad y el embarazo en adolescentes, el consumo de drogas y alcohol, el suicidio, la delincuencia y la participación en actos de violencia social, son algunos de los temas más debatidos en la actualidad (1). Pero es imposible ver estos problemas sin considerar las peculiaridades de esta etapa del ciclo vital, así como el contexto social donde se dan (1,2).

El enfoque psicosocial ofrece una interesante perspectiva para su comprensión. Páez y cols. (3) clasifican los factores psicosociales en tres categorías:

- macrosociales : sexo, clase social, edad, etc.;
- microsociales : red y soporte social, etc.;
- psicológicas: autoestima y autoimagen, estilos atribucionales, etc.

Desde la sociología también hay importantes aportes acerca de la relación que el joven establece con la sociedad en su conjunto y sus instituciones. Conceptos como anomia y alienación han permitido comprender mejor algunos de los problemas señalados anteriormente (4,5,6).

El propósito de esta presentación es relatar una experiencia de intervención comunitaria dirigida a adolescentes de sectores pobres, a través de lo que hemos llamado Grupos de Encuentro para Jóvenes.

II. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

2.1.- Descripción del contexto

El trabajo con jóvenes está inserto en un Programa de Salud Mental Poblacional que fue realizado entre 1985 y 1991, en las poblaciones de Nogales, Santiago y Oscar Bonilla, ubicadas en la Comuna de Estación Central, en el sector poniente de Santiago (7).

Este programa tuvo actividades de promoción de la salud mental (talleres

para embarazadas, de parejas, de mujeres, etc.), así como atención clínica integral (individual, familiar y grupal) dada por un equipo multidisciplinario. Todas estas acciones estaban coordinadas con el Consultorio de Salud de Atención Primaria y las diferentes instituciones (Iglesia, Juntas de Vecinos, etc.) y organizaciones sociales (centros culturales, grupos de mujeres, etc.) existentes en el sector.

La zona que comprendió este programa tenía alrededor de 45.000 habitantes (no había un censo actualizado) y se caracteriza por presentar un espectro socio-económico que va desde la clase media baja a la indigencia, ubicándose la gran mayoría bajo la linea de pobreza para nuestro país.

La población Nogales es uno de los primeros barrios marginales que se crearon en Santiago. Fue producto de una toma de terrenos hace poco más de cuatro décadas. Las otras dos poblaciones fueron construidas como soluciones habitacionales para familias pobres, durante la década del sesenta y comienzos de los setenta. Esta historia condiciona dos fenómenos relevantes: 1º, que la población es heterogénea tanto desde el punto de vista demográfico como socio-económico; y 2º, que hay un gran desarrollo de organizaciones políticas y comunitarias, con una larga tradición y experiencia.

En relación a las condiciones de vida de los jóvenes:

- éstos viven en familias de pocos recursos y, en diferentes aspectos, desintegradas (padres separados, madre que ha tenido sucesivos convivientes, hermanos que viven con otros familiares, hijos que a temprana edad asumen el rol de proveedores, etc.);
- la mayoría se esfuerza por terminar sus estudios, incluso en lugares alejados de la población (por considerar la instrucción de mejor calidad), pero esto no les asegura el acceso a un trabajo posteriormente, lo cual incrementa su desesperanza y pesimismo frente a su futuro, junto a una visión más anómica de la sociedad;
- existen pocas alternativas adecuadas para el uso del tiempo libre, y el nivel de participación en éstas es bajo; y si bien hay un número importante de organizaciones juveniles -en comparación a otras poblaciones de Santiago, sólo un bajo porcentaje de adolescentes participa en éstas; la gran mayoría se reúne en grupos informales, en las calles, sin un objetivo que vaya más allá del divertirse un rato, tomar bebidas alcohólicas o usar alguna droga, o bien ir juntos a lugares donde hay juegos electrónicos.

2.2.- Nuestro enfoque comunitario

Entendemos el enfoque comunitario en salud como aquél cuyo eje central es la participación activa y organizada de la población, a través de un proceso de planificación participativa (diagnóstico, programación, ejecución y evalua-

ción como proceso circular) de las actividades a realizar.

En nuestro trabajo esto se tradujo básicamente en dos aspectos:

- 1º. vinculación y coordinación permanente con las organizaciones juveniles del sector, con quienes se discutían las actividades concretas que se realizaban;
- 2º. incorporación de jóvenes monitores al equipo encargado del programa, como un miembro más, con deberes y derechos en relación a la programación, organización, ejecución y evaluación periódica de las actividades.

2.3.- Propósito del programa

Nuestro programa tuvo dos grandes propósitos:

- la generación de una red de apoyo juvenil para la promoción y fomento de la salud mental entre éstos, y
- la generación de experiencias grupales que faciliten el desarrollo personal, la educación en torno a temas relevantes, y la mejoría del estado de salud mental.

Esta presentación se referirá básicamente al desarrollo de este segundo aspecto.

2.4.- Descripción del trabajo realizado

La experiencia que estamos narrando comenzó a mediados de 1987, con la formación del equipo encargado y las primeras actividades grupales. Sin embargo, es desde 1988 cuando se consolida este trabajo a través de la configuración de un programa, la confección de los materiales de apoyo y la difusión dentro de la comunidad. La evaluación que presentaremos cubre dos años, 1988 y 1989.

El trabajo realizado se organizó en torno a tres grandes actividades:

- el equipo encargado,
- taller de salud mental para líderes juveniles, y
- grupos de encuentro para jóvenes.

El equipo encargado del trabajo funcionó en forma permanente durante todo el año, con reuniones semanales. En él participaban los autores junto a dos a cuatro monitores, que se fueron rotando en el transcurso de este tiempo (la gran mayoría ha permanecido alrededor de un año). Este grupo fue el responsable de la coordinación con organizaciones, así como de la puesta en marcha y evaluación de las otras dos actividades.

El taller de salud mental para líderes juveniles está en la línea de la

gestación de una red de apoyo para la promoción de la salud mental. Se realizaron dos por año durante este período, con la participación de 44 jóvenes en este tiempo.

2.5. Los grupos de encuentro para jóvenes

La convocatoria, organización y evaluación de estos grupos correspondió

al equipo encargado.

En él participaban entre 8 a 12 jóvenes de ambos sexos y diferentes edades. Habitualmente los grupos se iban formando a través de la invitación que los mismos jóvenes hacían a sus amigos, de ahí que con cierta frecuencia son todos conocidos entre sí. En la convocatoria fue muy importante el rol que juegan los jóvenes monitores, ya que ellos son reconocidos como líderes y esto facilita el acceso a los grupos informales.

Los grupos se reunían semanalmente, durante 12 a 14 sesiones, a cargo de uno o dos monitores, en torno a un programa semiestructurado que organiza con flexibilidad las reuniones. Este programa tiene seis grandes módulos:

• inicio del grupo: presentación de los miembros y adquisición de la confianza en los demás;

• la imagen que tengo de mí y la que proyecto a los demás;

•el joven y su vida afectiva: comunicación de afectos, escogiendo pareja y sexualidad;

• el joven y su familia: relación y conflictos con los padres y hermanos;

• el joven y su futuro: expectativas hacia su futuro y conductas alienadas en la juventud (uso de drogas, delincuencia, etc.);y

• evaluación.

Los monitores disponían de un manual de apoyo donde estaban los objetivos de cada módulo, los temas que debían abordarse y diversos métodos que podían utilizar. Ellos escogían los juegos y dinámicas que mejor se adecuaran a su grupo en particular.

El esquema general de cada sesión es el siguente: se parte con un juego de descongelamiento que facilite el trabajo posterior, se continúa con técnicas corporales (relajación, comunicación no verbal, etc.), expresivas (imaginería, rol-playing, etc.) y/o de educación participativa.

La pareja de monitores analiza permanentemente el proceso grupal, as como los cambios que observan en cada participante. Cuando se produce algúr problema éste es presentado en el equipo encargado, donde se analiza y se buscan soluciones.

Los grupos se forman sin ningún tipo de pre-requisito, lo cual ha permitido la inclusión de jóvenes conpatología psiquiátrica (enfermedad esquizo-afectiva enfermedad afectiva con episodio maníaco en remisión, etc.), que participan de esta actividad en forma paralela a su atención clínica. Hemos observado que se integran muy bien en los grupos, presentando un funcionamiento similar al resto, son aceptados con su «rareza» y especialmente valorados por su sensibilidad.

Entre 1988 y 1989, se realizaron 8 grupos de encuentro para jóvenes, con la participación de 73 adolescentes. 54.4% son mujeres y 45.6% son varones. Un 69.6% no participaba en ninguna organización formal hasta ese momento.

III. EVALUACION

3.1.- Motivación y deserción en los grupos de encuentro para jóvenes

La experiencia nos mostró que las principales motivaciones de los jóvenes para participar en estos grupos, en orden de importancia son:

- tener un grupo de pertenencia, que les permita contar con una mayor red social, donde puedan desahogar sus problemas, obtener apoyo, recrearse, y salir de la rutina cotidiana:
- búsqueda de desarrollo personal, interés en los temas que se tratan, obtención de información (sexualidad, drogadicción, etc.), y especialmente un mayor autoconocimiento;
- búsqueda de ayuda psicológica para reducir síntomas ansiosos y/o depresivos, adquirir mayor confianza en sí mismos y en los demás, y mejoría de sus dificultades para comunicarse.

Observamos una deserción que iba entre el 12.5% y el 30.0% en los diferentes grupos. Casi todos los jóvenes que abandonaban el grupo lo hacían entre la segunda y tercera sesión. Las causas para esto, en orden de importancia, fueron las siguentes:

- tener que optar por otra actividad (estudio, pololeo u otro grupo) a raíz de presión ejercida por los padres (72.7% de los que desertaron);
- presentar resistencia a profundizar en aspectos personales cuando el grupo se lo exigía (18.2%);
- conflicto con otros miembros del grupo por problemas externos a éste (9.1%).

3.2.- Evaluación de los participantes de los grupos de encuentro para jóvenes

La evaluación de los participantes estuvo dirigida hacia dos aspectos: el desarrollo del grupo y los cambios personales autopercibidos.

En relación al desarrollo del grupo se destaca lo siguente:

· la mayoría de los temas y métodos usados fueron bien evaluados;

• casi todos los participantes quedan con la sensación de que «el grupo fue corto» y querrían haber profundizado más algunos temas (cabe señalar que 2 de los grupos continuaron funcionando en forma estable e independiente);

• la actuación de los monitores es evaluada en forma muy positiva («dan confianza», «son apoyadores», «tienen paciencia», «tienen buen humor», «hay una comunicación amplia con ellos», etc.);

• resalta la gran valoración que hacen los participantes del grado de intimidad alcanzado en el grupo, a lo cual se refieren como: «alegría y espontaneidad», «disposición a participar», «solidaridad», «confianza con los demás», «apoyo mutuo», «secretos del grupo».

En general, se observan con claridad los diferentes momentos de un proceso grupal: etapa de resistencia inicial y exigencia de intimidad e interdependencia en una fase posterior.

Los cambios personales que fueron autopercibidos por los participantes durante esta experiencia, y que con mayor frecuencia se expresaron, son:

- · mayor conocimiento de sí mismo;
- · mayor valoración de sí mismo;
- adquisición de mayor confianza y seguridad en sí mismo, junto con ampliar la confianza hacia los demás;
- variar desde una visión negativa y pesimista de si mismo, las personas que lo rodean, el mundo y su futuro, hacia una postura más positiva y optimista;
- mejorar su capacidad de comunicación y expresión afectiva con los demás;
- ampliar su capacidad de entendimiento y comprensión de otros jóvenes y sus problemas.

En conclusión, los cambios autopercibidos son enfáticos en un vuelco hacia una positivización de sí mismo y en una mejoría de sus competencias psicosociales, como en sus estilos de relaciones interpersonales. Ningún participante refiere cambios en un sentido negativo de alguno de estos aspectos.

3.3.- Evaluación de los grupos de encuentro para jóvenes por parte del equipo encargado

El equipo encargado realizó dos tipos de evaluaciones: una cualitativa, basada en la percepción del cumplimiento de los objetivos; y una cuantitativa, utilizando una batería de cuestionarios que se aplicaban al comienzo y al final de un grupo.

La evaluación cualitativa mostró una gran satisfacción por parte del equipo encargado en relación al cumplimiento de los objetivos. Esto coincide

con lo señalado por los participantes, y ya fue descrito en los párrafos anteriores.

En cuanto a la evaluación cuantitativa, el set de cuestionarios usado fue el siguente:

- test de percepción anómica de la sociedad (8),
- test de percepción del control (3,8),
- inventario de depresión de Beck (3),
- inventario de síntomas ansiosos (3), y
- escala de soporte social (3,8).

Estas baterías de test se aplicaron en la primera sesión y en la última. Ambas mediciones se obtuvieron completas en 43 de los jóvenes, los cuales constituirán el grupo a estudiar.

De estos 43 adolescentes un 51.2% son mujeres y 48.8% son varones. Su edad fluctúa entre los 15 y los 30 años, con una media en 18.9 años y desviación estandar de 4.44. El 79.1% está en el rango de 15-20 años.

A continuación describimos los resultados para cada uno de estos instrumentos. Las cinco variables a analizar son de tipo ordinal, por lo cual las tablas se presentarán con los valores de mediana y recorrido intercuartil 25-75 (RI). Para el análisis de diferencias entre las mediciones pre-post se usará la prueba de Wilcoxon (por ser muestras dependientes), y se aceptará la presencia de diferencias significativas con un valor de p<0.05.

a. Test de percepción anómica de la sociedad

En este instrumento un puntaje más alto señala una mayor percepción anómica de la sociedad.

		mediana	RI 25-75
. ~	Evaluación pre	26	24 - 30
	Evaluación post	22	19 - 28
	1.7%		
	.:		p = 0.001

Se aprecia una reducción significativa en la distribución de los puntajes del grupo en cuanto a su percepción anómica, entre la primera y la última evaluación.

Al desagregar el grupo se puede ver que la mayor cantidad de ellos (un 76.7%) reduce su puntaje, un 4.7% lo mantiene y un 18.6% lo aumenta. Aquellos que reducen su puntuación lo hacen en un 25.2%.

b. Test de percepción del control

Este test tiene valores que van entre 8 y 24 puntos. Desde el valor medio (16 puntos) hacia abajo indica un locus de control más interno, y los valores superiores indican un locus de control más externo.

7	mediana	RI 25-75	
Evaluación pre	12	9 - 14	
Evaluación post	10	8 - 12	
		p = 0.004	•

Se observa una variación significativa hacia un locus de control más interno. Al desagregar el grupo se aprecia que la mayor cantidad (62.8%) reduce su puntaje, y esta variación es del orden de un 19.7%. Sólo el 14.0% aumenta su puntuación.

c. Inventario de depresión de Beck

Este instrumento es muy conocido por lo cual no requiere de mayor explicación.

	No.	<u> </u>	
***************************************	mediana	RI 25-75	
Evaluación pre	11	7 - 15	-
Exaluación post	6	2 - 11	41
		n = 0.000	
		p = 0.000	· <u>~</u> ·

La reducción del puntaje - que implica una disminución de los síntomas referidos - es significativa.

Al desagregar el grupo se observa que un 81.4% redujeron su puntaje, y lo hicieron con una variación de la mediana desde 14 a 7. Solo un 14.0% aumentó su puntuación, dentro de un espectro de valores muy bajos (la mediana en este grupo se incrementó de 4 a 6).

d. Inventario de síntomas ansiosos

En este test un mayor puntaje significa la presencia de más síntomas ansiosos.

	mediana	RI 25-75	
Evaluación pre	10	7 - 14	
Evaluación post	7	5 - 10	
N. C.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u>'</u>	
		p = 0.000	

Se observa una reducción significativa del puntaje.

Al desagregar el grupo, un 67.4% es el que reduce su puntaje en un 32.0% y un 23.3% lo incrementa (con aumento del valor de la mediana desde 7 a 9).

e. Escala de soporte social

En este instrumento un puntaje más alto significa un mayor soporte social para esa persona.

- 5. - 7		mediana	RI 25-75		
<u>3</u>	Evaluación pre	18	13 - 24		
·. - ·	Evaluación post	21	16 - 26	ℯ	
<u></u>			p = 0.020		

Hay un aumento significativo del soporte social en el grupo estudiado. Cuando se desagrega el grupo, se ve que un 67.4% incrementa su puntaje en un 46.9%. Sólo un 23.3% lo disminuye desde una mediana de 19 a una de 16.

IV. SINTESIS FINAL

A modo de conclusión, podemos decir que nuestra intervención a través de grupos de encuentro para jóvenes ha cumplido sus objetivos.

Las evaluaciones cuantitativas muestran que en la mayoría de los participantes se reducen los síntomas ansiosos y/o depresivos, al mismo tiempo que

mejoran los factores psicosociales estudiados (reducción de la percepción anómica de la sociedad, locus de control más interno y mejoría del soporte social), lo cual se vincula a una mayor protección del estado de salud mental, junto a un incremento del bienestar psicosocial.

Las autoevaluaciones de los participantes refieren cambios que apuntan al logro de las tareas propias de esta etapa del ciclo vital (desarrollo de la identidad, establecimiento de metas, etc.).

Si bien el tipo de diseño que se usó con evaluación pre-post de un solo grupo, sin grupo control, tiene debilidades en su validez interna, la consistencia de estos resultados con las evaluaciones hechas por los propios participantes y el equipo de monitores le da fortaleza a las conclusiones aquí planteadas.

El énfasis puesto en la evaluación, busca precisar, con la mayor rigurosidad posible, el impacto alcanzado. Creemos que ésta es la mejor manera de validar experiencias comunitarias, que puedan trascender las fronteras del trabajo local y concreto.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y el joven en la Américas. Publicación de la O.P.S., 1985.
- (2) Publicación APROFA. Adolescencia, aspectos médicos, psicológicos y sociales. Santiago, Chile, 1987.
- (3) Páez, D. y colaboradores. Salud Mental y Factores Psicosociales. Ed. Fundamentos, Madrid, España, 1986.
 - (4) Valenzuela, E. La rebelión de los jóvenes. Ediciones SUR, Santiago, Chile, 1984.
- (5) Weinstein, J. El período juvenil en sectores de extrema pobreza urbana. Documento de trabajo CIDE, Santiago, Chile, 1985.
- (6) Weinstein, J. Los jóvenes pobladores y el Estado, una relación difícil. Publicación CIDE, Santiago, Chile, 1990.
 - (7) Proyecto de Salud Mental Poblacional Los Nogales. 1985.
- (8) Aceituno, R. Anomia y alienación en jóvenes de cuarto medio de Santiago. Un estudio exploratorio. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Chile, 1989.

ADOLESCENCIA, SEXUALIDAD Y RIESGOS: UN PROGRAMA PSICOSOCIAL DE PREVENCION

Jaime Alfaro I., Marco A. Barrientos S., Valeria Calderón P., Jorge Cornejo R., Felix Cova S., Patricio Martin G., Rosa María Olave R., Lorena Valdebenito H., Aldo Vera C. Joan Calventus.

Equipo del área de afectivividad y sexualidad. C.E.I.S. Centro de Estudios e Intervenciones Sociales.

I.- INTRODUCCION

El presente trabajo representa el estado de avance de la reflexión de nuestro equipo, en torno del tema de la educación de la sexualidad y la afectividad. Muchas de las ideas planteadas, por lo tanto, carecerán de la profundidad con que desearíamos presentarlas, mientras que otras tendrán un grado acabado de desarrollo. Por otra parte, el texto recoge los énfasis diversos con que nuestro equipo enfrenta el tema cotidianamente. Así, una de las principales fortalezas de este trabajo es el rescatar el producto de una reflexión conjunta (de ya largo tiempo) en torno al tema que nos ocupa.

En particular, este artículo analiza un enfoque específico para enfrentar los riesgos asociados a la sexualidad adolescente: la utilización del sistema educacional como una forma de abordar el problema. Así, comenzaremos las páginas siguientes mostrando el contexto del problema, es decir cuales son, a nuestro juicio, los riesgos mencionados y cuales pueden ser algunas hipótesis explicativas de aquellos; luego examinaremos el modelo de solución que sustenta nuestro trabajo, haciendo incapié en algunos elementos que consideramos centrales para su desarrollo, para posteriormente presentar y examinar experiencias concretas de trabajo con jóvenes, sus padres y sus profesores. Finalmente, analizaremos los resultados encontrados a partir de nuestro trabajo y propondremos algunas conclusiones que nos permitan reflexionar sobre la totalidad de la experiencia.

IL- CONTEXTO: LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

En las últimas décadas, la sexualidad en los jóvenes ha manifestado notables cambios, principalmente en lo que respecta a su expresión. Estos cambios apuntan a una mayor apertura vivencial de la misma. Dentro de este contexto, podemos notar que existen una serie de riesgos asociados al ejercicio de la sexualidad adolescente. Ellos se enmarcan tanto a nivel biológico, psicológico, como social, y representan una preocupación importante para

nuestra sociedad.

Dentro de los riesgos mencionados, podemos destacar:

1.-Embarazo adolescente: En 1985, el 14.3% de los partos correspondieron a hijos de madres adolescentes, siendo que 20 años antes estos constituían sólo el 9%. Por otra parte, puede destacarse que la natalidad de hijos de madres jóvenes es mucho más alta en los estratos socioeconómicos bajos, donde se concentra el mayor número de hijos por cada 100 mujeres entre 15 y 19 años (20 - 28%). En los estratos altos, este porcentaje oscila entre 4.3 - 8.3% (Silva; 1991). En la actualidad uno de cada seis niños que nacen en nuestro país es hijo de madre adolescente (Palma; 1990).

Considerando que el embarazo adolescente es, salvo pocas excepciones, un embarazo accidental y no deseado, podemos plantear que representa una situación de riesgo tanto para los padres como para el hijo, por las implicancias biomédicas, psicosociales y socioeconómicas que dicha situación conlleva. Para la joven significa la interrupción en su etapa de desarrollo, la asunción precoz del rol materno, dificultades con su pareja y con su familia de origen, y un incremento de la probabilidad de desarrollar complicaciones médicas del proceso grávido puerperal (Molina y cols. 1985).

2.- Enfermedades de transmisión sexual: El desconocimiento de la incidencia de las enfermedades sexualmente transmisibles, del riesgo que conllevan y las consecuencias que tienen quienes las padecen, es evidentemente alto.

Sin embargo, algunos datos informan que en Chile, cada ocho minutos, alguien está contrayendo una enfermedad de este tipo (Aprofa, 1990). Algunas de estas enfermedades sólo significan episodios con molestias pasajeras, pero otras dan origen a complicaciones graves que pueden llevar a la muerte. No debe olvidarse la experiencia traumática, respecto de las vivencias de la sexualidad, que una enfermedad podría ocasionar en un joven. La relevancia de esta idea queda de manifiesto frente a datos que muestran un aumento de las enfermedades venéreas en edades cada vez más precoces (Aprofa, 1990).

Con respecto al SIDA, los datos muestran que un 72.9% de los jóvenes, considera que no tiene ninguna posibilidad de contraer dicha enfermedad o que ésta es muy baja, un 19.5% lo considera como riesgo mediano y sólo un 4.7% percibe lo alto del riesgo (Bernal; 1992). Los datos, entonces, justifican una importante preocupación por el tema.

3.- Vivencia dificultosa de la sexualidad: La generación de experiencias traumáticas o conflictivas frente a la sexualidad es un riesgo externamente no visible, pero de alta incidencia entre los jóvenes desde hace largo tiempo. Estas problemáticas se evidencian tanto en la vida presente de la persona como en

sus experiencias futuras y son posibles productoras de anomalías en la vivencia de la sexualidad.

- 4.- Disfunciones sexuales: Dentro de éstas, encontramos problemáticas relacionadas al funcionamiento sexual, las que generalmente tienen un origen psicológico, relacionándose, de este modo, con el punto anterior. Este es el caso de la impotencia, la eyaculación precoz, la frigidez, etc.
- 5.- Generación de patologías sociales como la prostitución infantil, la pornografía, etc.

Por otro lado, esta problemática, pensamos, no es consecuencia directa de los cambios evidenciados en la sexualidad de los jóvenes, sino se debe, principalmente, a factores derivados, entre otras cosas, de un manejo socialinadecuado del tema. Profundizando un poco en este punto, podemos plantear que nos referimos con «manejo inadecuado», a los siguientes factores (entre otros):

- a) La existencia de patrones sociales de pensamiento de carácter restringido con respecto a todos los ámbitos de la sexualidad, patrones que emanan de una tradición rígida con respecto al tema, la que, sin embargo, se encuentra en un período de transición. Esta transición es el paso desde el predominio de un discurso social restrictivo hacia un discurso, en este caso, de apertura.
- b) Elcontrol de los medios de comunicación, ejercido en pos de un sistema consumista, donde la sexualidad es utilizada como estímulo de atracción comercial. Podemos observar la presencia de «dobles mensajes», continuos y disonantes, en el discurso publicitario, lo que evidentemente genera una realidad, además de fantasiosa, contradictoria en lo que respecta a la sexualidad.
- c) Una deficiente educación de la sexualidad, principalmente en las primeras etapas del desarrollo. Esta escasa intervención educativa ha apuntado sus esfuerzos, primordialmente, a dotar de información a los jóvenes, pero no ha tomando en cuenta los procesos afectivos subyacentes.

En concreto, estas variables junto a otros factores de tipo psicológico, cultural y social, conjugan el contexto en que la sexualidad se presenta como riesgosa.

¿ Qué papel cumple la psicología comunitaria en esta problemática?

Un trabajo en el ámbito de la sexualidad orientado desde la Psicología

Comunitaria, ofrece varias ventajas, tanto técnicas como teóricas. En este
sentido, el trabajo de la psicología comunitaria se fundamenta en ciertos
criterios orientadores, que a su vez constituyen directrices a los procesos de
intervención.

Dentro de estos están:

- Una visión pluralista.
- El respeto a la diversidad cultural.
- La incorporación de los distintos actores sociales.
- El respaldo a la acción comunitaria.
- El actuar generando redes sociales y comunales.
- La consideración desde lo individual a lo social.
- Una perspectiva integral, que incorpora diversas dimensiones relacionadas con los temas específicos (actitudes, creencias, roles, valores, comportamiento, información, etc.).
- Una consideración al contexto global en que se inserta la temática específica, en este caso de la sexualidad.

Cada uno de estos factores se constituye en un aporte para el desarrollo de un trabajo en sexualidad, como, esperamos, quedará claro más adelante.

III.- MODELO DE SOLUCIÓN: UNA PROPOSICION PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCION

3.1.- Antecedentes

Como una forma de complementar lo anteriormente expuesto y de concentrarse en elementos no ya contextuales, sino de particular importancia para el desarrollo específico de nuestromodelo de solución, podemos anotar los siguientes elementos.

A partir de los datos extraídos de investigaciones nacionales (v.g. Baechler y cols, 1983; Hamel y cols, 1983; Molina y cols, 1986; Silva y cols, 1988; Kramarosky e Iglesias, 1987; Vargas y cols, 1990; Pavés y cols, 1990) en el ámbito de la sexualidad adolescente, pueden asentarse conclusiones que determinan una serie de elementos que, potencialmente, representan factores de riesgo asociados a la sexualidad adolescente, y que, eventualmente, podrían llevar a los jóvenes a sufrir algunas de las «alteraciones» examinadas más arriba. Dichos elementos pueden resumirse como sigue:

- Los adolescentes presentan una percepción de sí mismos como no incurriendo en conductas de riesgo o no perteneciendo a grupos de riesgo en relación a la sexualidad (por ejemplo, se evalúan como teniendo más información de la que poseen ó no se visualizan dentro del grupo de riesgo de contraer SIDA, a pesar de que establecen frecuentes cambios de parejas).
- Existen problemas de comunicación con los padres: si bien la comunicación con la madre es, frecuentemente, buena, esta decae a medida que aumenta la intimidad de lo comunicado. Por otra parte, se observa, consistentemente, la dificultad del padre de comunicarse con sus hijos (espe-

cialmente con la hija) en relación al ámbito de la sexualidad.

• Existe evidencia que plantea que en aquellos jóvenes que perciben una mala comunicación con sus padres es más probable que se inicie la conducta sexual más tempranamente, así como el beber y el fumar prematuro, con el consecuente riesgo que esto trae aparejado (Jessor y Jessor, 1977).

De otro lado, es interesante constatar el hecho de que, tanto la investigación como la intervención en sexualidad adolescente se centran, típicamente, en la información; ya sea en la cantidad de información que el adolescente tiene o en los métodos más adecuados para entregarla, asumiendo que el manejo de una información adecuada opera como un eficaz factor de protección de los riesgos. Sin embargo, podemos observar la existencia de hallazgos que sostienen que la sola entrega de información sobre sexualidad y anticoncepción no opera como un mecanismo eficiente para reducir los riesgos asociados a la sexualidad adolescente (Chilman, 1979; González de Arteaga y cols, 1987).

3.2.- Modelo de Protección de los Riesgos Asociados a la Sexualidad Adolescente

Basados en las ideas anteriores, intentamos dar respuesta a la necesidad de generar un modelo de protección de los riesgos asociados a la sexualidad adolescente que ofreciera una explicación amplia, que rescatara elementos psicológicos y sociales y que permitiera operar en programas específicos de prevención en sexualidad juvenil, especialmente, al interior de los sistemas educacionales.

La literatura extranjera (v.g. Pick de Weiss y Aguilar, 1988) provee una serie de trabajos en los que se enfatizan un grupo de variables psicosociales asociadas a la protección en sexualidad adolescente. Dichas variables son:

- (a) Locus de Control.
- (b) Discernimiento Moral.
- (c) Asertividad.
- (d) Autoestima.
- (e) Información.

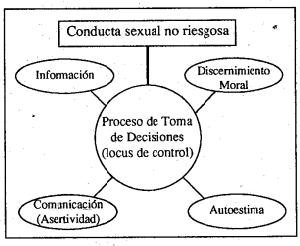
Resulta interesante, y teóricamente coherente, el plantearse una serie de variables de este tipo como protectoras de los riesgos mencionados. En principio, permiten, por una parte, responder a los hallazgos encontrados en la literatura nacional, y por otra, avanzar hacia un modelo explicativo más fino dejando de lado el excesivo (y reduccionista) énfasis en la información como variable explicativa y protectora de los riesgos asociados a la sexualidad juvenil.

En un principio, conceptualizamos estas variables como una sumatoria

inespecífica, a partir de las cuales, y mediante su maximización, podíamos dar una respuesta preventiva a los riesgos que nos ocupaban. Se trataba, en términos generales, de aumentar el Lucus de Control Interno, generar un proceso de cuestionamiento que potenciara el proceso de Discernimiento Moral, entrenar en habilidades de Comunicación Asertiva, mejorar la Autoestima y proveer al joven de una mínima Información, para protegerlo de los riesgos asociados al ejercicio de su sexualidad.

Sin embargo, y producto de nuestro trabajo en terreno, fuimos entendiendo que las variables propuestas bien podían agruparse en torno a un eje central que les diera coherencia y las articulara de forma clara y específica.

De este modo, en la actualidad pensamos que el eje central de la protección de los riesgos asociados a la conducta sexual adelescente pasa por el desarrollo de la capacidad de toma de decisiones en sexualidad (donde la variable de locus de control tiene gran relevancia). El resto de las variables se encuentran entramadas con este proceso, de tal forma de que, para que el proceso de toma de decisiones opere de manera efectiva se requiere de información clara y precisa que permita conocer las alternativas a escoger; un discernimiento moral, que le permita al joven tener claridad sobre los valores que sustenta y sobre cuáles son las conductas que puede poner en marcha en relación a ellos; una habilidad de comunicación clara, responsable y respetuosa (donde la asertividad juega un rol de suma importancia) que le permita negociar con los demás (y quizá, especialmente, con su pareja) y una autoestima positiva que permita la puesta en marcha de conductas de autoprotección. La relación de estas variables se observa en la ilustración número 1.



Ilustr. 1 Modelo de Protección de la Conducta Sexual Adolescente.

Por otra parte, podemos deducir, a partir del modelo planteado, que la conducta sexual riesgosa durante la adolescencia, es aquella que se asume al margen de una opción consciente que permita la puesta en marcha de un proceso de toma de decisiones.

Pensamos que el modelo propuesto posee un valor general, ya que puede bien conceptualizarse como un modelo de protección asociado a una serie de factores de riesgo que pueden presentarse durante la adolescencia (v.g. consumo excesivo de drogas y alcohol, conductas imprudentes, etc).

En la práctica, como se verá más adelante, este modelo ha sido aplicado a nivel de padres, profesores y alumnos, destacando una u otra variable en el proceso.

3.3 - Desarrollo del Modelo

Si bien el modelo anteriormente planteado se ha constituido en un paso de suma importancia en la conceptualización de los factores de protección de la sexualidad adolescente, pensamos que existen debilidades en, por lo menos tres elementos:

- a) No se les da un peso relativo a las variables planteadas.
- b) No se consideran factores contextuales, tales como los culturales, los sociales, etc.
- c) No se considera el factor contextual que ejerce la adolescencia como un período de desarrollo.

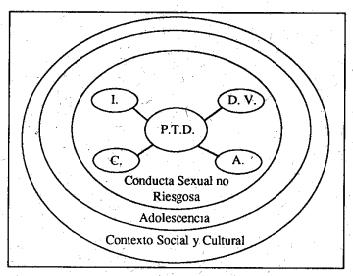
Creemos que al dar respuesta, tanto empírica como teórica a estos puntos nuestro modelo cobrará mayor fuerza, al tiempo que se constituirá en una conceptualización más fina y operacionalmente más potente.

Preliminarmente, podemos elaborar un esquema que pretende ser el punto de partida para una discusión más amplia. La ilustración 2 resume una conceptualización desarrollada de nuestro modelo.

Donde:

a) Puede pensarse que las variables tienen un peso relativo. Podemos decir, al menos, que la información tiene un peso mas pequeño en cuanto factor de protección que las otras variables; esto se observa al analizar el proceso de toma de decisiones que proponemos. En él es necesario integrar (o desarrollar) las otras variables involucradas, para luego utilizar la información recibida como un insumo para desarrollar el proceso. Por otro lado, el solo contar con la información no garantiza que el proceso pueda desarrollarse de la forma más adecuada: se tienen los insumos, pero no los procesos adecuados. En este sentido la información tiene un peso menor, pero importante como factor de protección.

b) Los factores contextuales son de gran importancia, ya que es bien sabido que determinan los procesos. Por ejemplo, no es lo mismo este proceso en un sector marginal que en otro no marginal, o en una comunidad conservadora que en otra no conservadora. Aquí son importantes las construcciones sociales de la realidad en torno a la sexualidad y sus riesgos.



Ilustr. 2 Modelo de Protección de la Conducta Sexual Adolescente. Desarrollo

c) La adolescencia presenta un subcontexto de suma relevancia (sub, porque no es lo mismo hablar de la adolescencia en jóvenes marginales que en otro tipo de jóvenes, y contexto porque no es lo mismo el proceso de toma de decisiones en la adolescencia que en la adultez o en otra edad). Aquí tiene importancia examinar el nivel de desarrollo cognitivo del adolescente: hasta qué punto está capacitado para ejercer, cabalmente, un proceso de toma de decisiones.

Creemos que la vía actual de desarrollo de nuestro modelo se orienta, al menos, por dos vías. La primera debe estar destinada a la comprobación empírica de los pesos relativos que presentan las variables propuestas, para la protección de los riesgos en la sexualidad adolescente. La segunda, y más fecunda, se orienta a dar cuenta de los factores contextuales que explican y determinan las conductas de riesgo en el plano de la sexualidad de nuestros jóvenes.

Finalmente, consideramos de utilidad el definir la interacción de las variables de protección presentadas, como un proceso que podríamos denomi-

nar «proceso de negociación en sexualidad». Esta denominación, pensamos, rescata y articula la interacción necesaria de desarrollar entre las variables de protección, destacando que se trata de un proceso grupal y social el que está en juego, por contraposición a variables de tipo más individual también presentes en procesos de este tipo.

IV.- EXPERIENCIAS

En este punto, intentaremos abordar la totalidad de la experiencia, asentada en los elementos anteriormente planteados. Se presentan, así, las acciones realizadas en cuatro comunas: San Bernardo, Lo Espejo y El Bosque, en la región Metropolitana; y Los Andes, en la Quinta región. Es conveniente repetir que estas se articulan sobre la premisa básica de que el ámbito educacional es un contexto relevante y adecuado para tratar esta temática, es por ello, que se presentarán experiencias asociadas a jóvenes, padres y profesores.

Un análisis técnico de los fundamentos de intervenciones de este tipo, puede plantear la facilidad de acceso a grupos «cautivos» de jóvenes, lo que asegura, por una parte, una cobertura a todas luces mayor que la lograda mediante otro acercamiento, y por otra, el aprovechamiento de un espacio educativo por excelencia. Por otro lado, la utilización de la totalidad de la comunidad educacional, permite el acceso a canales de suma importancia para estos temas, cuales son los padres y los profesores. Con los primeros puede potenciarse el acceso a la vida cotidiana y familiar de los jóvenes; con los segundos puede instalarse una línea eficaz de trabajo al interior de los establecimientos. Finalmente, y desde una perspectiva más amplia, un trabajo de este tipo puede potenciar, en las autoridades, un debate sobre las políticas de educación (particularmente las relativas a la educación de la sexualidad) que puede abrir caminos interesantes a nivel de la enseñanza local.

4.1.- Jóvenes

El trabajo con jóvenes se articula desde una metodología predominantemente participativa, por ello, estas acciones están organizadas en forma de Taller.

Dicho taller se estructura en 9 sesiones, de una hora y media de duración cada una. Siete de esta sesiones se refieren a contenidos temáticos, mientras que otras dos, la primera y la última, se concentran en la presentación y articulación del grupo y en la finalización y despedida, respectivamente. Se abordan distintas temáticas relacionadas con los factores de protección de la sexualidad adolescente así como también se revisan los riesgos asociados a la sexualidad

juvenil, todo esto articulado en torno al modelo de solución presentado más arriba,

En cada sesión se analiza, discute y profundiza sobre temas específicos que están en relación a los objetivos generales y específicos del programa que se pretende desarrollar. La comunicación, la autoestima, la toma de decisiones y las alternativas para ejercer la sexualidad, son temas que adquieren relevancia en el desarrollo del taller.

En general, se ha trabajado con la estructura «grupo curso», insertos dentro de la actividad curricular de los jóvenes, es decir, cada sesión se ha realizado en un determinado horario de clases, lo cual ha posibilitado la presencia de un profesor. Lo más frecuente ha sido trabajar en las asignaturas de consejo de curso y ciencias naturales.

Otra modalidad ha sido formar grupos en la jornada alterna al horario de clases, cuando el uso del horario destinado a asignaturas no puede ser utilizado.

Un elemento importante de destacar es la relación que hemos debido establecer con la lógica educacional. En este sentido nuestra opción, por ejemplo, de dividir al «grupo curso» en dos grupos de funcionamiento paralelo para un trabajo más adecuado y fácil; ha implicado la disposición de dos profesionales, negociaciones de horarios y salas de clases, etc. Por otra parte, la inclusión de los profesores al funcionamiento del taller ha contribuido a aumentar el interés del profesorado en las actividades realizadas a la vez que a involucrar un mayor grado de compromiso.

De otra parte, como producto de nuestro trabajo, se ha confeccionado un manual que comprende cada una de las sesiones de trabajo, sus objetivos, premisas y los principios orientadores generales de la experiencia, así como los materiales necesarios para su ejecución. La finalidad de dicho material es la de ser entregado a los liceos y escuelas para asegurar la continuidad del programa.

Hay que destacar, finalmente, que cada una de las experiencias realizadas fue evaluada con instrumentos psicológicos de medición y con un diseño prepost con grupo control no equivalente, además de permanentes evaluaciones cualitativas. Los resultados de dichas evaluaciones se describen en la sección cinco de este trabajo.

4.2.- Padres

El trabajo con padres responde a idéntica lógica participativa que en el caso de los jóvenes, articulándose, entonces, en forma de talleres.

En dichos talleres se abordan, en forma genérica, dos grandes temas. El primero se refiere al conocimiento y comprensión de los procesos propios y característicos de la etapa de la adolescencia, con el que se pretende que los padres conozcan cuales situaciones o elementos pueden ser considerados

«normales» y cuales conflictivos. Un segundo tema, tiene que ver con la negociación intergeneracional, pretendiéndose aquí el desarrollo de habilidades de comunicación con los jóvenes y de manejo de los hijos. Se explora, además, dentro de este contexto, las consecuencias que podría presentar un embarazo adolescente para la familia y los hijos, la forma de manejarlo y la de prevenirlo.

Destaca como positivo el reconocimiento por parte de los padres y apoderados, de la contribución que hace el programa en cuanto a responder a necesidades que ellos presentan en relación a la educación y formación de sus hijos. Ellos plantean que en este proceso adquieren conocimientos útiles referidos a aspectos de la adolescencia, así como habilidades de comunicación efectiva.

4.3. - Sexualidad y Sistema Docente: Capacitación de Profesores

El objetivo central de nuestro trabajo con profesores es la capacitación de educadores motivados por el tema de la educación de la sexualidad y la afectividad, en conocimientos y técnicas para el tratamiento de esta temática con los jóvenes. El trabajo consta de tres etapas: la primera se estructura en ocho sesiones de una hora y media de duración, donde se hace un primer acercamiento a diferentes aspectos de la sexualidad y la afectividad y donde se entregan conceptos que forman parte de nuestro modelo de solución.

La segunda etapa consiste en cuatro sesiones, donde los profesores son capacitados en el manejo del manual en el que se sustentan los talleres que se realizan con los jóvenes. Se practican sus metodologías y se repasan sus premisas.

La tercera y última etapa corresponde a la práctica, donde los educadores deben hacerse cargo de cursos y realizar talleres apoyados y supervisados por un profesional de nuestro equipo.

Tratando de ir un poco más allá de la técnica, nos parece interesante reflexionar sobre algunos elementos de importancia para un trabajo de capacitación de profesores como educadores en sexualidad. Los dos elementos en los que vamos a profundizar tienen relación, por una parte, con la relevancia de utilizar profesores como educadores sexuales al interior del sistema educacional y, por otra, con los elementos que creemos centrales de abordar en un trabajo como éste.

4.3.1.- Relevancia de trabajar el tema de la sexualidad con profesores en el marco del Sistema Educacional

Uno de los primeros (y relevantes) elementos encontrados en la literatura nacional sobre el tema (Moreno y Rojas, 1980; Baechler y cols, 1983; Molina y cols, 1986; Zamora y Martínez, 1987; Silva y cols, 1988; Vargas y cols, 1990) es la consistente evaluación (por parte de los jóvenes) de los profesores como una importante fuente de conocimientos en sexualidad. De hecho, si elaboramos una jerarquía en relación a las *fuentes de información* sobre sexualidad que los jóvenes usan, podemos decir que aparecen, en primer lugar, los profesores (de entre los cuales se destacan los profesores jefes y los de biología), seguidos de la madre, los libros y las revistas y los amigos.

De este hallazgo de las investigaciones se desprende la relevancia de trabajar el tema de la sexualidad, por una parte, desde la perspectiva de la capacitación de profesores y, por otra desde intervenciones que tomen en cuenta y potencien el espacio educacional como uno de importancia para la formación de la sexualidad juvenil.

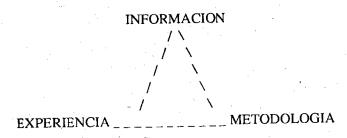
Sin embargo, en interesante hacer un intento por ampliar la imagen que se tiene del rol del profesor, el que, desde una perspectiva tradicional, puede ser conceptualizado sólo como un proveedor de información. Desde este punto de vista, creemos relevante el trabajo en capacitación de profesores, al menos, por los siguientes argumentos:

- Los profesores se constituyen en fuente de información cotidiana para sus alumnos.
 - Por otro lado, pasan a ser modelos de aprendizaje para los educandos.
- Al estar en permanente contacto con los jóvenes o niños, pueden estar más al tanto de las necesidades de éstos.
 - Se relacionan por un período largo de tiempo con los alumnos.
- Actúan, en muchas ocasiones, otorgando un soporte emocional a sus alumnos.
- Se constituyen en potenciales replicadores de la experiencia educativa que se realice con ellos.

Creemos que estas ideas sientan las bases para un estudio y un desarrollo más acabado del rol del profesor en este proceso y de su importancia como educador de la sexualidad juvenil dentro del contexto del sistema educacional, lo que potenciará las intervenciones que se realicen al interior de los sistemas educacionales.

4.3.2.- Elementos centrales para una capacitación en educación de la sexualidad

Pensamos que cualquier trabajo de capacitación de monitores en educación de la sexualidad (particularmente de capacitación de profesores), puede construirse y conducirse respondiendo al desarrollo e interacción de tres ejes: la experiencia personal en el plano de la sexualidad, la información sobre el tema y la metodología de intervención.



Ilustr. 3 Elementos centrales para capacitación de monitores.

Como dijimos, pensamos que cualquier diseño que se realice de cara a una capacitación de monitores en educación de la sexualidad debe responder al esquema señalado. En esta línea, creemos que, en el caso de una capacitación de profesores, estos elementos tienen contenidos bastante específicos.

a) Experiencia: La experiencia de los profesores se revisa al tratar el propio desarrollo sexual de los educadores y las actitudes y valores asociados a esta temática. Es necesario que los profesores manejen su experiencia respecto a la sexualidad. Deben estar alerta para cuestionarse a sí mismos, revisando permanentemente sus actitudes y conocimientos.

Es muy importante rescatar la experiencia personal de los educadores tanto para que se den cuenta que ellos también han sido formados en sexualidad y cómo ha sido esta formación, como para compartir distintas experiencias con los otros.

b) Metodología: El profesor debe, al final de un proceso de capacitación, ser una persona capaz de hacer buenas preguntas que faciliten la dinámica de grupo, debe ser capaz también de planificar, animar y evaluar situaciones de aprendizaje (las situaciones de aprendizaje deben integrar el sentir, el pensar, el hacer, y el decir). Un elemento de importancia aquí es que el profesor debe ser capacitado en técnicas de trabajo que le permitan desenvolverse en dos ámbitos: uno (el formal) al interior de la sala de clases, que involucra el manejo de técnicas grupales, de trabajo participativo, etc. que le permitan el desarrollo de programas en educación de la sexualidad, y otro (el informal), fuera del contexto estrictamente académico, que involucra el manejo de situaciones

conflictivas, el acercamiento y apoyo a los alumnos, la entrega de información frente a preguntas directas y privadas sobre sexualidad, etc.

c) Información: Los educadores deben tener una formación básica en sexualidad con énfasis en lo fisiológico, porque sin este conocimiento pueden sentirse incapaces de responder a la preguntas que les plantean sus alumnos, la mayoría de las cuales se refieren a este tópico (ciclo menstrual, anticonceptivos, órganos sexuales, coito, etc.). Además, el educador debe estar capacitado en el manejo de elementos de tipo psicológico, social y cultural.

Es necesario insistir que estos tres elementos (la experiencia, la información y la metodología) están en constante interjuego e interdependencia:

- a) La entrega de información depende de la metodología que se use.
- b) La información que se posea y se quiere entregar determina la metodologia a usar.
- c) La experiencia selecciona la información que se tiene y se busca y las metodologías que se usan para tratar los temas.
- d) Tanto la información como el trabajo con metodologías educativas en sexualidad modifica la experiencia.

4.4.- Investigación Participativa en Sexualidad: Reflexiones Críticas Preliminares

Con el objeto de rescatar las representaciones y visiones que desde el mundo juvenil popular existen en torno a la sexualidad, y comenzar así a dar respuesta real a la necesidad de que nuestros programas y acciones contemplen el contexto sociocultural que dota de sentido a la vivencia de ésta, nuestro trabajo incorporó a su desarrollo, estrategias de intervención comunitarias en la forma de un programa de investigación participativa y de campañas de prevención y promoción en sexualidad.

Este diseño programático intentó conjugar la necesidad de incorporar dimensiones cualitativas en la investigación de la sexualidad, con una perspectiva de prevención comunitaria, que pone énfasis en el protagonismo de los sujetos de la población donde se implementó la experiencia. En función de ello, es que se escoge la investigación participativa como la concepción metodológica articuladora.

La implementación de este proyecto aún está en curso, pero se pueden adelantar algunas reflexiones críticas preliminares, relativas a la concepción metodológica utilizada.

Al analizar la experiencia, resulta claro que la metodología de la investigación participativa asume una serie de supuestos que no están explicitados y que son de gran importancia. En concreto, el interés y motivación por

participar y por investigar la propia realidad no es algo dado en la población juvenil popular, lo que exige plantearse el problema de cómo construirlo o «despertarlo». Pero ello coloca en una posición paradójica al profesional externo que intenta facilitar un proceso de este tipo: su mensaje es «ustedes espontáneamente deben querer realizar esto que yo les estoy proponiendo». Ello, ciertamente, se acentúa más en un proyecto como el implementado por nosotros, si se considera que en la investigación participativa propuesta el tema está acotado a la sexualidad.

La importancia de este punto no está sólo en el hecho, que podría considerarse «purista», de que la motivación protagónica es algo consustancial a la metodología en cuestión, sino a que aunque a través de otros incentivos se intente complementar dicha motivación, en general, estos no son suficientes para sostener un proceso que requiere una dosis importante de esfuerzo y perseverancia. Cuando hacemos referencia a motivación protagónica nos referimos no sólo al interés que puede surgir de formar parte de un grupo y hablar de ciertos temas, sino a algo más complejo: voluntad de conocer activamente e incidir en la propia realidad.

No sostenemos que esta motivación deba existir, plenamente desarrollada, previo al inicio de la experiencia, pero sí que un proceso de este tipo va exigir la existencia de esa motivación. Es en relación a este punto donde no existe suficiente reflexión: esta motivación, ¿cuándo y cómo es posible desarrollarla? ¿en qué sujetos? ¿con qué requerimientos?.

A nuestro juicio, y a partir de lo que ha sido la experiencia desarrollada, no resulta posible soslayar este aspecto, particularmente si analizamos las características de la cultura popular juvenil chilena en este instante. A pesar de haber considerado el factor motivacional desde el inicio de la experiencia, y de haber trabajado con dos poblaciones distintas (grupos organizados y grupos constituidos ad hoc para la investigación), la fase propiamente investigativa del proyecto ha tenido serias dificultades. La hipótesis explicativa de ello es que pretendimos un desarrollo muy forzado -y en un tiempo muy breve- de la motivación protagónica, y de que no evaluamos en profundidad lo que ello implicaba.

De todo lo expresado, se desprende no por cierto un cuestionamiento de la metodología de la investigación participativa, sino una clara advertencia de que este es un método que exige la consideración y construcción de una serie de requisitos, que de no llevarse a cabo pueden llevarlo al fracaso.

Como conclusión provisoria, puede señalarse que el estudio de los factores contextuales y el estudio cualitativo de la cultura juvenil popular o debe implementarse a través de otras metodologías cualitativas menos recargadas de objetivos o a través de programas de investigación participativa especialmente diseñados para enfrentar los desafíos reseñados.

5.- Resultados

Como se ha dicho anteriormente, cada una de nuestras intervenciones ha sido evaluada cualitativa y cuantitativamente. A continuación se reseñarán los elementos más importantes encontrados en las evaluaciones de nuestro trabajo, distinguiendo elementos cuantitativos y cualitativos.

5.1.- Resultados Cuantitativos

Los resultados cuantitativos encontrados en nuestros programas pueden resumirse como sigue:

- a) Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable Locus de Control, entre el grupo que participó de nuestro programa y uno control. La tendencia de esta diferencia apunta a la aparición de un locus de control más externo por parte del grupo que participó de la experiencia.
- b) Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a ciertas opiniones acerca del uso de anticonceptivos, entre el grupo que participó de nuestro programa y uno control. La dirección de estas diferencias apunta a que los jóvenes que participaron de la experiencia sostienen, finalmente, afirmaciones más adecuadas que los que no participaron de ella.
- c) Encontramos una relación estadísticamente significativa en cuanto al uso de anticonceptivos por parte de los alumnos y a la conversación sobre este tema que ellos sostienen con sus parejas.
- d) Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable Asertividad entre el grupo que participó de nuestro programa y uno control. La tendencia de estas diferencias apunta a un claro aumento de la asertividad en el grupo que participó de la experiencia.

5.2. - Resultados Cualitativos

A nivel cualitativo, quizá el elemento de mayor importancia que hemos encontrado como producto de nuestras intervenciones es la integración del tema de la sexualidad a las conversaciones cotidianas al interior de los establecimientos educacionales en los que hemos intervenido. Esto, a nuestro juicio, demuestra el impacto que nuestro programa ha tenido sobre la totalidad de los sistemas educacionales en los que hemos intervenido. En la siguiente

sección profundizaremos sobre este tema.

Por otro lado, yen relación a lo anterior, hemos observado que, otro efecto que nuestro programa obtiene al interior de las instituciones en las que se ha intervenido, es el generar la apertura de un espacio de comunicación más fluido, entre los estudiantes, los profesores y los padres.

Otro elemento a destacar es el hecho de que nuestro programa ha aparecido como un aporte y una respuesta a una necesidad sentida por los sistemas educacionales, cual es la de contar con programas de formación en el area de la sexualidad que abarquen a la totalidad de la comunidad educacional.

Por último, hay que destacar los resultados encontrados a partir del trabajo con profesores. Si bien todos los elementos nombrados más arriba se ajustan, con propiedad, a la experiencia con ellos (así como también se ajustan al trabajo con padres), nos parece necesario destacar el notable ejercicio que los profesores desarrollan a la hora de intervenir directamente con los jóvenes a nivel de talleres de formación de la sexualidad. Este desempeño tiene relación con el hecho de que los profesores, como es obvio, tienen un conocimiento acabado del sistema educacional y una relación instalada con sus alumnos, le que potencia su capacidad de desarrollar talleres y actividades del tipo planteado.

VI.- CONCLUSIONES: RE-PENSANDO EL TRABAJO

Nos resulta interesante terminar este trabajo con conclusiones que aporten luces sobre los caminos a seguir en el desarrollo de trabajos enmarcados en el ámbito de la sexualidad juvenil (y que a la vez nos permitan reflexionar sobre la totalidad de nuestro trabajo). Es por ello que intentaremos, en este punto final, abordar desde varias perspectivas la totalidad de la experiencia que hemos presentado en las páginas precedentes. Comenzaremos con una interpretación de los resultados encontrados, luego haremos un análisis crítico de nuestra metodología en relación a los desarrollos del modelo de solución, para terminar con algunas reflexiones respecto de los procesos grupales que consideramos importantes de sostener en un equipo abocado a un trabajo como el nuestro.

En relación a los resultados de tipo cuantitativo, nos parece que los efectos producidos a partir de nuestra intervención pueden ser ordenados en torno a una clara lógica.

Lo primero, es visualizar al cambio producido en la variable Locus de Control y los producidos en las opiniones respecto del uso de anticonceptivos, dentro de lacategoría de lo que podríamos llamar «modificaciones perceptuales». En efecto, como vimos más arriba, uno de los elementos de importancia vinculado a los riesgos asociados a la sexualidad juvenil, es la evaluación que los adolescentes hacen de sí mismos como no perteneciendo a grupos que, potencialmente, están en riesgo respecto de su sexualidad. Así, creemos que lo

que ocurre en relación a estas dos variables tiene que ver con que los jóvenes modifican su percepción, por una parte, respecto de la cantidad de control con que realmente se enfrentan al ejercicio de su vida sexual y, por otra, respecto de ciertas opiniones que sostienen en relación a la posibilidad de acceder al uso de anticonceptivos. Esta modificación perceptual, creemos, debe tender a generar en el adolescente una serie de conductas que calcen más con las situaciones que efectivamente le toca vivir, potenciando una evaluación más adecuada de los riesgos y de las posibles vías de solución.

Por otra parte, las otras dos variables en las que producimos cambios nos sitúan en un ámbito distinto, pero relacionado con el anterior, como veremos más adelante. Por una parte, encontramos una relación que (aunque no causal) pone de relieve algunas de las ideas conceptuales con las que nos manejamos; esa relación es la que se observa entre el uso de anticonceptivos y el conversar con la pareja sobre ello. Este vínculo refuerza la idea de la negociación sexual como una variable global de protección de los riesgos asociados a la sexualidad adolescente. Suponemos, a partir de esta idea, que si fomentamos el desarrollo de la negociación en sexualidad, los adolescentes serán capaces de tomar mejores y menos riesgosas decisiones en este ámbito. El hecho, por otro lado, de que la Asertividad se modifique sustancialmente en la dirección de aumentarse en aquel grupo que participó de la experiencia, puede aportarnos la idea de que, mediante la técnica utilizada, es posible entrenar a los jóvenes en habilidades que les permitan negociar mejor en relación a su propia sexualidad.

De este modo, el panorama que podemos construir en relación a los resultados de tipo cuantitativo mostrados más arriba, es el siguiente: si aceptamos la idea de que la relación encontrada entre conversación y uso de anticonceptivos, aporta a la hipótesis de que el desarrollo de un proceso de negociación opera como un factor de protección en sexualidad (y consideramos esto relevante), un paso posterior puede ser el considerar que la técnica utilizada en nuestro trabajo aporta al desarrollo de dicho proceso, en cuanto aumenta la asertividad de los jóvenes que participan en ella y modifica sus percepciones llevándolos a conductas que se adecuan de mejor manera a sus condiciones reales de vida.

En relación a los resultados de tipo cualitativo hay que destacar que el elemento de mayor importancia encontrado como producto de nuestro trabajo es el impacto producido al interior de los establecimientos educacionales. Esto se ha traducido en una modificación de las conversaciones en relación a la sexualidad tanto al interior de los establecimientos como dentro de la familia: el tema se ha trasladado al espacio de la convivencia social, se discute con mayor apertura, se comparten experiencias y se cuestionan creencias y conocimientos. Estos efectos determinan la aparición de nuevos patrones de interacción en relación al tema; no resulta poco frecuente que los padres comiencen a hablar más del tema con sus hijos, potenciados por los contenidos

revisados en los talleres, o que a los profesores les resulte más fácil abordarlo en sus clases o en la conversación cotidiana con sus alumnos.

Otro elemento de importancia encontrado como producto de nuestras intervenciones es el que los participantes planteen que las acciones emprendidas con ellos potencian y mejoran su capacidad de comunicación, generando espacios y aptitudes para hacerlo de mejor forma.

Desde cierto punto de vista, puede argumentarse que el verdadero impacto de un programa de intervención reside en la capacidad de modificar las percepciones, sentimientos, conductas, etc. que los «intervenidos» tienen sobre ciertas cuestiones y construir, en conjunto, una nueva realidad sobre los problemas abordados. En este sentido, el modificar los espacios de interacción y comunicación, puede generar las bases para un debate que se oriente a encontrar las respuestas más adecuadas para enfrentar los riesgos asociados a la sexualidad juvenil.

De otra parte, y concordante con el análisis planteado más arriba en relación a los resultados de tipo cuantitativo, puede pensarse que nuestra intervención potencia, efectivamente, la capacidad de comunicación y, por ende, de negociación en torno a la sexualidad en la adolescencia.

Pero podemos ir un poco más allá.

Resulta sumamente interesante el hecho de que, en el curso de las evaluaciones cualitativas, los jóvenes planteen recurrentemente, como de importancia para ellos al finalizar los talleres, ciertos temas en particular, a los cuales no se les daba más importancia que a otros dentro de la planificación que nuestro equipo hizo de las acciones. Usualmente, estos temas tuvieron que ver con elementos que podían relacionarse con un proceso de negociación en sexualidad (comunicación, toma de decisiones, planificación vital, etc.). Las razones que ellos dieron para hacer estas elecciones tuvieron que ver con la utilidad que cada una de estas variables les prestaba para el desarrollo de su vida en general y de su dimensión sexual, en particular.

Esta situación nos hace pensar que los grupos con los que trabajamos estaban más «permeables» al desarrollo de ciertas variables que de otras. Esto, en términos generales quiere decir que los cambios efectivos que se producen en los grupos, producto de una intervención, tienen que ver, por una parte con la metodología utilizada y, por otra, con la forma en que los grupos procesan la intervención de la que forman parte. Lo interesante, en el caso del trabajo que aquí presentamos, es la recurrencia de las variables que diversos grupos expresaban como relevantes para ellos en el ámbito de la prevención de los riesgos asociados a la sexualidad adolescente. Debemos destacar, dentro de esta lógica, el hecho de que en el desarrollo de nuestro modelo de solución el «escuchar» a los grupos con los que hemos trabajado ha sido sumamente relevante.

Así, a modo de resumen, podemos decir que las acciones emprendidas por

nuestro equipo producen importantes modificaciones, en los sistemas en los que se interviene, a nivel de las interacciones cotidianas, las conversaciones y las formas y calidades de las comunicaciones y los procesos de toma de decisiones. De esos cambios, que suponemos ligados a las características y las necesidades de los grupos, se derivan, a nuestro entender, elementos que apoyan la idea de la negociación como un factor de protección de los riesgos asociados a la sexualidad adolescente, y que, por ende, marcan un camino a seguir en este ámbito.

Otra línea de reflexión interesante de destacar es la que tiene que ver con el desarrollo de nuestro modelo de solución y con la distancia que existe, actualmente, entre él y la técnica de intervención. En este sentido, podemos constatar que, dadas las características del trabajo que emprendemos, una reflexión que procure el desarrollo del modelo de solución resulta de mucho mayor rapidez que la que se le puede otorgar a un proceso de modificación de la técnica de intervención. Así, podemos constatar hoy día una serie de críticas a ella.

Primero, observamos que nuestra intervención apunta al desarrollo de una cantidad muy elevada de variables en un período relativamente corto de tiempo. Esto determina que no se logre el desarrollo de muchas de las variables en las que trabajamos (el análisis precedente puede dar luces que expliquen este proceso). Hoy, sin embargo, tenemos la convicción, acorde con nuestra reflexión sobre el modelo de solución, de que no es necesario el intentar el desarrollo de una gran cantidad de variables en la intervención, más bien es necesario concentrarse en el desarrollo de una sola que opere como un eje articulador de la totalidad de la experiencia, abordando otras sólo en la medida en que aportan o se relacionan con esta variable principal. En nuestro caso, la variable articuladora es el proceso de toma de decisiones; y es a partir de ella que las demás (asertividad, discernimiento moral, información y autoestima) se deberán enfrentar durante la intervención. Este paso hará más coherente y menos ambiciosa nuestra tarea.

Una segunda crítica puede ser planteada como una tarea a desarrollar. Un modelo como el que planteamos, debe desarrollar una metodología que le permita dialogar con los contextos socioculturales y adolescentes como un modo de conocer los lenguajes, las creencias y las formas de enfrentar el tema de la sexualidad, propios de los jóvenes del sector donde se interviene. Sólo a partir este conocimiento es que una intervención puede cobrar real sentido y ser vista como relevante y adecuada por los jóvenes con los que se desea trabajar. Una vía de intervención en este sentido, puede ser (como vimos) el desarrollo de intervenciones tipo Investigación - acción, que permitan construir, a través del trabajo con grupos de jóvenes, perfiles lo más exactos posibles en relación a lo que los jóvenes piensan, sienten y creen acerca de la sexualidad y la forma en que la viven. Una estrategia como esta, sin embargo, requiere hacerse cargo

de las contradicciones y paradojas expuestas más arriba y dar una respuesta acabada de trabajo con poblaciones juveniles en este ámbito. Por otro lado, debemos dejar constancia que el punto más importante es el dar cuenta de una forma de acceder a las significaciones que los jóvenes, su entorno, sus padres, sus profesores, etc. tienen respecto de la sexualidad; en este sentido cualquier forma alternativa que permita el logro de este objetivo será de suma utilidad.

Una tercera y última crítica (y vía de acción) tiene que ver con el punto anterior. En un afán evaluativo de las acciones que se desarrollen en esta área de trabajo, es necesario describir qué es lo que entendemos por conducta sexual riesgosa. Probablemente, la forma más eficaz de construir esta definición sea a través de una co-creación con los grupos objetivos; esto se refiere a un proceso mediante el cual tanto la comunidad como los profesionales construyan una definición de conducta sexual riesgosa que permita evaluar la eficacia de los programas de intervención. Hasta ahora, lo que hemos hecho en nuestro programa es medir tan sólo las variables intermedias (acordes con nuestro modelo de solución) e inferir un impacto sobre el problema en cuestión. Una definición clara y operacional de la conducta riesgosa nos permitirá medir cómo nuestras intervenciones influyen sobre ella, tanto a nivel de la cantidad de jóvenes que la presentan, como a nivel del cambio comportamental producto de las acciones emprendidas.

El último elemento que abordaremos en estas conclusiones tiene que ver con el desarrollo del proceso en el que nuestro equipo se ha involucrado. Particularmente, son dos los elementos que queremos destacar en este punto. El primero dice relación con la existencia de un modelo conceptual que guía las acciones: a nuestro juicio ha sido de central importancia que nuestro equipo de trabajo cuente con un modelo explicativo de su intervención que oriente su trabajo y que le permita entender los acontecimientos que ocurren en él. El segundo elemento es la extensión del anterior, y tiene que ver con la permanente reflexión y discusión que nuestro equipo sostiene sobre el desarrollo del trabajo y sobre cómo las experiencias de intervención modifican los marcos explicativos que nos rigen; en esta reflexión no está (y no debe estar) ausente una permanente actualización sobre las investigaciones en el tema. De esta manera se nos ha permitido desarrollar los modelos explicativos, y afinar cada vez más las intervenciones.

Finalmente, creemos que un trabajo como este y las reflexiones que de él se derivan son de radical importancia para el desarrollo de intervenciones en el ámbito de la educación en sexualidad, máxime cuando hoy esta área se integra cada vez más a los planes educativos de nuestro país.

VII.- BIBLIOGRAFIA

- APROFA (1990). Las enfermedades de transmisión sexual. Cuaderno educativo.
- •BAECHLER,R., MOLINA, R., SILVA, C.G., SIMON, M. & SILVA, A. (1983). Sexualidad en la adolescencia. Cuad. Med. Soc., 24 (2): 60 66
- BERNAL Y COLS (1992) Encuesta sobre comportamiento sexual adolescente. Adimark.
- CHILMAN, C.S. (1979) Adolescent sexuality in changing american society: Social and Psychological perspectives. U.S. Dept. of Health Education and Welfare. Washington D.C.
- GONZALEZ DE ARTEAGA, M. & SZCZEDRIN, W. (1987) Adolescencia y Anticoncepción: Conocimiento actitud y práctica. Rev. obtet. ginecol. Venezuela, 47(3): 124-8.
- HAMEL, P., ASUN, D. & ANDRADE, M. (1983). Información y conducta sexual de la adolescente urbano popular chilena., 6(2): 21 30.
- JESSOR, R. & JESSOR, S.L. (1977) Problem behavior and psychosocial development. New York: Academic Press.
- KRAMAROSKY, C. & IGLESIAS, J. (1987) Estudio sobre aspectos psicosexulales de la adolescente chilena. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 1987.
- MOLINA, R.; ALARCON, G.; ROMERO, M.; Y COLS. (1985). Resultado de un Modelo de Atención Médica para adolescentes embarazadas. Revista Médica de Chile, Vol., 113.
- MOLINA, R., ARAYA, S., IBAZETA, G., JORDAN, P. & LAGOS, E. (1986). Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescentes. Rev. Chil.- Obstet. Ginecol, 51(3): 293 302.
- MORENO,S & ROJAS, E. (1980). Relación entre el grado de conocimientos que tienen los adolescentes sobre sexualidad con el nivel socio-económico-cultural de los padres, sexo y medios por los cuales obtuvieron la información. Enfermería, 15(63): 9-14, ene-mar, 1980.
 - PALMA, I. (1990). Los jóvenes en Chile hoy. Ed. Generación, Stgo.

- PAVÉS, W., LUCO, A., GUZMAN, P & ECHEVERRIA, B. (1990) Actitud de varones jóvenes hacia la prevensión del embarazo. Rev. Chilena de Psic. 11(1).
- PICK de WEISS y AGUILAR (1988) Planeando tu vida. Programa de educación sexual para adolescentes. Ed.Pax, México.
- SILVA, M. (1991). Relaciones Sexuales en la Adolescencia. Ediciones Universidad Católica de Chile
- SILVA, P., ALVARADO, R., PALAVECINO, L., SANDOVAL, L., QUEVEDO, F., GIRARDI, G. & ARANDA, W. (1988). Conocimientos sobre sexualidad en estudiantes universitarios. Cuad. Med.Soc., XXIX(1): 11 18.
- VARGAS, J., MENA, F., GALANTI, M. & MOLINA, R. (1990) Práctica sexual de adolescentes escolares. Variables individuales. **Perinatología** y reproducción. 3(1): 4 9.
- ZAMORA, R. & MARTINEZ, A. (1987). Atención primaria en adolescencia: una experiencia de información sexual. Arch. Pediatr. Uruguay, 58(3): 161 166.

UN MODELO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL CON EMBARAZADAS Y MADRES ADOLESCENTES

Rubén Alvarado M., Rodrigo Lavanderos W., Hilda Neves G., Phillip Wood, Alejandra Guerrero T., Aldo Vera C., Paula Contreras, Yovanka Rivera, Rosa Maria Olave R., Pía Ruiz-Tagle, Gloria Cortés.

Equipo del Area de Adolescense Embarazada. C.E.I.S. Centro de Estudios e Intervenciones Sociales.

I. INTRODUCCION

En este artículo queremos reseñar el modelo de intervención que hemos desarrollado a partir de nuestra experiencia de trabajo con embarazadas y madres adolescentes, en el contexto de proyectos que se ejecutan en consultorios de atención primaria.

El programa se ha llevado a cabo en las comunas de San Bernardo, El Bosque, Los Andes y Lo Espejo, y ha sido posible gracias al aporte financiero del Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) y en coordinación con los Servicios de Salud Metropolitano Sur, San Felipe - Los Andes y la I. Municipalidad de Lo Espejo.

II. FORMULACION DE UN MODELO DEL PROBLEMA

En Chile nacen anualmente más de 39 mil niños de mujeres menores de 20 años, constituyendo en 1990 el 13.8% del total de nacidos vivos dentro del país.

En las dos últimas décadas se ha observado que la tasa de fecundidad de mujeres entre 15 y 19 años se ha mantenido relativamente estable, situándose alrededor de 65 por mil, en contraste a las mujeres de mayor edad donde se aprecia un decremento. Esto indica que los programas de planificación familiar ejercen una baja influencia sobre este grupo de jóvenes.

Existe una creciente preocupación por las dificultades asociadas al embarazo en las adolescentes, esto se debe a un incremento del riesgo biomédico y psicosocial de la futura madre y su hijo. La maternidad en la adolescencia se ha constituido en un problema de salud pública, por producir una situación de mayor riesgo biológico y psicosocial para el binomio madre-hijo, junto a la

generación de conflictos a diversas personas involucradas (familia de la joven, el padre y su grupo familiar, etc).

Los aspectos más relevantes que caracterizan este riesgo biopsicosocial son:

- 1. La adolescente ve interrumpido su proceso de desarrollo integral, pasando bruscamente de niña-hija dependiente, a madre obligada igualmente dependiente, sin tener espacio ni tiempo para crecer como persona ni elaborar la crisis que esto significa, lo cual implica:
 - Una situación de estrés.
- Un aumento de las tareas que la joven debe asumir, para lo cual requiere desplegar todas sus habilidades de enfrentamiento a ellas.
- Un aumento de la vulnerabilidad psicosocial para el desarrollo de problemas.
- 2. El embarazo coarta las posibilidades de desarrollo de la joven hacia metas socialmente esperadas, ya que interrumpe su proceso escolar y limita su acceso a la capacitación laboral. En 1989 un 97,0% de las embarazadas menores de 20 años estaban laboralmente inactivas.
- 3. La adolescente presenta un gran déficit de información acerca de temas básicos en sexualidad humana. Es particularmente relevante su desconocimiento en métodos anticonceptivos, ya que la gran mayoría reinicia su vida sexual rápidamente y lo hace en condiciones de riesgo para el desarrollo de un nuevo embarazo.
- 4. El riesgo de desarrollar un cuadro depresivo de postparto es superior en la adolescente en contraste con puérperas de edades mayores. Este hecho potencia otros factores de riesgo más relacionados con el ámbito de su salud mental.
- 5. Existe una elevada tasa de ilegitimidad de los recién nacidos. En 1989, esta tasa para la generalidad de recién nacidos fue de 33,7%, pero en el grupo etáreo de madres menores de 15 años fue de 85,0% y el de 15-19 años fue de 59,4%.
- 6. Hay un aumento significativo del riesgo de morir en el niño nacido de madre joven. En 1989, la mortalidad neonatal del grupo de madres menores de 20 años fue de 12,3 por mil nacidos vivos en contraste a 8,9 por mil, en el grupo etáreo de 20-34 años; y la mortalidad infantil fue de 25,8 por mil en contraste a 16,4 por mil, de madres de 20-34 años. El riesgo es aún mayor en las madres menores de 15 años, siendo para 1989 la mortalidad neonatal de 14,8

por mil, y la mortalidad infantil de 39,2 por mil.

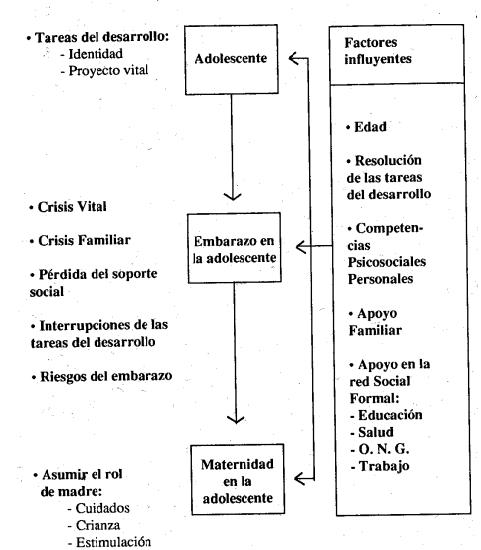
7. El aumento de la morbi-mortalidad tanto para la madre adolescente (complicación durante el embarazo, parto y puerperio), como para su hijo, riesgo que es más claro en las jóvenes menores de 15 años.

Todos los riesgos asociados al embarazo adolescente mencionados anteriormente se potencian claramente bajo una situación de extrema pobreza, donde las redes sociales de apoyo se ven seriamente afectadas y el nivel de exclusión y/o auto-marginación social de las adolescentes aumenta de manera significativa.

En síntesis, para la joven significa la interrupción de su desarrollo, la asunción precoz del rol materno, serias dificultades con su familia de origen y un incremento del riesgo para desarrollar complicaciones médicas y psicosociales durante el proceso grávido-puerperal. En relación a los hijos, gran parte de estos quedan en calidad de ilegítimos, además de presentar un mayor riesgo de enfermar, desnutrir y de tener trastornos en su desarrollo emocional y psicomotor.

En la página siguiente se muestra un esquema que sintetiza el modelo del problema con el cual se trabajó.

MODELO DEL PROBLEMA



- · Bajo soporte social
- Reformulación del Proyecto Vital
- Riesgos para el crecimiento y desarrollo del niño

III. LOGICA DE LA INTERVENCION PROPUESTA

Nuestro Programa de Apoyo Psicosocial a la Adolescente Embarazada y a la Madre Joven se enmarca en la necesidad de brindar una atención integral a la población de adolescentes embarazadas que se encuentran bajo control en consultorios de atención primaria, incorporando el componente psicosocial de este problema.

Considerando el modelo del problema anteriormente expuesto, hemos diseñado una estrategia de enfrentamiento que se puede sintetizar en los siguientes postulados:

- 1. Incrementar el soporte social de la joven a través de la entrega de información, apoyo afectivo y adiestramiento en algunas conductas de enfrentamiento a problemas. En este sentido el trabajo de «taller» constituye una herramienta efectiva de incremento en el soporte social de la joven, ya que es capaz de generar una red social alternativa.
- 2. Elaboración psicológica de la crisis que significa el embarazo o la maternidad en la adolescente, con una re-elaboración consistente con su proyecto de vida. Es importante destacar en este sentido elementos tales como la contensión afectiva para permitir o facilitar el proceso de elaboración.
- 3. Desarrollar y fortalecer precozmente el vínculo madre hijo, como un factor protector del desarrollo del niño y como un aspecto central en el proceso de elaboración afectiva de la embarazada y madre joven.
- 4. Entrenar en habilidades para la crianza y la estimulación psicomotora. Lo anterior apunta a un hecho señalado en la literatura, que al entregar una atención integral a la adolescente embarazada, que comprenda aspectos biomédicos y especialmente psicosociales, se obtiene una franca reducción de los riesgos y daños observados y señalados.

El objetivo final de nuestro programa es reducir el impacto negativo que produce el embarazo en la adolescente, en su hijoy su familia nuclear o extensa, a través de una intervención psicosocial durante el período comprendido entre el embarazo y el primer año de vida del hijo, la cual permita facilitar el proceso de desarrollo de la joven madre, reducir los riesgos y daños potenciales, promover la reinserción social y comunitaria de la adolescente y facilitar su integración familiar.

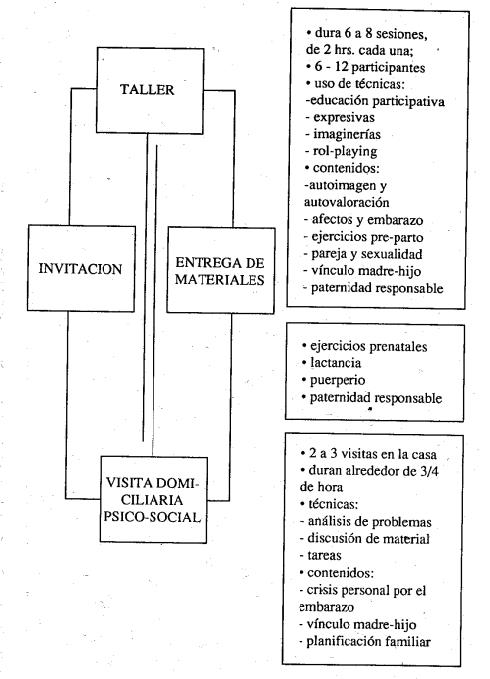
IV. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

Los proyectos contemplan una etapa de instalación donde básicamente se presenta el programa a los equipos locales de salud y se discute con ellos, reformulándolo de acuerdo a cada realidad.

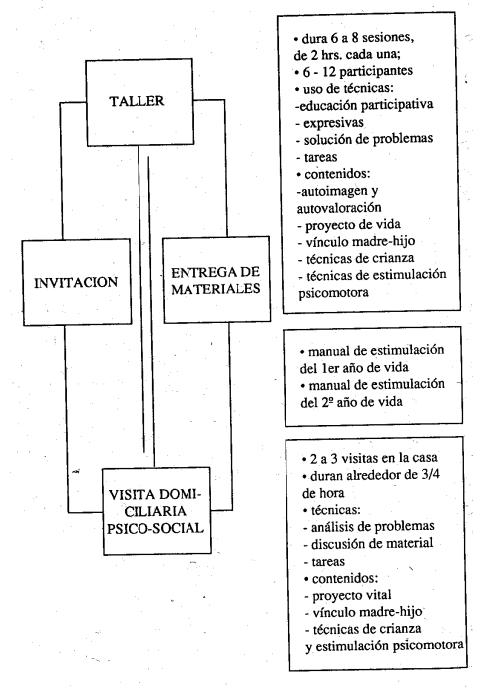
En la etapa de intervención propiamente tal se realizan las siguientes actividades:

- 1. Entrevista Individual: Es una entrevista con la joven, realizada por un profesional (psicólogo), con el objeto de evaluar su situación actual y entregar orientaciones, especialmente al inicio de los talleres.
- 2. Taller Para Embarazadas: Es una actividad grupal para 6 a 12 adolescentes que están en su segundo trimestre de embarazo. Dura entre 6 y 8 sesiones. Está a cargo del equipo, y su objetivo es elaborar los aspectos psicosociales del embarazo, ampliar la red social de la joven, facilitar el vínculo madre-hijo, elaboración afectiva de la crisis vital y educar sobre el proceso grávido-puerperal, sus complicaciones, lactancia, sexualidad y planificación familiar.
- 3. Taller Para Madres Jóvenes: Es una actividad grupal para 6 a 12 adolescentes cuyos hijos tengan entre dos meses y un año de vida. Dura entre 6 y 8 sesiones. Está a cargo del equipo de trabajo, y su objetivo es elaborar ciertos aspectos de la maternidad, elaboración afectiva, reformulación de su proyecto vital y adiestrar en técnicas de crianza y de estimulación psicomotora.
- 4. Visita Domiciliaria Psicosocial para la Madre Adolescente: Que se realiza con las madres jóvenes e incluye 2 a 3 sesiones, y está destinada a apoyarla en asumir el rol materno, adiestrar en técnicas de crianza y estimulación psicomotora, ayudarla en su desarrollo personal y re-construcción de su proyecto de vida.
- 5. Visita Domiciliaria Psicosocial para la Adolescente Embarazada: Que incluye 2 a 3 sesiones, para aquéllas que no participan en los talleres y está destinada a ayudar a resolver la crisis producto de la gestación no deseada, elaborar aspectos psicosociales y educar sobre planificación familiar.
- 6. Actividades de difusión e invitación a las beneficiarias del programa:
- El flujograma de actividades se puede apreciar en las dos páginas siguientes.

ESQUEMA GENERAL DE LA INTERVENCION CON EMBARAZADA ADOLESCENTE



ESQUEMA GENERAL DE LA INTERVENCION CON LA MADRE ADOLESCENTE



Finalmente, hemos implementado un diseño evaluativo que busca medir el cumplimiento de objetivos y metas proyectadas en el programa, así como procesos personales y grupales desencadenados. Se construyeron fichas, sistemas de registros e instrumentos ad hoc.

Para el cumplimiento de metas se contrastó semestralmente lo proyectado con lo realizado, y se analizaron las causas de las diferencias (tanto en un sentido positivo como negativo) con los diferentes niveles involucrados.

Todo lo anterior se complementó con una evaluación cualitativa de los procesos desencadenados.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL PARA FUNCIONARIOS DE CONSULTORIOS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Domingo AsúnJ Juan Pablo Toro Rodrigo Lavanderos Simón Rider

I.INTRODUCCION

A través de este escrito pretendemos compartir una experiencia de trabajo en equipo que hemos desarrollado en forma conjunta con miembros de distintos consultorios de atención primaria de salud de la Zona Sur. Para ello organizaremos la exposición en cuatro aspectos centrales. Los antecedentes generales de la intervención, una descripción del proyecto a presentar, una evaluación crítica de lo desarrollado hasta el momento, y por último, algunas reflexiones que deriven en propuestas de trabajo futuro.

II. ANTECEDENTES GENERALES

La experiencia que desarrollamos en estos momentos tiene sus orígenes en el proceso de acercamiento gradual que el área de la salud mental y el sistema de salud público han venido experimentando desde hace algún tiempo. Uno de los aspectos de este encuentro, al menos en la zona sur, se concreta en la inserción de psicólogos al funcionamiento de consultorios de atención primaria a través del proyecto Tercer Turno. Como resultado inmediato de esta inserción, comenzó a perfilarse el rol del psicólogo al interior del equipo multidisciplinario de salud.

Este rol se configuró de dos maneras específicas. Por una parte, categorías de acción que tienen relación con aspectos tradicionales de funcionamiento en atención de salud (atención clínica), lo cual contemplaba también acciones orientadas al trabajo comunitario y al desarrollo de potenciales locales.

La segunda categoría de acción se origina en las percepciones que el psicólogo adquiere del equipo de salud (incluyéndose como integrante del mismo) en el desarrollo habitual de las tareas y en la convivencia diaria. Esta percepción está referida al equipo como un grupo humano, sometido a ciertos procesos determinados por distintos niveles de influencia (de los miembros del equipo como individualidades, de los modos institucionales de organización y de las influencias que el grupo genera sobre sí mismo). A partir de estas percepciones se generan líneas de acción que tienen relación directa con la valoración de los recursos humanos más allá de la mera productividad o

cumplimiento de tareas. Es decir, recursos humanos que tengan mayor relación con el bienestar físico y mental de las personas en su lugar de trabajo, y en las relaciones interpersonales que entre ellos generan.

Cabe señalar que las percepciones que el psicólogo realiza respecto al grupo humano en el que trabaja, las realiza considerándose como uno más de sus miembros. Este factor es de gran importancia, especialmente cuando se plantean líneas de acción a partir de esas percepciones que involucran al grupo mismo. De no considerarse este aspecto, no se hace más que dificultar la integración a la que hacíamos mención anteriormente (por ejemplo, manteniendo la idea de que sólo es necesario estar «enfermo» para tener contacto con un psicólogo). Significa también la inclusión y respeto de las propias necesidades del grupo y la concepción de un concepto de salud basado en el proceso que complemente al concepto médico, fundamentalmente estático. Bajo esta óptica creemos haber conjugado las demandas similares que plantearon los equipos de salud con los que trabajamos durante más de un año, como también las de los niveles directivos (D.A.P. SUR) quienes además se mostraron abiertos y confiados al desarrollo del proyecto, facilitando incondicionalmente su desarrollo.

Es a partir de esta segunda categoría de acción o este segundo aspecto del rol configurado del cual este proyecto deriva. Armados de la experiencia acumulada durante el tiempo de trabajo en el proyecto tercer turno y de las percepciones en él adquiridas, como también de las diversas experiencias en el ámbito de la salud y en otras áreas de trabajo que los miembros de nuestro equipo poseen, es que decidimos aventurarnos a laborar en los consultorios periféricos del área sur.

Producto del proceso descrito anteriormente, de un marco de experiencia laboral por una parte, o de detección y sistematización de necesidades por otra, es que logramos bosquejar un primer pre-proyecto, antecedente del actual, que hablaba de un desfase detectado especialmente en el campo de la evaluación que se realizaba a los equipos de salud de los turnos (que en ese momento sumaban seis en toda la zona sur, dos con psicólogos en su interior).

El problema constaba de una omisión de categorías de evaluación para aquellas variables de «Proceso» que vivían los equipos en formación, y por otra parte una evaluación centrada más que nada en variables a nivel de «contenido programático», cuyas categorías o ítemes evaluativos sí eran lo suficientemente claros.

Es importante mencionar que el proyecto Tercer Turno fue incentivado desde la Direción de Atención Primaria Sur como una oportunidad de llevar a cabo profundas modificaciones en la forma del «cómo hacer salud», especialmente en lo que a Modelo de Atención Primaria se refiere (de hecho, ese fue el estímulo que motivó el ingreso de psicólogos a los consultorios, suceso inédito hasta ese momento en las restantes zonas de salud).

Es por lo anterior que los objetivos de tercer turno eran dobles, por un lado un aspecto centrado en el desarrollo del trabajo con la comunidad (contribución al desarrollo local), y por otro un aprendizaje en temáticas de funcionamiento interno del equipo de salud (de carácter multidisciplinario), es decir, un desarrollo que permita potenciar el trabajo externo a partir de una dinámica interna apropiada. Esto último implicaba que un espacio importante del turno se volcaría al desarrollo del propio grupo, y el tema era la Formación de Equipo de Trabajo.

Es a partir del espacio generado en el trabajo interno que se realizó con los equipos de tercer turno donde se agudizó la contradicción, que también podemos llamar PROBLEMA, que generó los primeros proyectos de intervención al respecto. El asunto era el siguiente, se pedía flexibilidad y creatividad para desarrollar una forma novedosa de trabajar y ejercer un concepto de salud más liberador (menos centrado en el tratamiento y más basado en el concepto de desarrollo, educación y prevención), el punto era que los equipos recién formados necesitaban nacer primero como tales, ya que el perfil de funcionamiento interno real no permitía la flexibilidad esperada. Por otra parte, las demandas en términos de contenidos programáticos a los equipos, sumado a la falta de evaluación de procesos grupales, mostraron un desfase evidente; permitiendo así un complemento de trabajo de formación de equipo en los turnos. Lo anterior permitió innovaciones necesarias en términos grupales, y el asentamiento de posibles equipos de trabajo de la atención primaria en salud.

Es, a este contexto al que responde el proyecto descrito en esta publicación, un intento por satisfacer ciertas necesidades de los funcionarios de la salud primaria desde una metodología de intervención alternativa a las tradicionales, basada más que nada en un trabajo de identidad laboral y variables de proceso grupal reales, dejando de lado lo retórico y tomando así dinámicas propias de los equipos. La experiencia es llevada a cabo por un equipo compuesto en su totalidad por trabajadores de la salud mental (seis psicólogos), quien desde distintas perspectivas y experiencias han tomado contacto con el funcionamiento de los consultorios de atención primaria y otros campos de la salud.

III. DESCRIPCION DEL PROYECTO

3.1 - Objetivos Generales

Los antecedentes anteriores fueron traducidos en un proyecto de trabajo que tendría como objetivos centrales el diagnóstico y la intervención, dirigidos a dos aspectos fundamentales:

a.-Por una parte las variables de contenido, entendiendo por ello los aspectos que tienen relación específica con el tipo de trabajo realizado por los

equipos (atención primaria). De este modo fomentaríamos una comparación entre las normas de funcionamiento esperado para un equipo de atención primaria y el nivel de funcionamiento real que los diversos equipos han alcanzado respecto a ese parámetro ideal. En este aspecto la función es exclusivamente diagnóstica, pues la comparación apunta a posibilitar la reflexión acerca de las causas que los mismos equipos perciben como explicativas del resultado de tal comparación (mayor o menor distancia del modelo ideal), y en la factibilidad de llevar el modelo ideal a la práctica concreta. De este modo sería posible contrastar el discurso teórico y discurso empírico del modelo de atención primaria o, dicho de otro modo, permitir la explicación de las posibles diferencias entre ambos discursos especialmente en lo referido al desarrollo de trabajo en equipo.

b.-Por otra parte las variables de proceso, es decir todos aquellos aspectos que tengan relación con las dinámicas de los grupos de trabajo y de un modo especial aquellos aspectos dinámicos que influyen en el desarrollo del trabajo en equipo, lo que determina de un modo central la cercanía o distancia del discurso práctico de la atención primaria respecto al teórico. En esta dimensión, la función de intervención adquiere similar importancia a la acción diagnóstica, volviéndose ambas recursos simultáneos.

En resumen el proyecto conjuga los aspectos de atención primaria y la noción de salud mental mediante el núcleo del trabajo en equipo. En este sentido, salud mental mantiene su significación de calidad de vida y logra adquirir mayor especificidad al hablarse de calidad de vida laboral.

3.2.- Estructura del proyecto

El proyecto está siendo desarrollado en cuatro fases o etapas progresivas, distribuidas en el plazo de un año (12 meses). Estas son las siguientes:

1. Fase de toma de contacto. Pensamos que tanto por los contenidos que abarca, como por la metodología con la cual el proyecto se llevaría a cabo (tomando en cuenta lo piloto de la experiencia), era necesario un acercamiento directo a la totalidad de los funcionarios de la zona, de modo tal de poder presentar el programa de actividades en forma personalizada a cada uno de los consultorios participantes del proyecto.

Para cumplir con el objetivo anterior es que se programó un calendario de visitas que contemplaba un encuentro del equipo ejecutor (docente) con todo el personal que trabaja en los distintos consultorios, obteniendo un total de 24 visitas, con un porcentaje de asistencias a las reuniones de un 75% como promedio en cada policlínico.

Los objetivos que perseguia esta etapa eran, por una parte lograr transmitir

una información completa acerca de los objetivos generales del proyecto, tomando en cuenta algunos riesgos referidos al tema de la salud mental como una «distracción» de los problemas reales que afectan al funcionamiento de los equipos de salud. En este sentido era importante destacar el carácter externo del proyecto y de sus ejecutores con respecto a las contingencias organizacionales entre el personal de salud y sus cuerpos directivos.

Por otro lado era importante entregar a los funcionarios (incluidos los directores) algunos parámetros acerca de la metodología con la cual el proyecto operaría, especialmente en lo referido a las normas de selección de los grupos dentro de los consultorios.

Al respecto se entregaron en forma homogénea 3 criterios únicos de selección, el primero referido al número de integrantes del grupo que asistiría a la capacitación (10), en segundo lugar la constitución multi-estamental de dicho grupo como condición necesaria (un representante por cada estamento existente en el consultorio, profesionales y no profesionales), y en tercer lugar entregamos libertad en términos de autoselección de la muestra, dependiendo de la realidad organizativa de cada consultorio, cumpliendo eso sí los criterios anteriores.

Por último, otro objetivo importante de las visitas a terreno era aclarar los alcances del proyecto en términos de sus receptores o beneficiarios. Justamente para no provocar «una división más al interior de los consultorios» es que se aclaró que los objetivos terminales del proyecto eran llegar a la totalidad de los funcionarios, tanto en los contenidos trabajados en la capacitación, como en los procesos desarrollados con posterioridad. Se explica que cada miembro que asistía a la capacitación iba a ella en calidad de «embajador de un determinado estamento, y que por lo tanto tenía la responsabilidad (y el proyecto así lo contemplaba) de transmisión de la experiencia posterior. En síntesis se dijo que se trabajara con «consultorios chicos» en términos de una representatividad total, y que se supervisaría la transmisión de contenidos y procesos.

2.- Fase de capacitación directa. Esta etapa consistía en desarrollar un programa que abarcara los contenidos que nos interesaba transmitir a los grupos que asistieron a capacitarse. En este sentido era importante destacar que la capacitación se realizaría en un lugar externo a los consultorios y que estaría a cargo del equipo presentado en las visitas. En total se estructuraron 24 horas de capacitación directa distribuidas en 6 sesiones de 4 horas cada una(de lunes a sábado, de 9:00 a 13:00 horas). Al respecto ordenamos el universo muestral en lo que llamamos «Módulos de Trabajo», se trabajaría con un módulo a la vez, los cuales estaban constituidos por 4 consultorios cada uno distribuidos a su vez por área geográfica (comuna o municipalidad). En síntesis trabajaríamos con 6 módulos (24 consultorios) y cada uno de ellos constituido por 40 personas aproximadamente, 10 representantes por consultorio, (240 en total).

En términos operacionales las seis semanas de capacitación (6 módulos de trabajo) tenían contenidos similares, éstos se estructuraron en 6 temas (uno por sesión) que se referían principalmente al Modelo de la Atención Primaria en Salud (A.P.S.), dinámicas de funcionamiento grupal (trabajo de grupo y formación de equipo), comunicación, resolución de problemas, conflicto organizacional y finalmente una sesión dedicada exclusivamente a la evaluación. Creemos que con los temas anteriores se lograba focalizar un trabajo sistemático el cual se tomaría en la fase siguiente.

3. Fase de seguimiento o supervisión en terreno. Esta etapa es probablemente la más novedosa e importante del proyecto, puesto que luego de la capacitación, y de dos semanas de reinserción de los grupos focales a sus respectivos consultorios, comienza un trabajo con ellos y el resto del personal en el consultorio respectivo. En términos horarios estructuramos 12 horas de supervisión por consultorio (no por módulo), la cual distribuimos en tres bloques de 4horas cada uno(tres semanas). A la vez cada bloque de supervisión está separado entre sí por una semana, de manera que los objetivos se vayan cumpliendo y asimilando de manera progresiva.

En términos de objetivos podríamos sintetizarlos en los siguientes: en primera instancia lograr un diagnóstico local de necesidades por consultorio, lo que implicaba conocer lo que cada consultorio demandaba en los temas analizados. Posteriormente se analizaría la posibilidad de estructurar algún plan de trabajo coherente con las necesidades detectadas, de manera de contar con actividades mantenedoras, centrales, a corto, largo y mediano plazo. En este punto de la supervisión es donde se integra al resto del personal del consultorio, puesto que las actividades que se desarrollan deben implicar al consultorio en su totalidad. Finalmente se termina por analizar los procesos grupales que se han ido viviendo a lo largo de estas semanas de trabajo conjunto, con la perspectiva de poder generalizarlos al resto de la cotidianidad laboral. Se concluye realizando en forma conjunta alguna actividad inauguradora del programa interno de trabajo de cada consultorio.

4. Fase de evaluación final. Esta fase se constituye por la elaboración de un informe final de toda la actividad estableciendo un banco importante de datos respecto a las distintas etapas del proyecto.

Sin embargo el proyecto cuenta con instancias de evaluación intermedias, que se realizan al finalizar cada una de las fases, además se elaboran estrategias evaluativas tanto a nivel de consultorio, como también a nivel de módulos de trabajo.

Temporalmente se evalúa a nivel de capacitación directa, de seguimiento en terreno, y una estructura de evaluación posterior (6 meses) que se pretende instaurar a nivel de los usuarios.

Finalmente, y como objetivo último, el proyecto pretende constituir estructural y dinámicamente, núcleos de salud mental permanentes en los consultorios de la zona sur, que con una asesoría adecuada logren permanecer produciendo constantemente programas que mantengan un clima laboral interno adecuado entre los funcionarios aumentando así una dimensión de su calidad de vida laboral.

IV. RESULTADOS. (PROCESO)

En esta sección nos gustaría compartir las experiencias vividas durante el desarrollo del proyecto hasta su fase actual.

Las etapas del proyecto han sido desarrolladas, hasta el momento, con dos módulos de trabajo (a excepción de la fase de toma de contacto, llevada a cabo con la totalidad de los consultorios). Es decir, hemos vivido la experiencia de capacitación y supervisión con siete de los veinticuatro consultorios. En este sentido los résultados y las reflexiones derivadas pueden ser algo tempranas a modo de generalización, pero creemos importante rescatar los aspectos comunes que hemos encontrado durante este tiempo.

En los períodos muy iniciales de trabajo pudimos observar algunos patrones característicos en los distintos consultorios.

Existía un nivel de información mediano y bajo respecto a la actividad en la cual participarían. Por otra, un nivel de motivación bajo o un nivel de desinterés respecto al trabajo futuro, unido sin embargo a la idea de que una actividad de este tipo era absolutamente necesaria. En este sentido, las actividades iniciales nunca fueron interferidas por esto niveles de motivación o interés, como tampoco la asistencia, que se mostró alta y estable a lo largo de ambas fases. Asociado a los bajos niveles iniciales de información e interés, está el aspecto de las expectativas respecto al trabajo que como equipo proponíamos. Algunas de las expectativas negativas que predominaban en los asistentes eran:

- 1. Que la actividad sería fundamentalmente teórica y que la transmisión a los compañeros de trabajo que no asistían a ella sería del tipo expositiva, básicamente.
- 2. Que la fase de supervisión sería una especie de control que el equipo ejecutor realizaría sobre la «correcta» transmisión de los contenidos.
- 3. Que la actividad sería algo así como una concientización o un lavado de cerebro, que tendría como objeto mejorar la calidad de la atención sin considerar los problemas que individual; grupal u organizacionalmente tenían.

Dentro de las expectativas positivas predominaba también la fuerte idea de un posible beneficio personal para los funcionarios y la idea del beneficio grupal (grupo de asistentes y demás funcionarios no asistentes). El beneficio individual se percibía en términos de indicadores claros y concretos, a diferencia del beneficio grupal que se presentaba de un modo vago. Sin embargo, ambos se sitúan en un alto nivel de importancia. Otro aspecto importante es que en ambos tipos de beneficio esperado no había clara conciencia de un mecanismo o modo de consecusión. Por último, la idea de estos beneficios se percibía como determinante directo en una relación más sana con los usuarios y en el funcionamiento más exitoso del mismo equipo de salud. Este aspecto es importante pues permite percibir el foco desde el cual los funcionarios se plantean los cambios laborales de distintos niveles.

En resumen, podemos caracterizar el primer contacto de los equipos de salud como marcado por una actitud de precaución ante la propuesta de trabajo realizada por el equipo docente, actitud que se modifica progresivamente de acuerdo a las intervenciones iniciales que tuvieron por objetivo complementar la información respecto a la actividad, al trabajo de acogida y elaboración de expectativas negativas y positivas y respecto al desarrollo gradual de las actividades programadas. En términos generales, las actitudes descritas aparecen durante los primeros días de la etapa de capacitación. Durante los últimos periodos de la capacitación se observaba un nivel de asistencia alta y estable, un grado de participación alta y activa y el comienzo del predominio de relaciones entre los participantes basadas en variables afectivas (fraternidad, amistad) como variables que complementaban a las más usuales en la relación (variables formales: cargo, estamento, etc). Lo anterior podía percibirse en cada consultorio y fuertemente al interior de los módulos. La actitud final respecto al trabajo propuesto por el equipo resaltaba un gran nivel de compromiso, traducido en la necesidad y disposición de replicar, de algun modo, en sus propios consultorios la experiencia vivida durante la semana. Por otra parte se percibía un nivel de ansiedad o temor, proporcional al nivel de compromiso, debido al sentimiento de inhabilidad en algunos aspectos para la transmisión de dicha experiencia.

Asociado a lo anterior, la demanda de los participantes respecto de supervisión y asesoría por parte del equipo docente ocupó un lugar central. De este modo el final de la fase de capacitación quedó vinculada con sentido (tanto para los equipos de salud como para el equipo docente) a la fase próxima de supervisión o apoyo en terreno.

Como en la etapa de capacitación, durante la fase de apoyo en terreno pudimos constatar algunas recurrencias.

Durante los contactos iniciales, percibimos una actitud general de parte de los participantes hacia los miembros del equipo docente, percibidos ahora en su rol de supervisores. El nivel de compromiso y disposición seguía aún alto y

constante, aunque asociado también a la sensación de inhabilidad o falta de mecanismos para algunos aspectos de la transmisión de la experiencia de capacitación al resto de sus compañeros. La actitud predominante puede ser derivada de lo anterior, en el sentido de que existía un alto nivel de autoexigencia o responsabilidad en el grupo participante de la capacitación en relación a realizar un trabajo con sus compañeros. En resumen, la actitud tenía dos componentes. Por una parte, la vivencia de un cierto nivel de beneficio en la experiencia de la capacitación y la idea de que tal beneficio podía ser transmitido a los compañeros y, por otra parte, un sentimiento de inhabilidad y sobreexigencia respecto a transmitir efectivamente dicha experiencia. Tal actitud general se manifiesta en dos parrones de conductas polares. Una de ellas era la necesidad de realizar un gran número de tareas o en lo posible la replicación exacta del taller en el consultorio, estos grupos estaban centrados más en la tarea que en la dinámica grupal asociada a la ejecución de la tarea. La otra era la dificultad extrema en realizar algún tipo de actividad que permitiera la transmisión. En este caso los grupos se centraban más en la dinámica grupal generada por la tarea, que en la implementación y ejecución de ella.

En cierto sentido, ambas conductas podían transformarse, si se tornaban conductas exclusivas, en factores entorpecedores de los objetivos de la etapa. (desesperanza. Ver conclusión).

El equipo docente realizó un trabajo específico dentro de cada consultorio, de modo de cumplir con los objetivos planteados para la supervisión. Dependiendo de si el tipo de conducta de cada equipo de salud estaba basado en la sobreactividad o en la baja actividad (es decir, en la tarea o en la dinámica) se diseñaron intervenciones que alternativamente consideraban como foco la dinámica grupal del grupo participante en la supervisión y la transmisión de la experiencia de la capacitación.

Un aspecto importante de señalar en la etapa en cuestión, es el fenómeno de reinserción de los grupos capacitados en sus propios consultorios. La tendencia inicial es a la polarización, en la cual los grupos capacitados y no capacitados comienzan a separarse, evidenciándose al mismo tiempo un interés marcado de uno y otro grupo por lograr un contacto respecto a la experiencia de capacitación. En este sentido las intervenciones estuvieron dirigidas a la homogenización de los grupos en lo que respecta exclusivamente a la experiencia de capacitación (beneficio común).

Por último, la etapa de supervisión finaliza con grupos fuertemente cohesionados y vinculados afectivamente como un complemento a la vinculación formal que viven habitualmente en el lugar de trabajo. En este sentido, la percepción de los grupos es que los lazos afectivos de algún modo fortalecen los vínculos formales o permiten diferenciar los cargos de las personas. En términos generales, además, los grupos logran establecer un equilibrio entre sus formas habituales de funcionamiento y formas alternativas (centrados en la

tarea v/s centrados en la dinámica).

Como grupos de salud mental, se perciben a sí mismos con posibilidades altas de funcionamiento y con variadas demandas de asesoría tanto a nivel de la tarea (conocimientos teóricos y práctico relativos al tema de la salud mental) y a nivel grupal (asesoría respecto a los propios procesos que viven como grupo).

V. ANALISIS CRITICO DEL PROCESO GRUPAL Y DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INTERVENCION. PROPUESTAS DE INTERVENCION FUTURAS.

A la luz de lo descrito anteriormente, es decir, los orígenes del proyecto, su estructura, dinámica, contenidos y resultados, (parciales aún), es que queremos realizar una reflexión crítica respecto a lo que hemos observado del funcionamiento psicosocial de los consultorios, y cómo se relaciona este tipo de funcionamiento con la organización general del sistema de salud. Por otro lado, reflexionar acerca del impacto que una intervención de este estilo podría tener en tales formas de funcionamiento y, por último, plantear algunas líneas de acción que se abren desde esta perspectiva.

Para este propósito es conveniente conceptualizar nuestra intervención dividiéndola artificialmente en dos aspectos. Por un lado aparece el objetivo de formar grupos y con ello se abre la dimensión de un trabajo centrado en las dinámicas comunes a la formación y desarrollo de grupos en general. Por otra parte, el objetivo de que estos grupos formados constituyan núcleos de salud mental. En este sentido existe un aspecto de contenido, que son los aspectos vinculados al tema de la salud mental. En base a estas dos divisiones podría caracterizarse a los consultorios hasta ahora conocidos.

5.1.- El tema de la salud mental

Nos es posible evidenciar un escaso nivel de intervención sistemático en lo referido al tema de la salud mental a nivel de consultorios de atención primaria. Lo anterior está dado por la ausencia anterior de profesionales vinculados con la salud mental y con los escasos programas sistemáticos de tal tema. El concepto de salud mental que predomina a nivel de consultorios es un concepto medicalizado y dirigido a la población asistencial. En este sentido, las experiencias consisten en la transmisión de conceptos teóricos y habilidades que permitan distinguir entre la población asistencial, algunos conceptos o patologías. Escasa atención se ha dado a la discriminación e identificación que los equipos de salud pudiesen hacer respecto de ellos mismos como grupo

humano. En este sentido, el modelo de salud mental basado en los procesos, abre posibilidades a la introspección que los propios equipos de trabajo están posibilitados de hacer, apoyados del nivel y tipo de asesoría que estimen conveniente.

Por último, el concepto médico de salud mental utilizado frecuentemente, se asocia a conductas de evitación respecto a la reflexión acerca del tema al interior de los mismosequipos de salud, en el sentido del estigma «sólo hay que estar enfermo para hablar con un psicólogo» o profesional de la salud mental en general.

5.2. El proceso de la formación de equipos

La formación de equipos (el trabajo de facilitar la formación de equipos) comienza necesariamente con la asimilación del estado actual de los grupos, los factores obstaculizadores y los factores potenciadores que en ellos actúan para determinar un funcionamiento por ellos mismos deseados. Tales factores constituyen el único punto de partida para un trabajo de tales características.

Nuestra intervención tiene relación con la formación de núcleos de salud mental al interior de los consultorios, entendiendo salud mental como calidad de vida laboral. Calidad de vida laboral nos lleva a preguntarnos cómo podríamos estar mejor en nuestro trabajo, o cómo a las actividades que realizamos o deberíamos realizar podríamos hacerlas en un ambiente humano que consideremos adecuado. Siguiendo el razonamiento habría necesidad de plantearnos cuáles son las actividades que deberíamos realizar en nuestro trabajo, especialmente como trabajadores de atención primaria y cuáles son los factores humanos o relacionales que podríamos modificar para lograr realizar-las.

1. La primera reflexión que surge es en torno a esta pregunta. Aparece una dualidad de discursos respecto al quehacer de la atención primaria. Por un lado el discurso teórico, (el cual se ha vuelto retórico con el paso del tiempo), asentado en ciertos principios generales de funcionamiento y por otro un discurso empírico (real), originado en la labor habitual que se realiza dentro de los consultorios, que está bastante alejada del discurso retórico. En este sentido, a la pregunta de cómo hacer nuestras tareas en un ambiente de mejor calidad humana, debe sumarse la pregunta acerca de cuáles son la tareas que como trabajador de la atención primaria son prescritas empíricamente en la realidad. En este sentido se desprende una percepción crítica respecto a la manera cómo se ha planeado y trabajado este tema, así como los intentos de intervención realizados. Creemos que se ha sobrevalorado el modelo teórico de la A.P.S., tratando de llevar a formas operativas resultados positivos en un

sistema que se contradice constantemente. Es por esta razón que se debe partir con un voto de reconocimiento de los que «hay» en nuestros consultorios, de manera de contribuir en forma real a la creación de una identidad laboral común, asentada en bases reales, y guiada por un marco teórico coherente con el sistema existente. Pensamos que en el tema de la identidad común es donde se han generado los mayores conflictos y contradicciones, produciendo un desequilibrio importante en términos de perfil de identidad esperado versus perfil de identidad real.

La propuesta va por el lado de una valoración activa y un equilibrio real entre el discurso y «nuestra atención primaria», la que sin duda habrá que reconocer para poder modificar.

2. Los discursos teóricos y prácticos parecen alejarse en algunos aspectos definidos y acercarse en otros. Lo anterior se refiere más que nada al sistema de funcionamiento general en términos de atención primaria en salud, que estaría avalando el cumplimeinto o no de los parámetros esperados en el perfíl de acción «teórico o retórico». Desde el modelo de la A.P.S. (que estaría representando lo esperable en este aspecto)son factibles la mayoría de los principios de funcionamiento que la compone, así como sus metodologías de trabajo, sin embargo, no es ahí precisamente donde se produce la mayor distancia, sino en las estructuras organizativas globales e intermedias que posibilitarían lo anterior, es en este sentido donde el modelo operacional pasa al plan de discurso o de retórica, factor clave en los altos índices de frustración, desesperanza y desmotivación encontrados (relacionado en gran medida con una crisis de identidad colectiva no trabajada).

De esta manera es esperable, por ejemplo, que los grupos humanos que trabajan en los consultorios periféricos logren un funcionamiento de Equipo de Trabajo, reflejado lo anterior en una coordinación y en un conocimiento interpersonal de sus capacidades y recursos que les permite un desenvolvimiento fluido y multidimensional. No obstante a lo anterior podríamos nombrar varias razones por las cuales los equipos de salud no se constituyen como tales, razones que dependen más que nada del marco institucional en el que se desenvuelven, que de las distintas organizaciones internas de los consultorios, (a pesar que es la manera esperada de trabajo según el modelo de la A.P.S.), algunas de las posibles razones obstaculizadoras podrían ser la excesiva rotación de personal existente en las distintas plantas de personal, la poca variedad de visiones en los componentes predominates actualmente (referidos más que nada a variables de contenido), la falta de espacios compartidos entre los distintos profesionales o no profesionales del equipo, el sistema de trabajo interno predominante en los consultorios que prácticamente inhabilita una política de «salud o compartido» y pone de manifiesto el que «cada persona trabaja en su box», etc.

Del ejemplo anterior podemos concluir lo extremadamente «difícil» que se hace trabajar en equipo en los consultorios, por más «esperable» que así sea.

Finalmente, y referido al mismo tema, es que existe un déficit determinante en todo lo anterior, se refiere al poco espacio de auto-gestión de programas existentes actualmente, creemos que mientras las actividades que realizan los grupos de salud no se transformen en facilitadoras de un trabajo compartido (como la autogestión), difícilmente se lograrán objetivos que apunten en esa dirección. En este sentido el proyecto de Tercer Turno (al menos en la zona sur) facilitó este punto, transformándose en un recurso real.

- 3. Mejorar la calidad de las relaciones o el ambiente humano al interior de los consultorios puede realizarse paralelamente a los esfuerzos por responder la pregunta anterior, debido a que son dos procesos paralelos que se potencian mutuamente. Qué hacer y cómo poder hacerlo mejor. En este sentido, mejorar el ambiente humano al interior de los consultorios requiere tener un centro o eje laboral construido integrando el discurso teórico y práctico en igual medida e incluso ponderando en mayor medida el discurso empírico hasta ahora bajamente considerado de manera de comenzar a trabajar de alguna manera con la identidad real. Parte de esta identidad real se refiere al clima de relaciones humanas existentes en los ambientes laborales habituales de los consultorios, donde no cabe duda que merece una inversión permanente. Al producir una integración de ambas visiones (la esperada y la real) creemos que éste es un punto central, sobre todo por el amplio nivel de consecuencias que de él se desprenden (entre ellas la autopercepción de la calidad de trabajo interna, ingrediente central de una identidad laboral común).
- 4. El trabajo y formación de equipos de salud mental al interior de los consultorios puede adquirir un grado de generalización mayor. Uno de los principios esperables es el trabajo en equipo. Por otra parte, es percibida por los consultorios la necesidad de implementar este principio en algunas de las actividades o tareas, asociado a ciertas condiciones que impiden llevarlo a cabo. Este es un punto de acuerdo entre ambos discursos. El proyecto, en especial en su fase de supervisión, enfatiza el funcionamiento de un equipo de trabajo. Además del contenido de salud mental (salud ocupacional o calidad de vida laboral), tal núcleo (o equipo) puede ser el anclade un modo de funcionamiento alternativo, que incluya progresivamente distintas tareas del consultorio más allá de los contenidos iniciales de formación, en la medida que los demás miembros (y demás necesidades) del consultorio se integran a su funcionamiento habitual y también a su estructura naciente.

Trataremos de sistematizar algunas observaciones generales que hemos acumulado en lo que ha corrido del proyecto, entérminos sobre todo del trabajo realizado durante las supervisiones en terreno. Estas se refieren más que nada

a la forma recurrente en la cual se estructuran los equipos en torno a un estímulo común (la presencia de nosotros) y en términos de variables de proceso en los distintos grupos trabajados.

Es importante mencionar que existe una recurrencia que se da en la totalidad de los consultorios, se refiere al tema de la desesperanza. Es en este punto donde comienza a jugar un papel importante todo lo que mencionamos anteriormente como antecedente, puesto que la desesperanza es más que nada una consecuencia psicosocial colectiva vivida intensamente en los funcionarios de salud. En términos de intervención concreta logramos avances importantes en el tema de la validación de su estado actual (validación realizada también en términos históricos), cosa que nos dió una base real para el resto del trabajo.

La desesperanza se puede expresar de varias maneras pero siempre con el mismo resultado, la inmovilidad. En el caso de los grupos trabajados (y del personal en general) se dan mecanismos polares simultáneos que pueden llegar a explicar las resistencias encontradas (a la luz de los antecedentes mencionados). Es de esta manera que el desgaste acumulado en términos de frustraciones ha sido codificado en términos de resistencias a los cambios parciales, específicamente aquéllos que se refieren a temas que puedan ofrecerles algún tipo de alivio (que ellos juzgen como temporal). El sistema puede resumirse en la siguiente frase... «no acepto ningún cambio (por real que éste sea) si no existe una garantía total de que será acompañado por un cambio global de toda nuestra situación (en todos los niveles)....». Esta «protección psicológica» producto de una historia de logros obstruidos, trae consigo consecuencias puntuales en un tipo de trabajo como el que estamos realizando. Estas pueden resumirse así:

Una escasa diferenciación de niveles de operación y análisis en lo que a demandas se refiere, lo que dificultaría una labor diagnóstica adecuada (al exigir un cambio total como antecedente se pierde toda posibilidad de comenzar a operar en un nivel concreto, no sólo no se diferencian, sino que además se descalifica la iniciativa de hacerlo).

La inmovilidad es fuerte en términos que se sustenta en una convicción colectiva lo que asegura que nadie rompa el equilibrio. Cualquier persona «iniciadora» es vista como posible fuente de frustración futura, y por lo tanto es marginada. Por otra parte la inmovilidad se expresa en una descalificación a priori de cualquier nivel inicial de intervención, por lo tanto existe toda una historia de vacíos en términos de actividades autogeneradoras en todo orden de cosas. Estos mecanismos polares al estilo «todo o nada», que es una especie de código interno implícito en la mayoría de los consultorios, constituye una base que vale la pena tomar en cuenta para cualquier trabajo futuro que se inicia en esta línea (especialmente en lo que se refiere a una labor de continuidad del proyecto actual). Es un sello difícil de romper, puesto que asegura una desconfianza de base a toda iniciativa que logre dirigirse a un nivel específico

(su sola definición es conflictiva, lo vencomo.. «partir perdiendo algo..»). Esta pasividad compartida producto de un enclave de múltiples variables motivacionales agrupadas en tomo a la desesperanza necesariamente debe ser validado al inicio de la intervención, puesto que cualquier atribución negativa personalizada a ellos como personal de salud sería (aparte de lo injusto) pasar por sobre una larga historia de postergación. Es importante expresarles la idea de que «nadie se desespera porque quiere», menos en el caso de ellos y en lo posible redefinir el Estado como una protección colectiva que se ha adoptado para evitar ciertos daños concretos.

Lo anterior implica una estrategia de introducir un importante trabajo en términos de «tareas o actividades», puesto que es la bencina necesaria para salir del estado de pasividad. Esto implica un análisis paralelo(pero discreto)de variables de proceso grupal, puesto que si les es amenazante el nivel de la tarea(contenido), les es doblemente el nivel del proceso, puesto que tendería a desarmar el acuerdo interno.

Es importante reflexionar en este tipo de intervención acerca de los riesgos que implicaría en caso que se transformara también en una fuente más de frustración colectiva de los grupos trabajados.

El proyecto pretende la formación de estos núcleos de salud mental «internos» como una manera de homologar cualquier trabajo futuro en esta línea, vale decir, con el proyecto se pretende más que nada iniciar un proceso que, en términos estructurales, se basó en la construcción de una plataforma común, una equivalencia que quisimos entregar a todos los consultorios pensando en la abertura de un capítulo nuevo en términos de un trabajo futuro permanente que apunte a este foco. El tema central aquí es el de la continuidad, si bien el trabajo realizado fue extremadamente acotado a un determinado ámbito interventivo (el cual procuramos dejar cerrado) creemos que inevitablemente necesita una línea de continuidad que tome esta base construida y siga el proceso comenzado. En términos concretos los núcleos de salud mental necesitarán en el futuro algún tipo de asesoría, si esto no se produce creemos estar contribuyendo a una frustración colectiva mayor, la que se reflejará en un alejamiento desconfiado del tema, y en un esfuerzo aún mayor por romper la inmovilidad desesperanzadora.

Comprobado está que en términos de desesperanza cuando un grupo vuelve a confiar en algún nivel de movilidad que pueda conducirlos progresivamente a una oportunidad de cambio como se ha producido en el proyecto, una nueva frustración de expectativas) cierra aún más el sistema (aumentando sus defensas y sus mecanismos adaptativos para la entrada de una nueva intervención. Lo mencionamos porque creemos que es un riesgo posible el cual estamos manejando constantemente. Hablaremos a continuación de líneas interventivas que apuntan justamente a disminuir el riesgo anunciado, y que ha sido nuestra forma de trabajo al respecto.

Las intervenciones por parte del equipo supervisor en los distintos grupos trabajados apuntaban en este sentido a dos direcciones, por una parte a un trabajo de expectativas en los grupos (especialmente en lo que querían lograr en términos de contenidos o actividades), por otro lado existió un importante énfasis de validación (el cual ya fue comentado) de la realidad de cada consultorio intervenido especialmente aquellos parámetros recurrentes ya acotados. En el mismo sentido notamos que la reinserción de los grupos capacitados a sus respectivos consultorios se veía influido por dos situaciones aparentemente opuestas. La primera decía relación con que el grupo sentía una responsabilidad que los «sobrepasaba» y por lo tanto existía una inhibición por el trabajo de transmisión de los contenidos al resto del personal. Por otro lado se daba el caso de grupos que quedaron con la impresión de sentirse diferentes al resto, no en términos de responsabilidad asignada, sino en términos de «ser los primeros que manejan un tema raro», cosa que les daba cierto poder por poseer una información desconocida.

Tomando en cuenta lo anterior es que el primer trabajo en términos de supervisión fue el de equiparar los grupos, entre ellos en primera instancia, y posteriormente con el resto de los distintos personales de los consultorios. En términos de intervención se realizó un trabajo de nivelación de expectativas iniciales. En todos los grupos se trabajó un plan de actividades tomando en cuenta las realidades locales, se evitó de este modo una comparación interconsultorio que contribuiría a una posible fuente de frustración. El trabajo de diagnóstico fue entonces esencial puesto que aquí se trabajaban las expectativas esperadas y las reales, hasta llegar a un equilibrio en el cual cada consultorio tenía una base independiente para poder partir un trabajo sustentable. El trabajo nuestro en este caso fue más que nada de facilitadores grupales puesto a que era importantísimo que los contenidos salieran de ellos mismos tomando en cuenta las situaciones polares en las cuales los grupos enfrentaban al resto del personal.

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR, DURANTE EL PERIODO 1990 - 1991

Rubén Alvarado M.

I. INTRODUCCION

En este artículo queremos realizar un análisis retrospectivo de lo que fue el desarrollo del Programa de Salud Mental para la Atención Primaria en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, en un período que comprende sus dos primeros años de vida.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur es la entidad destinada a formular, implementar y evaluar las políticas, planes y programas que en el ámbito de la salud pública se realizan en el área sur de la Región Metropolitana. Comprende una población mayor a un millón de habitantes que se distribuyen en 10 comunas, 3 de las cuales son rurales (Calera de Tango, Buin y Paine).

Tiene una red asistencial que incluye 7 hospitales (uno de los cuales es el Hospital Sanatorio El Peral), 24 consultorios de atención primaria (todos municipalizados) y algunas postas rurales.

Su población es predominantemente de clase baja, con pobreza en zonas urbanas y rurales. Hay unos pocos sectores de clase media y media-alta.

Para lograr una mejor comprensión del proceso de formulación e implementación inicial de este Programa es necesario señalar algunos antecedentes de importancia.

Un primer hecho relevante es la tradición que este Servicio ha tenido en materia de salud mental. Cabe recordar la experiencia de los Programas Intracomunitarios de Salud Mental que fueron dirigidas por el Dr. Juan Marconi y su equipo, durante el período comprendido entre 1968 y 1973; así como la generación del Programa de Alcoholismo en 1982 - que fuera modelo para otros Servicios del país -, a cargo del Dr. Rogelio Aravena y su equipo. Esto determina un clima de mayor interés, aceptación y competencia por parte de los equipos de salud de atención primaria.

Otro factor que jugó un rol facilitador fue el hecho de que gran parte del equipo que venía trabajando desde 1982 y con los cuales existía una muy buena relación, pasaron a formar parte del equipo encargado del Programa de Salud Mental.

II. MOMENTOS RELEVANTES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

En marzo de 1990 se produce el término del gobierno militar y el país inicia su transición hacia la vida democrática. Asumen nuevas autoridades en el sector salud, lo que implica un cambio en el equipo de Dirección para el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Las autoridades inician su gestión manifestando la necesidad de brindar una mayor atención a los problemas de salud mental de la población. Esta decisión política se traduce en la creación formal del Programa de Salud Mental del Servicio, el cual se ubica en el Departamento de Programas de las Personas, junto al resto de los Programas tradicionales (Pr. del Niño y del Adolescente, Pr. Materno-perinatal, Pr. del Adulto y Senescente y Pr. Dental).

Se realiza una reunión con los profesionales que trabajan en los diferentes servicios de salud mental de los hospitales El Peral, Barros Luco y Exequiel Gonzalez Cortés, en la cual se hace un diagnóstico de la situación actual, se definen las tres principales líneas de trabajo (Salud Mental en Atención Primaria, Red de Atención Psiquiátrica y Salud Mental de los funcionarios del Servicio de Salud) y se acuerda la persona que ocupará el cargo de Jefe del Programa.

El equipo encargado del Programa de Salud Mental en Atención Primaria se forma sobre la base del equipo que asesoraba el antiguo Programa de Alcoholismo, aumentando sus horas de destinación y agregando nuevos profesionales (se destaca la incorporación de un psiquiatra infantil que antes no existía).

En el momento siguiente se inicia el diagnóstico de la situación: se recopilan los antecedentes que existían (en especial el estado y los problemas en el desarrollo del anterior Programa de Alcoholismo); se realiza una encuesta diagnóstica en todos los consultorios (que abarca los problemas de salud mental detectados en esa comunidad, las actividades en materia de alcoholismo y trastornos emocionales, los recursos que se destinan, el contacto con organizaciones comunitarias, etc.), la cual se analiza en una visita hecha por el equipo a cada centro de atención primaria. En la figura nº 1 se puede ver una síntesis de este diagnóstico. Se finaliza con algunas entrevistas a un conjunto diverso de personas (académicos, directivos de salud, funcionarios de ONG, etc.) que permiten complementar la información recogida hasta ese momento.

Figura Nº 1

Situación de las actividades de salud mental al inicio del Programa en Junio de 1990

Los elementos más importantes del diagnóstico de las actividades relacionadas a la salud mental que se estaban realizando en los Consultorios de Atención Primaria eran los siguientes:

- 1. Sólo habían actividades con pacientes alcohólicos.
- 2. Existían 608 alcohólicos en control, lo que daba una cobertura al programa del 1.6 %. Venía descendiendo desde 3.3 % en 1983.
- 3. Los recursos destinados eran mínimos. El promedio y rango de horas semanales eran los siguientes:

• médico = 0.21 hrs. (0.00 a 0.48)

• enfermera = 0.34 hrs. (0.00 a 1.35)

• as, social = 1.53 hrs. (0.00 a 4.20)

• aux. paramed. = 0 hrs.

4. Los consultorios que contaban con profesionales que tuviesen capacitación específica para este programa eran pocos:

• médico = 34.8 % de los consultorios,

• enfermera = 21.7 % de los consultorios, y

• as. social = 47.8 % de los consultorios.

Un 30.4 % de estos centros no contaban con profesionales capacitados.

- 5. Todos los consultorios disponían de los fármacos necesarios.
- 6. No existían actividades de educación a la comunidad en forma programada. Las que se hacían eran esporádicas y obedecían a iniciativas personales.
- 7. El trabajo con la comunidad era escaso. Un 47.1 % de los consultorios mantenían algún contacto con Clubes de Rehabilitados Alcohólicos. Un 17.7 % trabajaban en coordinación con O.N.G. Ningún consultorio había integrado monitores en sus actividades de este programa.

El momento siguiente y probablemente uno de los más importantes por ser la participación su eje central, es la formulación del Programa. Se realizó en tres etapas:

1º Una jornada con la participación de profesionales de todos los Consultorios de Atención Primaria, donde se dividieron en 7 grupos, cada uno de los cuales trabajó en hacer un diagnóstico y elaborar proposiciones generales sobre su tema específico (salud mental del niño, salud mental del adolescente, salud mental del adulto y senescente, salud mental de la mujer, beber problema, trastornos emocionales y violencia intrafamiliar).

2º Las conclusiones del trabajo grupal fueron enviadas a cada consultorio para que la discusión se ampliara. Esto último sucedió en muy pocos lugares.

3ª El equipo encargado del Programa elaboró una propuesta y se presentó en una segunda jornada donde fue debatida, reformulada y se analizaron las formas de implementar las acciones en cada lugar. Para esto último los grupos se conformaron por comunas y se incluyeron personas de los equipos de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (CCSMF) correspondientes.

A fines de 1991 y durante 1992 se realizaron experiencias piloto en los diferentes subprogramas y talleres. Para esto se ubicaron consultorios donde los equipos estaban interesados y disponían del tiempo para hacerlo. Se capacitaron en forma especial y se realizó un monitoreo periódico. Se diseñaron los materiales educativos ad hoc, así como los instrumentos para hacer una evaluación de todo esto. Un ejemplo de esto se aprecia en el trabajo nº 2 de la bibliografía.

Desde 1992, el equipo encargado se abocó al trabajo en torno ados grandes áreas: la extensión de las actividades hacia la mayor cantidad de consultorios y la coordinación interna y externa. Para lo primero fueron fundamentales la creación de instrumentos para la programación y monitoreo permanente, así como la actividad de programación propiamente tal con los equipos de atención primaria. Lo segundo se refería a la coordinación con los demás programas (incluyendo actividades de salud mental en ellos) y con los otros niveles de atención (para generar una red integrada), así como con organismos externos al Servicio de Salud.

En la figura 2 se muestra un esquema que resume los momentos más importantes en el desarrollo del Programa de Salud Mental.

Figura N 2

Momentos en el desarrollo del Programa en Atención Primaria (1990 - 1991)

Decisión política de crear el Programa

Formación del equipo encargado

Diagnóstico de la situación

Formulación del Programa

Desarrollo de Experiencias Piloto

Extensión de la cobertura

Coordinación

- Decisión de autoridades
- Reuniones iniciales
- Creación administrativa del Programa
- Traslado de funcionarios al Departamento Programa de las Personas (DPP)
- Búsqueda de antecedentes
- Encuesta diagnóstica
- Visita a los consultorios
- Entrevistas
- 1ª Jornada: diagnóstico proposiciones
- Devolución de conclusiones a los consultorios
- 2º Jornada: discusión, aprobación y diseño de estrategias locales
- Diagnóstico de lugares
- Motivación y capacitación
- Ejecución y evaluación
- Formulación de instrumentos para la programación (valores de productividad y formularios)
- Programación con Consultorios
- Interna: otros programas y otros niveles de atención
- Externa: CCSMF, ONG, etc.

III. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Las actividades del Programa estuvieron guiadas por el siguiente propósito y sus objetivos.

PROPOSITO

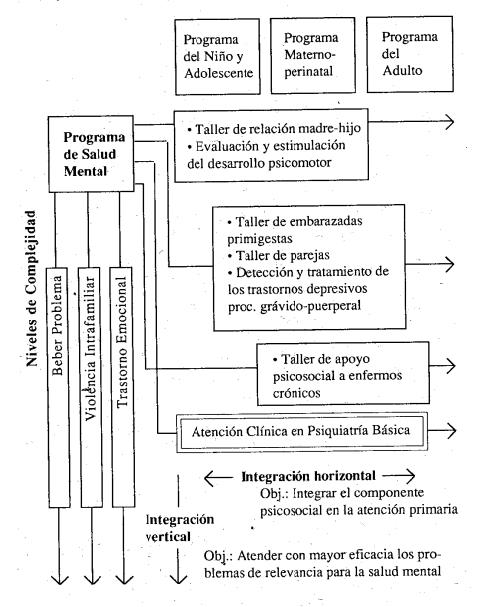
Realizar las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación concernientes al campo de la psiquiatría y la salud mental, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria.

OBJETIVOS

- 1. Atender la demanda espontánea por problemas psiquiátricos de adultos y niños, resolviendo aquéllos de menor complejidad y derivando en forma adecuada y oportuna los restantes.
- 2. Realizar prevención secundaria y terciaria en aquellos problemas psiquiátricos del adulto de mayor prevalencia: beber problema y trastornos emocionales.
- 3. Atender en forma integral los problemas derivados de situaciones de violencia intrafamiliar, derivando a centros especializados en forma oportuna y adecuada.
- 4. Realizar asesoría psicosocial a personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles.
- 5. Realizar acciones de promoción y fomento de la salud mental sobre grupos específicos que estén atravesando por períodos relevantes de la vida familiar (proceso grávido- puerperal y niñez).
- 6. Realizar actividades de educación a la comunidad en torno a los problemas de salud mental más relevantes del niño y del adulto.
- 7. Realizar actividades de educación y capacitación a los funcionarios de los centros de atención primaria en torno a los problemas más relevantes de salud mental del niño y del adulto.

La estrategia global del Programa estuvo orientada a obtener una integración horizontal (con el resto de los Programas) y una vertical (en los niveles de complejidad - cobertura), tal como se aprecia en la figura 3.

Figura Nº 3 Estrategia Global del Programa de Salud Mental en Atención Primaria



En la perspectiva de la integración vertical el Programa diferenció tres Subprogramas:

- 1. Subprograma de beber problema: Sus actividades se orientan hacia los bebedores anormales, tanto con dependencia física hacia el alcohol como sin ésta. Se trata de obtener abstinencia absoluta en los alcohólicos y retorno a una forma moderada de tomar en los bebedores problema sin dependencia física.
- 2. Subprograma de trastornos emocionales: Su objetivo es resolver de manera significativa la sintomatología de orden ansioso, depresiva y/o somatoforme, elevar el bienestar psicosocial y reducir el consumo inmoderado de tranquilizantes. Se hace a través de una intervención grupal semi-estructurada.
- 3. Subprograma de atención de la violencia intrafamiliar : Se busca brindar una atención en crisis que sea integral, a través de una evaluación y tratamiento médico, apoyo psicosocial y asesoría legal.

En estos tres subprogramas se incluía la coordinación con los niveles secundario y terciario, donde se buscó desarrollar equipos especializados en la atención de estos problemas.

En cuanto a la integración horizontal, las actividades se organizaron del siguiente modo:

- 1. Dentro del Programa del Niño y del Adolescente se dio fuerza a las actividades de Evaluación y Estimulación del Desarrollo Psicomotor y se buscó implementar un Taller de Relación Madre-Hijo destinado a madres primerizas, en que se conversaba de las etapas del desarrollo del niño, la importancia de la estimulación, los problemas habituales en la crianza y la forma de enfrentarlos.
- 2. En el Programa Materno Perinatal se incentivó la detección y tratamiento de los trastornos depresivos durante el proceso grávido puerperal, asi como la implementación de dos tipos de talleres: Taller de Sexualidad para parejas que estaban en planificación familiar, que buscaba compartir temas de sexualidad normal y disfuncional en la vida de pareja, conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual y de paternidad responsable; y, Taller para Embarazadas Primigestas, donde se hablaba de aspectos psicológicos de esta etapa, se reforzaba el vínculo madre-hijo y se enseñaban ejercicios de preparación para el parto.
- 3. En el Programa del Adulto y del Senescente se implementó un Taller de Apoyo psicosocial para Enfermos Crónicos, que buscaba entregar más

conocimientos sobre la enfermedad, enseñar técnicas de manejo del estrés, elaborar psicológicamente la aceptación de la enfermedad crónica y obtener los cambios en hábitos de vida que son necesarios para reducir los riesgos vitales.

Junto a todo lo anterior se quería aumentar el nivel de capacidad resolutiva en materia de atención psiquiátrica, tanto adulta como infantil, capacitando a médicos y matronas, y elaborando un manual de normas que facilite el manejo de estos problemas. El enfrentamiento de estos problemas debía ser integral, abordando tres grances dimensiones: uso de psicofármacos, apoyo psicológico y educación del paciente y de su familia.

Para un mayor detalle de las actividades en los subprogramas y en los talleres se adjunta una bibliografía pertinente.

En el siguiente cuadro se observa el número de consultorios (y porcentaje del total) que han implementado los subprogramas y actividades del Programa de Salud Mental, teniendo como comparación los años 1983 y 1988.

Subprogramas y actividades	1983	1988	1990	1991
Subprogr. de beber probl. con dependencia física	17 (89.5%)	21 (91.3%)	24 (100.0%)	24 (100.0%)
Subprogr. de beber probl. sin dependencia física	0 .	. 0	0	9 (37.5%)
Subprogr. de trastornos emocionales	.0	0	0 ,	14 (58.3%)
Subprogr. de atención de la violencia intrafam.	0	0	0	9 (37.5%)
Formación de monitores	0 - 1	0	0	12 (50.0%)
Reunión de equipo local del Progr. de Salud Mental	0	0	0	7 (29.2%)

Se puede ver que hasta 1990 sólo se realizaba las actividades con alcohólicos y desde 1991 se han integrado las restantes, en un grupo variable

de consultorios, dependiendo de las posibilidades de recursos e intereses. En casi todos los consultorios hay al menos dos actividades de salud mental, la que se realiza con alcohólicos y alguna de las otras.

IV. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Hemos querido sintetizar las principales fortalezas y debilidades de nuestro Programa en el siguiente recuadro:

FORTALEZAS

- Ser parte de las políticas del Servicio. Tiene viabilidad.
- •La ubicación estructural en el DPP facilita la integración vertical y la horizontal.
- El carácter de **Programa** le da recursos administrativos para su factibilidad.
- Fortalezas del Equipo Encargado (capacidad de gestión, de liderazgo, de persuación, de trabajo en equipo, etc.)
- Formulación participativa
- Diseño de herramientas para la programación (indicadores de productividad, hojas de programación y registro).
- Coordinación con CCSMF y ONG (áreas de programación)

DEBILIDADES

- Dificultades para la integración real con los niveles secundario y terciario.
- •Los problemas de la psiquiatría y la salud mental ocupan un lugar 2ario en las prioridades de los directivos municipales de At. Primaria.
- Déficit y desmotivación del recurso humano en la atención primaria.
- Sobrecarga asistencial que determina priorizar por la contingencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado, R.; Raffo, S.; Gómez, B.; Riveros, A.; Sagaceta, A.; Salinas, J. y Pérez, J.

Programa de Salud Mental para la Atención Primaria en el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Rev. Psiquiatría, vol. VIII, nº 2, 1991.

2. Alvarado, R.; Riveros, A.; Gómez, B.; Sagaceta, A. y Raffo, S. Intervención grupal para mujeres que padecen trastornos emocionales, en consultorios de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Informe preliminar.

Rev. Psiquiatría, vol. IX, nº 2, 1992.

3. Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Departamento de Programas de las Personas.

Programa de Salud-Mental.

Diversos documentos:

- Programa de Salud Mental para la Atención Primaria en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. 1990.
 - Subprograma de Beber Problema. 1990.
 - Subprograma de Trastornos Emocionales. 1990.
 - Subprograma de Atención de la Violencia Intrafamiliar. 1990.
 - Taller de Relación Madre Hijo. 1990.
 - Taller para Embarazadas Primigestas. 1990.
- Taller de Apoyo Psicosocial para personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles. 1990.
- Orientaciones Programáticas para el Programa de Salud Mental en Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur, 1992. 1991.

PSICOLOGIA COMUNITARIA Y SALUD MENTAL EN CHILE

Presentación. Luis Weinstein	. 9
Duis Wellistelli	,. 7.
CAPITULO PRIMERO	
«Definiciones y distinciones de la Psicología Social Comunitaria»	
Introducción. Rosa María Olave, Laura Zambrano	12
Elementos para una definición de la psicología comunitaria. Jaime Alfaro	(14)
La Psicología Comunitaria en Chile. Proposiciones para una intervención ideológica. Elementos para una discusión. Roberto Aceituno	32
Algunas reflexiones sobre psicología comunitaria. Domingo Asún	35
CAPITULO SEGUNDO •	<i>I</i> ,
«Modelos explicativos en la psicología comunitaria y la salud menta Chile»	l en
Introducción. Rosa María Olave, Laura Zambrano	53
Una aproximación psicosocial al concepto de la salud mental. Jaime Alfaro	54
Factores psicosociales y ambientales en la determinación del estado de salud mental de la población.	
Rubén Alvarado.	(65)

Psicología comunita aproximación al uso	ria y desarrollo com del concepto desarr	unitario: Una ollo comunitario en	
psicología comunita Jaime Alfaro	ria Latinoamericana	.	(84)
	CAPITULO TER	CERO	
«Psicología Comunita histórica»	aria y Salud Mental é	n Chile: Una aproxim	ación
Introducción. Rosa María Olave, L	aura Zambrano		96
La Psicología Comu aspectos conceptual Jaime Alfaro		ante la década del s	esenta, 98
en la década de los	vención comunitaria ochenta.		Chile 109
Estado actual y Pro Salud Mental.	yecciones para la Ep	oidemiología en	
Rubén Alvarado Proyecciones y desa			128
Domingo Asún, Dar			148
	CAPITULO CU	JARTO	
«Experiencias Chilen	nas en Psicología Com	unitaria y Salud Me	nt al »
Introducción. Rosa María Olave, I	Laura Zambrano		154
Drogadicción: Un i programa La Caleta	2"	ión comunitaria del	155

y desarrollo comunitario: Una	Desarrollo de una intervención comunitaria en un sector pobre a través de grupos de encuentro para jóvenes.	
l concepto desarrollo comunitario en Latinoamericana.	Ruben Alvarado, Carlos Soto, Susana Pezoa	179
(84)	Adolescencia, Sexualidad y Riesgos: Un Programa Psicosocial de Prevención.	
CAPITULO TERCERO	C.E.I.S.	. 190
y Salud Mental en Chile: Una aproximación	Un Modelo de Intervención Psicosocial con Embarazadas y Madres Adolescentes. C.E.I.S	/ 212
	Programa de Salud Mental para funcionarios de consultorios de	. ∠i 3
a Zambrano	Atención Primaria en Salud. Domingo Asún, Juan Pablo Toro,	
aria en Chile durante la década del sesenta,	Rodrigo Lavanderos, Simón Rider	222
y operativos.	Desarrollo del Programa de Salud Mental en Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur, durante el período 1990 - 1991.	
ción comunitaria desarrolladas en Chile enta.	Rubén Alvarado M.	238
(09)	Indice	249
ciones para la Epidemiología en		,