

**FUNDAMENTACION TEORICA, METODOLÓGICA Y OPERATIVA DE LA LINEA
DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA SOCIAL Y SALUD MENTAL**

**UBERNEY MARIN
OVIDIO MUÑOZ
FABIAN OROZCO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CON ÉNFASIS EN PSICOLOGÍA SOCIAL
MEDELLIN
2003**

CONTENIDO

	Pág.
0. NOMBRE DE LA LINEA	1
4. PRESENTACIÓN	1
5. MARCO LEGAL	3
3.1 LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL	3
3.2 LEGISLACIÓN	5
4.1.1 Constitución nacional	5
4.1.2 Código penal	7
4.1.3 Código de procedimiento penal	8
4.1.4 Ley 9ª de 1979	9
4.1.5 Otras disposiciones legales	10
4.1.6 Decretos reglamentarios	13
4.1.7 Otros decretos	13
4.1.8 Resoluciones	14
6. ANTECEDENTES	16
4.1. ANTECEDENTES TEÓRICOS	16
6.1.1 Lo tradicional	17
6.1.2 Lo coyuntural	18
6.1.3 La prospectiva	20
4.2. ANTECEDENTES PRÁCTICOS	25
7. OBJETIVOS	31
8. JUSTIFICACIÓN	32
9. ARTICULACIONES	34
10.REFERENTES TEORICOS Y CONCEPTUALES	36
11.AMBITOS TEMÁTICOS Y PROBLEMÁTICOS	53
12.COMPONENTE METODÓLOGICO	55
13.COMPONENTE OPERATIVO	57
BIBLIOGRAFÍA	59

4. NOMBRE DE LA LINEA

Psicología Social y Salud Mental

5. PRESENTACIÓN

El marcado interés de la Facultad de Psicología, el esfuerzo de un equipo de asesores investigadores del Programa de Psicología con énfasis en Psicología Social y las políticas de investigación aprobadas institucionalmente, han llevado a cristalizar la línea de investigación Psicología Social y Salud mental.

La línea se desarrolla con base en los criterios exigidos por el Centro de Investigaciones de la Universidad, lo que le da una rigurosidad metodológica y le exige acogerse a unos estándares de calidad académica nacional e internacionalmente aceptadas. De esta forma su fundamentación teórica, marco legal, antecedentes teórico-prácticos, articulaciones, componentes temáticos y propuesta operativa responden a los adelantos teóricos presentados por la comunidad científica, así como a las demandas específicas de un país como el nuestro que al estar sujeto a situaciones políticas y sociales particulares configura lógicas diferentes a las que sostiene la mayoría de investigaciones realizadas en otros contextos mundiales.

Por tal motivo, es una prioritario que frente a las abrumadoras necesidades en salud mental se fortalezcan o surjan nuevos programas de prevención y promoción que, validados científicamente, respondan de manera directa a las problemáticas presentadas en este campo. Si a esto le sumamos que actualmente es impensable abordar el estado de salud mental de una población sin tener en cuenta las condiciones sociales imperantes en un momento particular, encontramos en el campo de la psicología social la oportunidad de develar,

entender, explicar y predecir las problemáticas y los fenómenos que aquejan a nuestra población.

De esta manera, la psicología social y la salud mental se convierten en dos campos, por sí solos, vastos para la investigación. Su articulación abre nuevas perspectivas, pues ofrece la posibilidad de diseñar programas de desarrollo de servicios orientados a las comunidades, elaborar propuestas asentadas en las características de cada región dentro de los planes de desarrollo zonales y locales y, consecuentemente, aportar en los debates públicos donde se diseñan y desarrollan los lineamientos para determinar las estrategias, los objetivos y las acciones de la política nacional de salud mental.

La Facultad de Psicología de la Funlam espera que este aporte se constituya en un referente para la comunidad académica, no sólo de la Universidad, sino también de los diferentes actores del sector de la salud mental que, preocupados por la complejidad social y política de nuestras ciudades, deciden aportar en el diseño, ejecución y evaluación de investigaciones y programas que respondan a las necesidades reales de nuestra sociedad, vinculando de manera directa a las comunidades destinatarias.

6. MARCO LEGAL

3.1 LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

La formulación de la política de salud mental integra los factores biológicos, ambientales, comportamentales, sociales, políticos, económicos, culturales y el nivel de salud, medido por la estructura de la morbilidad, mortalidad y discapacidades específicas, según los grupos etáreos y el género. Asimismo, se ajusta a criterios de priorización como son la magnitud, vulnerabilidad y

trascendencia de los distintos fenómenos que determinan el estado de salud de la población.

La política nacional de salud mental pretende ubicar sus distintos componentes en el proceso de modernización del Estado -enmarcado legalmente en la Constitución Nacional-: la descentralización institucional y la reforma del sistema de seguridad social en salud -Ley 100 de 1993-. Dicha modernización se adaptada también a los procesos coyunturales de desarrollo del talento humano, las particularidades territoriales y la problemática social vigente del país, mediante la consideración de los recursos de inversión destinados para salud mental, los institucionales y la complementariedad intersectorial.

La política de salud mental se refiere a la agrupación de objetivos y opciones estratégicas que orientan y guían la implementación de los planes y programas de salud mental, basándose en principios constitucionales y en armonía con los fundamentos del sistema de seguridad social, las políticas generales del sector y demás disposiciones gubernamentales que le sean relevantes. Contempla las etapas de planeación, ejecución y evaluación, desarrolladas a través de la formulación, elaboración y seguimiento de las actividades del plan nacional de salud mental y de los programas que lo componen, los cuales ejercitan el posicionamiento del sector respecto de la salud mental.

La formulación de la política de salud mental en Colombia se sustenta en la existencia de una clara voluntad política para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Entre los factores críticos identificados para la formulación de la actual política se encuentran:

- Debilidad en la planeación de políticas específicas en el área, lo que ha generado una situación no propicia para el desarrollo de la salud mental de la población colombiana.

- La severa problemática de orden mental, es considerada como prioridad de la salud pública y señalada por indicadores directos e indirectos como violencia social e intrafamiliar, que incluye el maltrato infantil y violencia conyugal, y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
- Tendencias al aumento en los años de vida saludables perdidos -AVISA-, causadas por enfermedades neuropsiquiátricas.
- Algunas etapas y acontecimientos cruciales en el ciclo vital, requieren de espacios y de apoyo institucional para abordarlos de manera que beneficie al individuo, a su grupo familiar y social.
- Pocas oportunidades para el ejercicio de los derechos humanos, que redundan en escasa consolidación de las redes sociales de apoyo, como factor protector del proceso de integración social.
- Pese a los esfuerzos hechos en distintas regiones por abordar la problemática de salud mental, en la gran mayoría de los municipios se carece de oportunidades de acceso a este tipo de servicio.
- Ausencia de una clara inclusión de los contenidos de salud mental dentro de los servicios previstos en el sistema.
- La problemática de los desplazados por la violencia de las distintas regiones del país amerita intervención y apoyo, dadas las condiciones de desarraigo y las problemáticas psicológicas, familiares, sociales, culturales y laborales derivadas de dicha situación.
- Carencia de recursos institucionales y de inversión para el desarrollo de programas de rehabilitación, principalmente dirigidos a grupos poblacionales con discapacidad, para así limitar las secuelas y cronicidad.

- Insuficiencia de acciones intersectoriales e interinstitucionales con limitada praxis en la coordinación y coparticipación, especialmente en prevenir la violencia como factor relacionado con trastornos mentales.
- Las reestructuraciones institucionales y de los servicios de salud mental sin prever las necesidades reales de la población, impidiendo la factibilidad y viabilidad de atención a grupos poblacionales que requieren de servicios de protección, por tener limitada cobertura de acciones específicas en salud mental dentro del plan obligatorio de salud -POS-.
- Falta de un sistema de información que facilite la vigilancia epidemiológica, el análisis de la demanda real / potencial y la oferta de servicios en Colombia.

4.1 LEGISLACIÓN

3.2.1 Constitución Nacional.

El artículo 1º establece que Colombia es un estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales; fundada en el respeto de la dignidad humana, el trabajo, la solidaridad de las personas y **la prevalencia del interés general**.

El artículo 2º informa que son fines esenciales del Estado servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los derechos consagrados en la Constitución. Además, que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida y demás derechos y libertades y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

El artículo 11º declara que el derecho a la vida es inviolable; mientras que el 12º. proscribe todo trato cruel, inhumano y degradante.

El artículo 13º plantea el principio de igualdad ante la ley, imponiendo al Estado la promoción de las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y para que se adopten medidas a favor de grupos marginados. Además, señala que el estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental o física se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta.

El Artículo 44º consagra que los derechos de los niños priman sobre el derecho de los adultos. Señala la obligación de la familia, de la sociedad y del Estado de asistir y proteger a los niños, a fin de garantizar su desarrollo armónico e integral.

El artículo 47º dispone que el Estado adelantará políticas de previsión, rehabilitación e integración social para disminuidos psíquicos, a quienes brindará la atención especializada que requieran.

El artículo 49º manifiesta que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud, conforme a los principios de eficacia, universalidad y solidaridad; así como establecer las políticas relacionadas con la prestación del servicio de salud, en forma descentralizada.

El artículo 51º dispone la atención gratuita a todo niño menor de un año, por parte de las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.

El artículo 68º, en su inciso final, establece que la erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones mentales son obligaciones especiales del Estado.

El artículo 93º señala que los derechos y deberes consagrados en la Constitución Política se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos, ratificados por Colombia.

El artículo 366º indica que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado y será su objetivo fundamental la solución de las necesidades insatisfechas de salud, para lo cual el gasto público social será prioritario en los planes y presupuestos de la nación y de las entidades territoriales.

4.1.1 Código Penal.

El artículo 31º establece que es inimputable quien en el momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental.

El artículo 32º define el trastorno mental preordenado. Cuando el agente hubiere preordenado su trastorno mental, responderá por el dolo o culpa en que se hallare respecto del hecho punible, en el momento de colocarse en tal situación.

Los artículos 33º y 34º establecen la medida de seguridad como recurso a aplicar a un inimputable para garantizar su integridad y rehabilitación y que todo menor de edad, para efectos penales, es inimputable.

El artículo 56º define las situaciones para la suspensión de pena por enfermedad mental. Si después de la sentencia le sobreviene al condenado enfermedad mental, le suspende la ejecución de la pena privativa de la libertad y se le envía a un establecimiento especial, anexo psiquiátrico o clínica adecuada.

El artículo 93º alude a las especies o medidas de seguridad: la internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, casa de estudio o trabajo y la libertad vigilada.

Los artículos 94º y 95º se refieren a la internación de los enfermos mentales permanentes o transitorios en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde serán sometidos al tratamiento científico que corresponda.

El artículo 96º se refiere a otras medidas aplicables a los inimputables además de la internación, como el suministro de educación o adiestramiento industrial, artesanal o agrícola.

4.1.1 Código de Procedimiento Penal.

Artículo 511º. Internación de inimputables. Establece que el juez de ejecución de penas y medidas de seguridad ordenará al director general de prisiones el traslado del inimputable a un establecimiento público o privado adecuado para el cumplimiento de la medida de seguridad por enfermedad mental permanente o transitoria con secuela.

Artículo 512º. Libertad vigilada. Manifiesta que impuesta esta libertad, el juez de la ejecución de penas comunicará la medida a las autoridades policivas para el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97º del Código Penal y señalará los controles respectivos.

Artículo 513º. Suspensión o cesación de la medida de seguridad. Establece que el juez de la ejecución de penas y medidas de seguridad podrá, de oficio o a solicitud de parte, suspender condicionalmente la medida de seguridad, sustituirla por otra más adecuada u ordenar la cesación de tal medida.

Artículo 514. Revocatoria de la suspensión condicional. Consagra que en cualquier momento podrá el juez revocar la suspensión condicional o medida sustitutiva, cuando se incumplan las obligaciones fijadas en la caución o cuando los peritos conceptúen que es necesaria la continuidad de la medida originaria.

4.1.1 Ley 9ª de 1979.

El artículo 460º hace referencia a las drogas y medicamentos de control especial que pueden causar dependencia y que por tal razón se deben sujetar a normas de vigilancia y control.

El artículo 594º declara la salud como un bien de interés común.

El artículo 595º declara que todo habitante tiene derecho a vivir en un ambiente sano **y proveer la conservación de la salud propia y de la comunidad.**

El artículo 597º dispone que las normas relativas a la salud son de orden público.

El artículo 599º otorga a toda persona el derecho a obtener información de los funcionarios de salud, en todos sus aspectos.

3.2.5 Otras disposiciones legales

Ley 30 de 1986. Esta disposición, conocida como *ley anti-drogas*, plasma principios generales y adopta definiciones relacionadas con las sustancias, sus usos, dosis, etc. Asimismo, señala los programas de educación en la materia, la formación de comités cívicos para luchar contra el flagelo de la drogadicción; limita en el trabajo de menores en sitios donde se expendan licores y obliga a incluir leyendas alusivas a la nocividad del tabaco; limita el horario a la radio y a la televisión para emitir mensajes comerciales de licores, tabaco y cigarrillo; e integra el comité técnico asesor de prevención nacional de la farmacodependencia.

Ley 10 de 1990. Reorganiza el sistema nacional de salud: prevé el establecimiento de la junta nacional de tarifas, para la venta de los servicios en los hospitales públicos. Impone la obligación a los gobernantes y jefes seccionales de responder por la política regional de salud y les entrega la administración de los hospitales regionales y universitarios. Declara la salud como un servicio de urgencia que deben ser prestados obligatoriamente a la población. Establece los servicios básicos gratuitos y moderniza la gestión hospitalaria. Crea la participación comunitaria y los fondos especiales de medicamentos.

Ley 60 de 1993. Distribuye la competencia a los municipios, a los departamentos y a la nación en lo tocante con la prestación de los servicios de salud, asignando a cada uno de los entes territoriales las funciones específicas que le corresponde cumplir. Regula lo atinente a situado fiscal y los requisitos para la administración de recursos del mismo por parte de los departamentos, distritos y municipios. Señala las reglas especiales para la descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud por parte de los municipios y departamentos.

Ley 65 de 1993. Señala que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tienen el carácter de asistencial y pueden especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción, harán parte del sector oficial del sector salud y están destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial. El gobierno nacional en un término no mayor de cinco (5) años incorporará al sistema nacional de salud el tratamiento psiquiátrico de los inimputables, para lo cual deberá construir instalaciones y proveer los medios humanos y materiales necesarios para su funcionamiento.

Ley 100 de 1993. Se propone lograr cobertura universal de seguridad social en salud. Crea los regímenes contributivo y subsidiado a fin de garantizar la atención de servicios de salud contemplados en POS, por parte de las entidades promotoras de salud (EPS) a través de las instituciones prestadoras de servicios

(IPS). La atención inicial de urgencias en todo el territorio nacional es obligatoria por parte de todas las entidades que presten servicios de salud. La libre escogencia y traslado entre EPS dentro de las condiciones previstas en esta ley. El POS tiene cobertura familiar. El gobierno nacional creó el fondo de solidaridad y garantía, encargado de pagar los servicios de urgencias por accidentes de tránsito, acciones terroristas por bombas y explosivos en catástrofes naturales y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Reglamentará la inclusión de los hijos que por incapacidad permanente hagan parte de la cobertura familiar.

Ley 124 de 1994. Por medio de la cual se reglamenta la venta de licor a menores de edad.

Ley 361 de 1997. Establece mecanismos de integración social de las personas con limitación. Sus principios se fundamentan en los artículos 13º, 47º, 54º, y 68º de la Carta Política. Reconocen la dignidad que les es propia a las personas con limitación, sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social; y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias. Las ramas del poder público pondrán a disposición los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos consagrados, siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y rehabilitación, la adecuación apropiada, la orientación, integración laboral, la garantía de los derechos fundamentales, económicos, culturales y sociales. Las personas con limitaciones deben aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al sistema de seguridad social en salud. Se constituye el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación. Se eliminan las barreras arquitectónicas para acceder a edificios ya sean públicos o privados y, especialmente de carácter sanitario; los edificios e instalaciones existentes se adaptarán de manera progresiva; las empresas de transporte deberán facilitar, sin costo adicional, a las personas con limitación el transporte de sillas de ruedas u otros implementos

relacionados con la limitación, así como los perros guías que acompañan a los limitados visuales.

Ley 383 de 1997. Se establece la destinación del IVA social. La misma Ley define tres grupos poblacionales objetos a saber: personas con trastorno mental, inimputables y discapacitados menores de edad.

3.2.6 Decretos reglamentarios

Decreto No. 3430 de 1982. Respecto de la propaganda comercial al consumo de alcohol (por el cual se reglamentan los artículos 16º, 18º y 20º del Decreto-Ley 1188 de 1974).

Decreto 3788 de 1986. Sobre las campañas sobre consumo de alcohol y tabaco (por el cual se reglamenta la Ley 30 de 1986 o estatuto nacional de estupefacientes).

4.1.1 Otros decretos

Decreto 1136 de 1970. Sobre vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos; medidas de rehabilitación y otros (por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social).

Decreto No. 1355 de 1970. Disposiciones sobre contravenciones nacionales de policía y sus medidas correctivas (por el cual se dictan normas sobre policía).

Decreto No. 2358 de 1981. Por el cual se coordina el sistema nacional de rehabilitación.

Decreto No. 2177 de 1989. Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1982, aprobatoria del convenio No. 159, suscrito con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

Decreto No. 2737 de 1989. Por el cual se expide el código del menor.

4.1.1 Resoluciones del Ministerio de Salud

Resolución No. 08185 de 1982. Por la cual se adopta el documento Organización del departamento de nutrición y dietética en los hospitales psiquiátricos.

Resolución No 08186 de 1982. Por la cual se adopta el manual general de organización modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental a nivel local.

Resolución No 08187 de 1982. Por la cual se adopta el manual general de organización modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental, según niveles de atención organización y funciones.

Resolución No. 09089 de 1982. Por la cual se adopta el manual normativo y de organización propuesta para el taller protegido, en el área nacional de salud mental.

Resolución No. 09090 de 1982. Por la cual se adopta el manual general de **organización modelo normativo unidad de terapia ocupacional en hospital psiquiátrico y unidad de salud mental integrada a hospital general.**

Resolución No. 14129 de 1985. Por la cual se adopta el documento denominado Manual general de organización modelo normativo para psicología en el programa de salud mental organización y funciones.

Resolución No. 14130 de 1985. Por la cual se adopta el documento denominado Manual general de organización modelo normativo para trabajo social en el programa de salud mental, según niveles de atención, organización y funciones.

Resolución No. 002417 de 1992. Por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental.

Resolución No 004108 de 1993. Por la cual se establecen los criterios técnicos para la prestación de servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas y se deroga la Resolución No 003001 del 7 de mayo de 1993.

Resolución No. 03997 de 1996. Por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7. ANTECEDENTES

4.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS

La investigación en salud mental desde la Psicología ha estado inmersa dentro del campo de la Psicología Clínica. Continuando con una tradición positivista, las investigaciones se han sostenido sobre marcos conceptuales de corte cuantitativo, los cuales dan una relevancia fundamental a los datos estadísticos en lo concerniente a la prevalencia de trastornos mentales en la población y su incidencia por género, edad, estrato social, etc.

El interés de investigadores y estudiantes estuvo dominado por trastornos de ansiedad, depresión, psicosis, estrés y trastornos sexuales. Sin embargo, la compleja realidad de nuestro país ha llevado a que el interés comience a dar un viraje del campo individual al campo social, abriendo el abanico de posibilidades

investigativas a las metodologías cualitativas y participativas, trascendiendo así el énfasis estadístico y los meros datos epidemiológicos.

Basados en los principios de la Psicología Social se comienza a indagar sobre la incidencia de situaciones problemáticas en el ámbito social, y específicamente en el estado de la salud mental. Surgen entonces nuevos campos de investigación, y por ende un nuevo interés de parte de los psicólogos en abordar de una manera diferente el concepto de enfermedad mental.

4.1.1 Lo tradicional

Dirigir la atención al entorno social de los pacientes guio las primeras investigaciones en la relación entre Psicología Social y salud mental, hacia los siguientes temas:

- Los factores sociales en la etiología de la enfermedad.
- Las colectividades como grupos que pueden enfermar, ser susceptibles de estarlo por estilos de vida.
- Las relaciones del enfermo mental.
- El comportamiento del sujeto en grupo.
- Análisis de la estructura social.
- Los mitos que nos dan cuenta de la relación social que determinan las estructuras mentales comunes a los sujetos y a los grupos sociales.
- Las relaciones familiares.
- La comunicación.

En nuestro país las investigaciones en estas temáticas respondieron de manera precisa a la realidad que desde varias décadas viene afectando a la población. La pobreza, el envejecimiento de la población, la distribución de las riquezas, las necesidades básicas insatisfechas, el conflicto armado, las violencias, el secuestro, las desapariciones forzosas, los bajos niveles educativo, la migración

urbana y rural, entre otros factores, influyen de manera determinante en el estado mental de la población y, por consiguiente, se convierten en punto de referencia investigativo para aquellos que pretenden explicar científicamente el tema de la salud mental.

Dentro de las investigaciones que iniciaron bajo esta línea, sin trascender los aspectos epidemiológicos, se encuentra el *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas* -en sus dos versiones: la de 1993 y 1997-; donde se realiza una detallada descripción sobre el estado de la salud mental de adultos y niños de acuerdo con los diferentes trastorno mentales, así como de los niveles de consumo y tipos de drogas consumidas por la población.

Para esa misma época, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud daban a conocer el estudio *Condiciones de la salud mental en las Américas*, donde evidencian el lugar de la violencia, la pobreza y el desplazamiento en la morbilidad y enfermedad mental.

Asimismo, el tema de la situación de desastre llamó la atención de los profesionales. Prueba de ello lo da el texto *La salud mental en situaciones de desastre*, que surge del primer encuentro sobre atención de la salud mental en situaciones de emergencia, realizado en la ciudad de Medellín en marzo de 1990. La relación entre salud ocupacional y estrés también fue motivo de amplias investigaciones, donde se pretendió rastrear los factores psicosociales que se erguían como factores de riesgo para la población trabajadora.

4.1.1 Lo coyuntural

A estos temas de investigación se les sumaron en los años siguientes -1998, 1999, 2000- otros temas: investigaciones sobre los accidentes de tránsito, la violencia intrafamiliar, factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas, la discapacidad, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual,

la salud ocupacional, el desplazamiento, el desarraigo, el conflicto armado y lo concerniente a la perspectiva de género no como dato estadístico sino como concepto político que denota la perpetuación de patrones culturales.

No obstante, estas investigaciones siguieron ancladas en las corrientes cuantitativas y se caracterizaron, en su mayoría, por describir de manera ordenada un cúmulo de factores de riesgo y de situaciones problemáticas, por lo que era común la aplicación de diferentes tests como instrumentos para la recolección de la información; muestra de ello son las investigaciones de estudiantes de la Maestría en Salud Mental de la Universidad de Antioquia. A modo de ilustración nombramos las siguientes:

- *Depresión y rasgos de género en estudiantes universitarios.* En este estudio se explora la relación entre la depresión y los rasgos y características de género, mediante la aplicación de la escala de depresión de Zung y el inventario de masculinidad y feminidad en una muestra poblacional de 266 estudiantes de la U. de A. en 1997.
- *Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria del municipio del Retiro.* Se tuvieron en cuenta en esta investigación colegios tanto del área urbana como rural, indagando aspectos como edad, sexo, e inicio de consumo de cada una de las sustancias en estudio.
- *Factores psicosociales y morbilidad mental en la policía metropolitana del Valle de Aburrá 1996.* En esta investigación se realiza un estudio de los factores psicosociales de morbilidad mental. indagando sobre la dinámica de las relaciones de los policías con su entorno familiar, laboral y social.
- *Indicadores de salud mental en funcionarios del sector de la salud.* Investigación epidemiológica de corte que, mediante la aplicación de una encuesta semiestructurada y autodiligenciada, pretende establecer el

comportamiento de cinco indicadores en salud mental de los empleados de hospitales públicos y privados.

Parece que la tendencia a desarrollar modelos de investigación más participativo no surge desde las propias universidades; más bien es desde organizaciones no gubernamentales y entidades privadas, que en el ejercicio de su misión institucional han combinado la intervención con la investigación, asumiendo modelos de investigación-acción-participativa.

Esto nos remite a pensar cómo la relación salud mental y psicología social está enmarcada dentro de la necesidad imperiosa de la intervención, **lo que trae como consecuencia debido a la falta de una cultura de sistematización pertinente que si bien se ha intervenido en diversos campos, las publicaciones no respondan de manera simétrica a dichas intervenciones.**

Dentro de las publicaciones que llaman la atención, desde este campo, se encuentran:

Buitrago, J. *Informe de resultados de la evaluación psiquiátrica y psicosocial practicada a personas afiliadas a la Asociación de Familiares de Detenidos Desaparecidos -Asfaddes-, que han sufrido hostigamiento y otras violaciones a derechos humanos, sobre el efecto de estos hechos en ellas, en sus familias y en la organización.* Apoyo a Víctimas Pro-recuperación Emocional (Corporación AVRE), Bogotá, 2002.

Carreño, L. y Millán, H. *Estudio diagnóstico para el fortalecimiento integral de los proyectos de asistencia humanitaria de emergencia para personas internamente desplazadas.* CHF-Internacional y Corporación Avre, Bogotá, 2002.

Castañó Berta Lucía. *Violencia sociopolítica en Colombia: repercusión en la salud mental de las víctimas.* Bogota 1999.

4.1.2 La prospectiva

Con este panorama investigativo y las continuas demandas cognoscitivas de nuestro país, la investigación en salud mental y psicología social hoy encuentra un estado de salud mental de los colombianos determinado por varias causas coyunturales¹:

- La voladura de las Torres Gemelas en EE.UU. el 11 de septiembre de 2001. Este hecho legitima de manera más clara la intervención de Estados Unidos en asuntos internos del país, bajo la justificación de que Colombia debe implementar políticas para enfrentar el terrorismo.
- La ruptura de diálogos del gobierno del presidente Pastrana con las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia) el 20 de febrero de 2002.
- Las elecciones a la Cámara de Representantes y al Senado en el mes de marzo y presidenciales en el mes de mayo de 2002. En éstas el tema de la guerra y la paz se ha convertido para muchos en plataforma política.
- El manejo parcializado y la poca capacidad de los medios de comunicación para hacer un periodismo investigativo y analítico, que informe de manera amplia sobre la situación del país.

Lo que trae como consecuencia múltiples fenómenos como:

- El incremento de los movimientos masivos de población (desplazamiento forzado) y una actuación más abierta de los grupos paramilitares a nivel urbano, el aislamiento de comunidades en alto riesgo cercadas por las

¹ Tomadas del informe presentado por Apoyo a Víctimas pro Recuperación Emocional (Corporación AVRE) a la Sociedad Internacional para la Salud y Derechos Humanos en el 2002.

operaciones militares, el endurecimiento de la presión sobre la población civil y sus organizaciones por parte de todos los actores involucrados en el conflicto, presiones a la población civil para que vote por un candidato específico, un silenciamiento de la población por la presencia y el enfrentamiento entre los actores armados y las presiones para que los habitantes formen parte de sus filas, incremento de los hostigamientos y persecuciones a líderes sociales.

- Una agudización significativa de la crisis humanitaria del país así como de la situación de los defensores y defensoras de derechos humanos, el incremento de la impunidad y dificultar aún más las pocas posibilidades de denunciar, deteriorando gravemente el estado de derecho.

Los efectos de estas situaciones en la salud mental de la población comienza a generar nuevas demandas de intervención y por ende de investigación para los profesionales encargados de esta área, lo que se erige como nuevos retos para aquellos profesionales de la psicología social que desean generar aportes al tema de la salud mental en Colombia.

En la sociedad, en general, se percibe un clima de tensión, miedo, desconcierto, desconfianza y escepticismo, aunado a un estado de zozobra e incertidumbre. Frente a la crítica situación social y política se percibe un país fragmentado, lo que puede conducir a distintos niveles de polarización al vincularse la población, por sus simpatías o bajo presión, con uno u otro actor. Así, están quienes creen que la guerra es la solución y quienes cifran sus esperanzas y convicciones, todavía, en la necesidad de un proceso de diálogo negociado; también quienes consideran que es mejor callar y proteger la vida y quienes consideran que hay que denunciar.

En las regiones donde se concentra el conflicto armado, muchas comunidades están siendo marginadas, silenciadas y sometidas a desafueros por parte de los actores armados (guerrillas, paramilitares y fuerza pública, estos dos últimos con

alianzas demostradas en muchos casos de violación a los derechos humanos y todos con graves infracciones al Derecho Internacional Humanitario). El impacto de esta situación puede hacer prever las pocas posibilidades de denunciar y entablar procesos de reparación, con un deterioro en la salud mental de los afectados.

En estas condiciones ya se reconocen muchos casos de sufrimiento y malestar emocional con incremento de enfermedades somáticas, como lo confirma una investigación realizada por la Corporación AVRE sobre evaluación del impacto psicosocial en víctimas del desplazamiento:

Requiere aquí una mención la importante presencia de expresiones sintomáticas de tipo psicótico, las que si bien no señalan un diagnóstico de este síndrome, sí apuntan a elevar el riesgo de estos grupos a presentar este tipo de episodios. Una misma mención se hace respecto a aquellas de tipo estrés postraumático. En este sentido, estos hallazgos permiten reafirmar la trascendencia que tienen los eventos negativos así como la pérdida de apoyos y referentes sociales para el riesgo de aparición de patologías mentales, ya indicado en trabajos como los de Villaverde, Goenjian y Bravo. Las quejas y molestias de tipo somático son un común denominador en todos los grupos entrevistados; los dolores generalizados en todo el cuerpo, cefaleas, sensación de cansancio, numerosos problemas gastrointestinales y de la piel aparecen con más frecuencia y, debido a su vaguedad, a veces son subestimados en los servicios de salud, ocasionando una nueva fuente de confusión, lo que hace más probable que adquieran un carácter crónico. La mayor parte de estos síntomas son, como se indicó, expresión de la tensión, estrés, estados emocionales de tristeza que, se conoce, originan numerosos cambios en la salud de las personas, incrementando el riesgo de adquisición de enfermedades (Carreño, 2002).

En las organizaciones de derechos humanos, organizaciones sociales y de proyectos de desarrollo se observan altos niveles de estrés que en algunos casos conducen a agotamiento emocional ante los hostigamientos directos o indirectos, la sensación de desbordamiento y los sentimientos de frustración a raíz del impacto que tienen el conflicto y la crisis social en el debilitamiento de procesos que permitirían reconstruir tejido social. Se produce, además, un debilitamiento al

interior de las organizaciones por efecto de las presiones de las regiones para recibir mayor acompañamiento y la incapacidad real de poder hacerlo, ya sea por límites institucionales o por condiciones de seguridad, que las obligan a bajar el perfil.

Otro aspecto a destacar es el daño psicológico y moral ocasionado a organizaciones de derechos humanos que están conformadas por víctimas, como es el caso de la Asociación de Familiares de Detenidos Desaparecidos (ASFADDES), en quienes nuevos hechos violentos como amenazas, hostigamientos, atentados contra sus sedes e incluso desaparición de sus miembros han generado un grave impacto en su salud mental y en la organización (obligada a cerrar varias de sus seccionales). Esto se puede constatar con la evaluación sobre el impacto psiquiátrico y psicosocial realizado por un equipo de la Corporación AVRE a esta organización, y en cuyo informe se menciona:

En las personas evaluadas se observaron múltiples efectos individuales de las amenazas, hostigamiento y otros hechos violentos que han sufrido, de los cuales **destacaremos** los daños resultantes más significativos.

- Daños en la salud. Éstos se presentan en varias personas, tanto en la forma de síntomas somáticos de origen psicológico (trastornos psicosomáticos) como en la forma de trastornos mentales, o ambos.
- Trastornos emocionales. Se observaron en todas las personas evaluadas, con predominio de insomnio, ansiedad, depresión, hipervigilancia, pesadillas, pensamientos y recuerdos intrusivos, y evitación fóbica.
- Sufrimiento emocional. Se observaron manifestaciones de sufrimiento emocional en todas las personas evaluadas. Los sentimientos causantes de malestar más comunes fueron temor, desconfianza, incertidumbre, pesimismo, preocupación, tristeza. También es común la

presencia de fantasías persistentes acerca de lo que puede pasar, en términos de daños o violencia (tortura, asesinato, desaparición forzada).

En estas condiciones la investigación en salud mental y psicología social se plantea como principales retos para nuevas investigaciones:

- Trascender el modelo positivista de investigación y los consecuentes análisis descriptivos y epidemiológicos, los cuáles aunque necesarios responderían más a otras disciplinas que a la psicología social.
- Rescatar la subjetividad de aquella persona implicada en las investigaciones, generando procesos de acompañamiento continuo que fortalezcan al sujeto y a la comunidad.
- Atender a nuevas configuraciones sociales y mentales de la población investigada, dando cabida al cambio y a las lógicas particulares de cada sujeto o comunidad.

4.2 ANTECEDENTES PRÁCTICOS

Este componente implica dar cuenta de los procesos relacionados con la práctica investigativa llevada a cabo por el Programa de Psicología con énfasis en Psicología Social; con la formación investigativa representada en los proyectos adelantados por los estudiantes, como trabajos de grado; e igualmente con aquellas prácticas de intervención psicosocial adelantadas por el programa como proyección social; además se consideran todas las actividades que tienen que ver con la formación profesional, representadas en encuentros académicos como seminarios, pasantías, publicaciones y producciones escritas de docentes y estudiantes.

La producción investigativa de este joven programa es incipiente. Se destaca el estudio *El ejercicio de la psicología social en Medellín*: un estudio documental realizado en el año 2001, el cual pretendió identificar las problemáticas psicosociales que atienden diversas instituciones ubicadas en el área metropolitana del valle de aburra; así como los enfoques teóricos y metodológicos que sustentan sus propuestas de intervención, la población usuaria de los servicios que prestan, y las necesidades de formación profesional que demandan estas entidades de las instituciones de educación superior donde se forman los psicólogos de la ciudad.

El Programa de Psicología con énfasis en Psicología Social ha diseñado tres proyectos de investigación -presentados a la convocatoria interna-, los cuales deberán ejecutarse en el año 2003. Estos proyectos son:

- Estado del arte de la psicología social en Colombia entre los años de 1970 y 2002. Investigador principal, Magíster Uberney Marín.
- Pichón con Lacan: el vínculo social. Investigador principal, Psicólogo Jaime Alberto Carmona.
- Competencias, saberes y herramientas de la practica social del psicólogo necesarias para el abordaje de los ámbitos de intervención: educativo, comunitario y organizacional. Investigador principal, Psicólogo Cesar Jaramillo.

Respecto a la investigación formativa los estudiantes de los niveles más avanzados del programa vienen adelantando sus proyectos de investigación como trabajo de grado en temáticas como: violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, procesos de inserción y reeducativos, resolución de conflictos, convivencia escolar, desarrollo comunitario y psicología social y derecho entre otros.

Entre estos antecedentes prácticos, se pueden destacar la elaboración de ensayos tanto de docentes como de estudiantes, los cuales se socializan una vez por semestre en un evento académico nombrado “Jornada de lectura de ensayos”. Estas producciones abordan genéricamente problemáticas psicosociales vinculadas con temas afines a la formación de los estudiantes. Los ensayos seleccionados para dicho evento académico son objeto de publicación en la revista electrónica del programa “Poiesis”, primera revista electrónica de psicología social en América latina.

La revista *Poiesis* publica su primera edición en agosto de 2000, la segunda en marzo de 2001, la tercera en octubre de 2001 y la última edición en junio de 2002. Los temas tratados en estas cuatro ediciones son, entre otros, el papel de la psicología social en América latina; la psicología social frente a la guerra; identidad y segregación; prostitución y voluptuosidad; Freud y la cultura; neoliberalismo y realidad; toxicomanía y sociedad de consumo; familia, medios de comunicación y drogadicción: implicaciones subjetivas en hombres y mujeres preadolescentes; conflicto armado e intervención psicosocial; salud mental y trabajo con grupos; los grupos: una alternativa para la salud mental; medios masivos de comunicación, poder político y salud mental en Colombia, etc.

Otro evento académico, constitutivo de los antecedentes prácticos, llevado a cabo por el Programa de Psicología es la denominada Cátedra Abierta, la cual se configura en un escenario de aprendizaje y análisis a través del cual el Programa convoca a la comunidad académica institucional y extrainstitucional interesada en los debates acerca de temáticas polémicas de la psicología en general y de la psicología social en particular. A este evento asisten personas que por diferentes motivos no cursan los núcleos temáticos regulares ofrecidos en el plan de estudios del programa. En el primer semestre de 2000 se trató la cuestión de la psicología social y el psicoanálisis, en el segundo semestre de este año se abordó la problemática de la psicología social en la ciudad de Medellín; en el primer semestre de 2001 se trabajó un ciclo de problemáticas sociales contemporáneas,

y en su segundo semestre se trataron seis pensadores fundamentales para la psicología social; asimismo, en el primer semestre de 2002 se desarrolló la temática acerca del poder político y los malestares psicosociales en Medellín, y finalmente en el segundo semestre de este año se trató el ciclo de cineforo sobre juventud y problemas psicosociales contemporáneos.

Las prácticas de intervención y proyección social del Programa de Psicología con énfasis en Psicología Social se encuentran actualmente en desarrollo a través de las practicas académicas adelantadas por los estudiantes del quinto, sexto y séptimo nivel del Programa en los escenarios comunitarios, organizacional, y educativo en distintas instituciones en la ciudad. Allí los estudiantes realizan proyectos de intervención para dar respuestas a problemáticas o demandas psicosociales propias de las instituciones o agencias de práctica en los escenarios antes mencionados.

La proyección social del Programa de Psicología tiene un exponente con un alto reconocimiento institucional: el Sistema de Solidaridad Mauricio Garzón Camacho (in memoriam). Este sistema pretende contribuir a la permanencia de los estudiantes de la Facultad de Psicología que estiman amenazada la continuación de sus estudios por limitaciones económicas temporales, emocionales y/o académicas. El sistema, como proyecto, se diseñó a principios del año 2002 e involucra a toda la comunidad estudiantil con fines de apoyo y busca mediante la gestión solidaria de personas o instituciones la consecución de recursos para el beneficio de los necesitados y menos favorecidos.

El Sistema de Solidaridad esta conformado por cuatro proyectos:

- Fondo de préstamo de pasajes, que pretende ser un factor que propicie la permanencia de los estudiantes que consideran amenazada la continuación de sus estudios por dificultades económicas transitorias.

- Apoyo académico, con el que se quiere contribuir al rendimiento académico de los estudiantes a través del préstamo de libros, documentos y material bibliográfico en general, entre los mismos estudiantes.
- Bolsa de empleo que pretende intermediar entre la oferta y la demanda laboral para la consecución de empleo para los estudiantes de la facultad.
- Apoyo psicosocial que tiene como objetivo brindar un acompañamiento psicosocial al estudiante del Programa de Psicología de la FUNLAM.

Los antecedentes prácticos también contemplan las actividades o eventos académicos por fuera de las sesiones de clases, en las cuales ha participado o ha organizado directamente el Programa de Psicología de la Funlam con representación de sus docentes y/o estudiantes. Los eventos académicos llevados a cabo por el Programa fueron:

- Seminario Grupos operativos, a cargo de la licenciada Gladis Adamson en el mes de mayo de 2000.
- Curso taller *Teoría de la técnica de grupos operativos*, orientado por el doctor Mauricio Garzón Camacho, realizado entre abril y mayo de 2000.
- Seminario *El grupo operativo, técnica privilegiada de la psicología social*, dirigido por la licenciada Gladis Adamson, llevado a cabo en el mes de mayo de 2001.
- Seminario *Metodología de la intervención en psicología social*, a cargo del psicólogo Luis Alberto Gui, realizado en el mes de junio de 2002.
- Seminario *Individualismo y subjetividades*, orientado por el magíster Aníbal Córdoba Mora, en el mes de agosto de 2002.

- Curso taller *Teoría de la técnica de los grupos operativos*, bajo la dirección del psicólogo Ovidio Muñoz Arroyave, el cual fue realizado entre los meses de agosto y octubre de 2002.
- Seminario nacional *La literatura en el campo de los saberes sociales*, llevado a cabo por el docente Carlos Mario Gonzáles, en el mes de septiembre de 2002.
- Seminario *Psicología social de las organizaciones*, un modo de análisis y una metodología para la intervención, a cargo del psicólogo Leonardo Schvarstein, realizado entre el 13 y el 15 de marzo de 2003.

El Programa de Psicología con énfasis en Psicología Social participó en eventos académicos nacionales, como el Encuentro Iberoamericano de Psicología, realizado en el mes de julio de 2002 en la ciudad de Santafé de Bogotá. Entre los logros obtenidos en este encuentro se pueden destacar la participación y membresía de la Facultad de Psicología de la Funlam en la creación de la Federación Iberoamericana de Facultades de Psicología; se estableció un convenio de cooperación para el diseño de una página Web de todas las facultades de psicología y la posibilidad de que nuestros docentes y estudiantes puedan acceder a las dos bibliotecas virtuales más grandes del mundo en habla hispana.

El Programa de Psicología tuvo la oportunidad de participar en el Congreso Rioplatense de Psicología Social en la ciudad de Montevideo Uruguay, con tres ponencias. También llevó a cabo una pasantía de estudiantes y docentes del programa en la Escuela de Psicología Social del sur de Quilmes en Buenos Aires, Argentina; allí se empezaron a hacer los primeros contactos para participar como invitados a algunos eventos académicos organizados en la universidad CAECE y la Escuela de Quilmes, como otro aporte más del programa de psicología hacia la internacionalización de la Funlam y la Facultad de Psicología.

5. OBJETIVOS

Aportar elementos teóricos y técnicos que fortalezcan el desarrollo de la práctica y del conocimiento, desde la psicología social en el área de la salud mental.

Impulsar la conformación de comunidad educativa, cuyo objeto de estudio sea la relación psicología social y salud mental, con el fin de generar nuevos espacios de reflexión que aporten a la consecución de comunidad científica.

Configurar y dinamizar una red especializada, que permita difundir los resultados de procesos investigativos en el campo de la relación entre la psicología social y la salud mental, lo mismo que la integración e intercambio de experiencias, informaciones, propuestas y acciones, relacionados con dicha temática en el ámbito local, nacional e internacional.

Promover y propiciar espacios de interlocución desde la academia, con organizaciones públicas y privadas sobre las temáticas relacionadas con la psicología social y la salud mental, para analizar, evaluar y estructurar nuevas maneras de abordar las problemáticas de esta área de intervención.

Consolidar una *cultura de la investigación* con la creación de grupos de investigación, diseño y ejecución de proyectos, y un banco de proyectos que garanticen la formación humana de los diversos actores de la comunidad educativa aportando a la cristalización de la misión institucional.

6. JUSTIFICACIÓN

El estudio realizado por el Centro de Estudios de la Salud –CES- en el año 2000, mostró una correlación directa entre los trastornos mentales de la población colombiana y asuntos relacionados con las experiencias cotidianas y calidad de

vida, lo que corrobora necesariamente el afianzamiento particular de existencia de los síntomas que alteran las relaciones y vínculos de los seres humanos en Colombia. La violencia intrafamiliar, las adicciones a sustancias psicoactivas y otras no químicas -como la anorexia y la bulimia-, el desplazamiento forzado, los problemas generados por cirugías estéticas y el sida, entre otros, se constituyen en formas actuales de síntoma.

Desde lo anterior, surge el interés de la Fundación Universitaria Luis Amigó por estructurar estrategias y alternativas de abordaje que no solo resultan pertinentes ante la misión y carisma amigoniano, sino que además convocan al Programa de Psicología con énfasis en Psicología Social a formar profesionales que respondan a una demanda que exige observar, diagnosticar e investigar interdisciplinariamente los fenómenos sociales a la luz de las técnicas y estrategias grupales en pro de una promoción de la salud y **la promoción de síntomas** en ámbitos comunitarios, institucionales, organizacionales.

Si retomamos el contexto amigoniano, los desarrollos investigativos alcanzados en esta línea significan la pertinencia y coherencia con lo expresado en la misión de la Fundación Universitaria Luis Amigó **la cual se define como: “... para la generación, conservación y comunicación del conocimiento científico, tecnológico y cultural en la perspectiva de intervenir la problemática que afecta la calidad de vida de la niñez y de la juventud, de la familia y de la sociedad; para el fomento de la ética, la participación, la solidaridad, la autogestión, la convivencia armónica y al justicia social...”**²

En este sentido, y considerando la relación dialéctica entre teoría y práctica la línea de investigación toma como marco de referencia la *indagación-acción*, en tanto el método por excelencia de la psicología social. Desde allí, se hace necesaria y evidente una proyección para abordar los asuntos de la línea de

² Reglamento estudiantil de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Departamento de publicaciones FUNLAM. Medellín, Abril de 2002. p. 8.

investigación Psicología Social y Salud Mental, justamente a partir de las experiencias articuladas a una práctica de los estudiantes

Igualmente, tales desarrollos investigativos posibilitan que la Fundación Universitaria Luis Amigó se posicione en medio de las exigencias y demandas sociales en el contexto de las ciencias humanas y los programas que conforman las facultades de psicología, con las correspondientes demandas por las que se responsabiliza. Es aquí donde se hace presencia desde la propuesta de la psicología social.

7. ARTICULACIONES

La línea de investigación se podrá articular a toda propuesta inscrita dentro del marco de la salud y la psicología. Así, conceptos como prevención de la enfermedad y promoción de la salud serán el norte que guiará la pertinencia de la investigación en los diversos ámbitos de intervención. Lo anterior valida la posibilidad de entablar relaciones con diversas entidades gubernamentales y no gubernamentales en los ámbitos locales, nacionales e internacionales, que por su carácter social intervienen de manera activa en la transformación de las diversas problemáticas de tipo individual y colectivo.

Del lado académico, la línea podrá generar contactos que le permitan dar cumplimiento a los objetivos planteados. Para esto, en el ámbito local y nacional podrá entablar relaciones con los diversos programas y facultades de psicología de la ciudad y del país, así como con los programas de medicina y de psiquiatría que se han dedicado al tema de la salud mental.

Es importante reconocer que el interés por la temática ha surgido desde las universidades bajo la modalidad de formación especializada -maestrías y postgrados-, por lo que en los programas de pregrado lo que se encuentra son

proyectos de investigación jalonados por la jefatura del programa y abanderados por algunos profesores. En consecuencia, la línea de investigación y la conformación oficial de un grupo de investigación dentro del Programa de Psicología de la Luis Amigo, convertiría a la Universidad en una institución líder en este campo de investigación.

Al interior de la Funlam es impensable no articularse a los diversos programas que se ofrecen. El carácter humano y social de la Funlam la coloca en un lugar privilegiado para articular propuestas de investigación en el área de psicología social y salud mental. Desarrollo Familiar, Comunicación Social, Derecho, Educación Básica, Pedagogía Reeducativa son programas que en su esencia se convierten en el nicho donde la línea puede gestar un verdadero trabajo interdisciplinario. La interdisciplinariedad contribuye al desarrollo de alternativas de abordaje mas allá de su saber particular e involucrando alternativas, métodos y lógicas de otros saberes.

De igual manera, la cultura investigativa que se promueve en la Funlam y la consolidación de diversas líneas, proyectos y grupos hacen invaluable las posibles articulaciones que se establezcan con las líneas ya validadas por la institución: Pedagógica y educación, Economía solidaria, Calidad de vida y Farmacodependencia.

8. REFERENTES TEORICOS Y CONCEPTUALES

El estudio nacional de salud mental, realizado por el Ministerio de Salud en 1993, mostró un aumento en el índice de trastornos mentales en nuestra población; aumento que ha derivado las nuevas formas de presentación de los síntomas.

El SIDA, el fracaso escolar, el aumento del déficit de atención e hiperactividad, el retorno de la tuberculosis, los nuevos problemas que genera la maternidad

asistida, los cambios en la estructura de la familia, la violencia intrafamiliar, las nuevas formas de adicción, los nuevos problemas derivados del transplante de órganos, los nuevos rostros de la violencia y los fenómenos de conductas impulsivas, entre otros, se constituyen en formas actuales del síntoma.

Dichas formas contemporáneas del malestar en la cultura no permanecen al margen de las profundas transformaciones sociales y culturales. En la medida en que la ciencia y la tecnología progresan, la manipulación genética, la maternidad asistida, la oferta de objetos nuevos para las adicciones, el abuso de medicamentos para el control de la ansiedad, el sueño o la depresión, y todas las promesas de felicidad y potencia absoluta que se desprenden de dicho progreso, se constituyen como uno de los poderosos factores en la causa de formas nuevas del síntoma. Se suman o se articulan a estos la tendencia a la universalización de los modos de satisfacción, los cambios radicales en la estructura familiar y el deterioro de las estructuras sociales, entre otros.

En síntesis, las particularidades de las expresiones de sufrimiento contemporáneo son consideradas nuevas formas del síntoma, por la nueva modalidad de presentarse o por hacer surgir formas inéditas de respuesta a la tendencia objetivante y a los cambios sociales y culturales contemporáneos. Proceso en el cual se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. La adaptación activa a la realidad, que implica la transformación constructiva del medio y la modificación del propio sujeto es, entonces, el criterio básico de salud.

El concepto de salud mental consiste “en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos [...] Consiste en una relación, o mejor dicho en una aptitud sintetizadora y totalizante en la resolución de las antinomias que surgen en su relación con la realidad”³.

³ RIVIERE, Pichón. Concepto de salud mental. RedPsicología > Biblioteca> Diccionario de Psicología Social (www.galeon.hispavista.com/pcazaubiblioteca)

Así, un sujeto es sano “en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización, y tiene capacidad para transformarla modificándose, a su vez, él mismo; el sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada”⁴.

Así, Pichon Riviere señala que *la cura* se trata “no de la adaptación pasiva aceptación indiscriminada de normas y valores, sino del rescate en otro nivel, de la denuncia y la crítica implícitas en la conducta desviada (enfermedad) para establecer, a partir de allí, una relación dialéctica, mutuamente modificadora con el medio. **Este es el criterio de salud con el que operamos**”⁵.

Pichón Riviere indica que “una persona mentalmente sana es aquella capaz de hacer frente a la realidad de una manera constructiva, de sacar provecho de la lucha y convertir a esta en una experiencia útil, encontrar mayor satisfacción en el dar que en el recibir y estar libre de tensiones y ansiedades, orientando sus relaciones con los demás para obtener la mutua satisfacción y ayuda, poder dar salida a cierto monto de hostilidad con fines creativos y constructivos y desarrollar una buena capacidad de amar. Muchos de los problemas de la vida moderna son en realidad, problemas de salud mental, como miedo, inseguridad, nerviosismo, intolerancia, prejuicios, etc”⁶.

Pichón Riviere insiste en que el concepto de salud mental no es fijo ni absoluto. No es fijo porque admite diversas gradaciones entre salud y enfermedad; y no es absoluto porque depende de varias cosas, entre las que se destacan los factores sociales. Al respecto indica que “se trata de cantidades de salud mental que a través de saltos dialécticos transforman la cantidad en calidad, ya que la salud mental se mide sobre todo en términos de calidad de comportamiento social y sus

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

causas de mantenimiento o deterioro están relacionadas con situaciones sociales como los factores socioeconómicos, estructura de familia en estado de cambio y sobre todo en ese índice de incertidumbre que se hace persecutorio y que perturba el comportamiento social, ya que lo que se quiere lograr es una adaptación activa a la realidad donde el sujeto, en la medida en que cambia, cambia la sociedad que, a su vez, actúa sobre el en un interjuego dialéctico en forma de espiral, donde en la medida en que se realimenta en cada pasaje, realimenta también la sociedad a la que pertenece. Aquí está el error más frecuente al considerar que un paciente está *curado* cuando es capaz de apenas cuidar su aseo personal, adoptar buenas maneras y sobretodo no dar muestras de rebeldía. Este último sujeto, desde ya, con su conducta pasiva y parasitaria sigue afiliado a la alienación”⁷.

El concepto de salud mental es difícil de definir por varias causas. En primer lugar, se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico (véase González de Pablo y otro, 1993; Rosen, 1974). El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de las alteraciones de la personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental. Así, en todas las sociedades se realiza una distinción entre las personas que evidencian una alteración de su conducta de carácter crónico y las que muestran dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas como pueden ser los ritos o actos religiosos. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza. Sociólogos como Goffman (1976) llegan a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino

⁷ **Ibid.**

como una *incorrección situacional*., las cuales reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

En segundo lugar, los procesos psicológicos asociados con la salud o la enfermedad mental pueden ser descritos de formas diversas según los diferentes modelos psicológicos y médicos. La aproximación médica dominante en la Antigüedad Clásica daba una explicación de los desórdenes mentales a partir de los trastornos producidos en el cerebro por desequilibrios humerales. Este tipo de explicación persistirá hasta fines del siglo XVI. Durante el siglo siguiente se desarrollan interpretaciones naturalistas de la enfermedad mental como la iatrofísica y la iatroquímica. En los siglos XVII y XVIII los trastornos mentales o emocionales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debería ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias. Durante ambos siglos los enfermos mentales son encerrados y apartados de la vida comunitaria. Pero la finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales (Foucault, 1976); una situación que en algunos casos persistirá hasta bien avanzado nuestro siglo (véase Zaglul, 1990). En el siglo XIX predominan las explicaciones somáticas de la enfermedad mental, i.e. como objeto de estudio médico. Los desórdenes psicológicos eran considerados como una disfunción cerebral que debía ser objeto de tratamiento moral según los principios establecidos por el psiquiatra francés Philippe Pinel **(1745-1826)**. El siglo XX se caracteriza por la introducción y el desarrollo del psicoanálisis, la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales iniciada por Emil Kraepelin **(1856- 1926)**, el desarrollo de la neurología, el auge de la psicofarmacología y, finalmente, el inicio de concepciones psicosociológicas de la salud y la enfermedad mental.

En cuanto a las representaciones populares de la enfermedad mental, se pueden distinguir cuatro grandes fases: la primera, consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda, interpretaría la enfermedad como desviación social; la tercera, consideraría la enfermedad como

física; y, finalmente, se tendría una concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos (véase De Rosa, 1987). La diversidad de modelos explicativos -psicosomáticos, psicodinámicos, psicoanalíticos, conductistas, cognitivos, sociogénéticos, comunitarios, etc.- y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental (véase Cabruna, 1988), hacen inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental (véase Warr, 1987).

En tercer lugar, existen criterios diferentes para la definición de salud o enfermedad mental. Los trastornos mentales pueden ser socialmente reconocidos a través del diagnóstico o a través de un enfoque epidemiológico en el que el objetivo es dar cuenta del tipo y severidad de los síntomas antes que la clasificación de las personas como mentalmente sanas o mentalmente enfermas.

Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales, si bien varían, tienen, en la actualidad, un punto de referencia básico en los criterios de diagnóstico del DSM-IV, *Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales*. Los criterios principales para el diagnóstico son la existencia de sintomatología, el comportamiento social desajustado y la duración prolongada de los síntomas. Las categorías de diagnóstico son, además, mutuamente excluyentes. Este tipo de detección de trastornos mentales ha sido objeto de críticas, de entre las mismas cabe destacar dos. La primera hace referencia a que la división en categorías de los trastornos mentales no refleja adecuadamente la realidad; diversos estudios en los que se analiza la agrupación de síntomas según la técnica del escalamiento multidimensional muestran un elevado grado de solapamiento entre los síntomas que caracterizan diferentes trastornos mentales. La segunda crítica enfatiza el hecho de que los criterios de diagnóstico comúnmente utilizados excluyen a un importante número de personas con problemas psicológicos. En resumen, los diferentes criterios utilizados para diagnosticar a aquellas personas que tienen problemas de salud mental

establecen, en ocasiones, una realidad superpuesta a los problemas reales, cognitivos y/o emocionales, de las personas (véase Mirowsky y Ross, 1989).

Existe también una notable confusión entre los términos de salud y enfermedad mental. Ambos conceptos no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra. Una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma (Jhoda, 1980). Mientras que los criterios convencionales para definir la enfermedad mental siguen los criterios de diagnóstico anteriormente reseñados, los estudios sobre salud mental la consideran como un continuo en el que coinciden diferentes autores, como Jahoda (1980) o Warr (1987), quienes han tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.

Las investigaciones llevadas a cabo principalmente en el área de la salud mental, aunque también en el campo de estudio de los trastornos de carácter psicótico, se han centrado, primordialmente, en el estudio de los factores psicosociales que determinan diferencias en salud mental entre distintos grupos sociales de la población. El punto de partida de estas investigaciones es el de considerar la enfermedad mental o el deterioro psicológico no necesariamente como una reacción patológica, sino como una respuesta adaptativa ante presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se encuentran disponibles (Cochrane, 1983). Investigaciones como la de Álvaro (1992), Torregrosa y Garrido (1992), Bastile (1988), Cochrane (1983), Mirowsky y Ross (1989), Páez (1986), Tusquets y Grau (1988), entre otros, ponen de relieve los efectos negativos para la salud mental de factores como el desempleo o de los procesos migratorios, así como las diferencias encontradas entre ambos sexos o entre clases sociales diferenciadas por su estatus socioeconómico. Estos estudios aunque no excluyen la terapia individual, al analizar las causas sociales del deterioro psicológico enfatizan aquellos aspectos de intervención relacionados con el cambio social.

Se puede afirmar que los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de los problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas culturalmente e históricamente en la propia interacción social. Los conceptos de salud y de enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Además, ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro.

La elaboración de un criterio de salud es **a nuestro juicio** el único punto de partida posible para la caracterización y evaluación de estructuras asistenciales, situaciones institucionales y puntos de urgencia en el desarrollo teórico en la formación de los agentes de salud, en vistas a su instrumentación para una praxis transformadora de sí mismo, de los pacientes y del medio, es decir, de todo lo que constituye el texto y contexto de su operación.

Al analizar las distintas categorías utilizadas por las ciencias del hombre para abordar el problema de *la salud*, de *lo normal* y *lo patológico* y de *las formas de adaptación*, **nos parece** entrar en un terreno equívoco, ambiguo, lleno de indefiniciones o definiciones contradictorias. **Entendemos** que esta ambigüedad y ocultación ideológica de las verdaderas características del problemas es sólo aparente y cumple una tarea de escamoteo de las reales condiciones de producción de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, y de la función que el aparato u organización de la salud cumple en una sociedad de clases. El análisis de los distintos criterios y definiciones de salud, y de las formas de organización y asistencia que inspiran o justifican **nos remite** a condiciones de producción, condiciones histórico- económico- políticas. Toda definición, toda teoría de la salud y enfermedad implica y reenvía a una concepción del sujeto, del mundo y de la historia que la fundamenta. Según las características de

concepción, ocultante u objetiva y científica se elaboran los criterios de normalidad y anormalidad .

Nos parece pertinente, es decir, centrado en **el objetivo de este trabajo**, esclarecer el carácter de aparato ideológico de dominación que reviste en nuestro sistema social la organización de la salud, para comprender la particularidad que asume en su interior la lucha ideológica como expresión de las alternativas de un proceso de liberación. La norma de comportamiento, es decir el criterio que permite establecer si la conducta de un sujeto es adaptada, normal o patológica está emparentando con un sistema de representaciones -y con una infraestructura de relaciones sociales y de producción legítima en ese sistema de representaciones- que orienta las expectativas sociales y las encuadra. El criterio de salud -la norma que evalúa la forma de adaptación a la realidad- es funcional al sistema de relaciones sociales, como lo es la norma jurídica.

El criterio de salud vigente, criterio de competencia social, como condensación de ideas, es condensación de ideas de la clase dominante, funcional con sus intereses objetivos; como condensación de la ideología dominante tendrá el carácter ocultante y mitificador que le confiere a esa ideología su papel en la lucha de clases.

Quien rompe alguna de esas formas, la jurídica y la de salud (ligadas por un origen común: relaciones sociales – relaciones de producción – relaciones de propiedad, y una función compartida: control social), se hace acreedor, **en nuestro sistema**, de una sanción social semejante: marginación y descalificación sistemática de sus actos y pensamientos.

Podemos decir que existen hoy dos formas de ley: la escrita, codificada, que constituye el origen jurídico y que expresa la voluntad de una clase en el poder. La otra forma de ley, coherente con la anterior, que configura el criterio de normalidad

a partir de la cual se juzga la conducta de los sujetos, calificándola o descalificándola; esa ley no escrita es también expresión de intereses de clase.

El abordaje del problema de la salud mental fundada en esa concepción de lo *sano y lo enfermo* como instrumento de dominación, legitima un tipo de adaptación a la realidad, una forma de relación consigo mismo y con el mundo: acritica, ilusoria y alienante. Aparecen así como coherente y acreedoras de consenso las conductas adecuadas a las relaciones de producción vigentes, relaciones de explotación.

La estructura social configura el tipo de sujeto apto para su reproducción (continuidad). Toda la organización del proceso socializador está al servicio de esa tarea. Los criterios de adaptación, normalidad-anormalidad, cumplen un rol fundamental, de orientación en ese proceso.

Este aparato de dominación, en el que se materializa la ideología dominante, tiene sus cuadros en psiquiatras, psicólogos y otros trabajadores en el campo de la salud que vehiculizan una concepción jerárquica, autoritaria, dilemática y no dialéctica de la conducta. Son líderes de la resistencia al cambio, condicionantes de la cronicidad del paciente, al que tratan como un sujeto *equivocado* desde su punto de vista racional. Estos agentes correctores, cuya ideología y personalidad autocrática les impide concebir una problemática dialéctica en el vínculo terapéutico, establecen con sus pacientes relaciones jerárquicas en las que se produce el par dominador-dominado, incapacitándose para comprometerse también ellos en agentes sujetos de la tarea correctora y llegar, en el mejor de los casos, a ser lúcidos observadores del acontecer del paciente; pueden establecer quizás una simbiosis o una situación siamésica, pero nunca un vínculo operativo, mutuamente modificante.

En esa jerarquía irreversible establecida entre el *sano* y el *enfermo*, particularmente instaurada en las instituciones asilares, en la que separan también

al terapeuta del enfermo **diferencias de clase**, se produce lo que Laing (----) denomina “una devastación de la experiencia, una negación de la experiencia”, de la cultura y de la identidad del paciente.

La actitud autocrática se estructura por operación de la ideología y se refuerza en una afirmación que disocia principios teóricos y campos concretos. Los planes de estudio, al igual que los asistenciales, desconocen y escamotean la realidad social en la que ha de desarrollarse la tarea correctora.

Planes y tarea asistenciales efectivizan una política que obedece a la estrategia de las metrópolis imperialistas, que intentan afianzar y procuran reforzar la dependencia de los países **como el nuestro**, no sólo mediante la explotación económica, sino también a través del logro de la hegemonía de sus objetivos e intereses en la planificación nacional (cultura, educación, salud, etc.). En el área específica, basta mencionar los misérrimos presupuestos de salud y salud mental y la infraestructura obsoleta, para comprender la verdadera relación de fuerzas y la escasa efectividad a niveles masivos que ha tenido hasta hoy todo *cambio* en la asistencia psiquiátrica. Esto conduce a **interrogarnos** por el sentido *revolucionario* de planteos como terapias breves, talleres protegidos, comunidad terapéutica, etc., que han pretendido **romper en** el esquema de atención propuesto por la psiquiatría.

Hemos dicho que todo criterio de salud reenvía a una concepción del hombre y la historia que la fundamenta. No **quisiéramos cerrar nuestra respuesta sin plantear nuestra perspectiva sobre este problema básico.**

En la medida en que entendemos al hombre como configurándose en una praxis, en una actividad transformadora, en una relación dialéctica mutuamente modificante con el mundo, que tiene su motor en la necesidad, la elaboración de un criterio de salud -lo que nosotros llamamos de adaptación activa- significa el análisis de las formas de relación del sujeto con el mundo y las formas que reviste

esa relación constitutiva del mundo como tal. El parámetro de evaluación que orienta ese análisis es la capacidad de desarrollar una actividad transformadora, un aprendizaje.

Reformulamos el par conceptual vigente en psiquiatría: salud y enfermedad en términos de adaptación activa o pasiva a la realidad. Con el término adaptación nos referimos a la adecuación o inadecuación de la respuesta del sujeto a las exigencias del medio; a la conexión operativa, transformadora o inoperante, entre sujeto y mundo.

El sujeto es *sano* en la medida en que aprende en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez él mismo; el sujeto está *activamente adaptado* en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio, y no una relación rígida, pasiva, estereotipada. La salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad, en una relación sintetizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto- mundo.

Adaptación no implica aquí *competencia social*, aceptación indiscriminada de normas y valores, sino por el contrario una lectura de la realidad de manera crítica que conlleva la capacidad de evaluar y transformar aquellas prácticas que van en contra de la salud mental. En nuestro esquema conceptual el concepto de *adaptación activa* se identifica con el de aprendizaje, el que se define como *apropiación instrumental de la realidad para transformarla*.

El retrabajo de los conceptos de necesidad, del sujeto como ser histórico, ser de necesidades, el análisis de nuestra coyuntura histórica y del rol que en esa coyuntura cumple una psicología que amplía el concepto de adaptación activa hasta la praxis política (que no es otra cosa que la definición de la relación dialéctica), llevó a incluir el concepto de conciencia crítica en la elaboración del criterio de adaptación: conciencia crítica es el reconocimiento de las necesidades

propias y de la comunidad a la que se pertenece, conocimiento que va acompañado de la estructuración de vínculos que permitan resolver esas necesidades.

La conciencia es una forma de vinculación con lo real, una forma de aprendizaje que implica la superación de ilusiones acerca de su propia situación, como sujeto, como grupo, como pueblo; lo que se logra en un proceso de transformación, en una praxis que modifica situaciones que necesitan de la ficción o la ilusión para ser toleradas. Los trabajadores en salud mental están obligados a lograr esa forma de lectura de la realidad. **Seria muy importante que ésta sea algo más que la oportunidad para enunciar posturas.** En un proceso de liberación, la lucha por la salud no es solo la lucha contra la enfermedad, sino contra los factores que la generan y la refuerzan.

Se ha preguntado; como trabajadores en Salud Mental quizás haya solo una respuesta concreta: El reconocimiento de nuestra verdadera situación en el campo de la salud, el reconocimiento de nuestras necesidades como pueblo.

Desde allí, y desde una correcta evaluación de fuerzas (logística), será necesario organizarse, darse una estrategia común, analizar el verdadero significado de lo que parece avance y de lo que parece retroceso.

Cuidarnos tanto de la marginación como de la ingenuidad, pero recordar, ante todo, que, en salud, la praxis es colectiva.

Los síntomas o procesos que se utilizan para designar a una persona o a un grupo de personas como mentalmente normal varía según los esquemas sociales y paradigmas científicos imperantes. Por lo mismo, se hace imposible la constitución de un modelo integrativo al respecto. El concepto de salud mental que se maneja no es universalmente aceptado y presenta ciertos problemas: incorpora aspectos valorativos y confunde las categorías esenciales de salud y enfermedad. Además,

las estimaciones sobre este ámbito se ven afectadas por la capacidad de diagnóstico, el juicio de realidad y el nivel subjetivo en la conciencia de enfermedad de la persona, la variedad de enfoques metodológicos y los propios instrumentos de medición de la salud mental.

Tomando en consideración estas objeciones, convencionalmente se habla de cuatro concepciones:

- La salud mental como ausencia de síntomas. Es así como los criterios diagnósticos utilizados en psiquiatría consideran la presencia de síntomas, el funcionamiento alterado y la duración de tales síntomas. Dentro de este concepto, el trastorno psicológico se mide de dos formas: que el individuo refiera sus síntomas, confrontándose con índices predeterminados; o que personal especializado evalúe el trastorno mediante entrevistas estructuradas. Así, se excluye un número de personas que manifiestan una disminución de su nivel mental, sin llegar a constituir un cuadro digno de ser diagnosticado.
- La salud mental como bienestar físico y mental. Se refiere a un equilibrio positivo de afectos en el que los positivos predominan sobre los negativos. Bradburn (----) supone que estas dos dimensiones son independientes y tienen distintos fines; Mirowsky y Ross ((1989) consideran que son los dos polos de un continuo dimensional; y, en general, **las personas** consideran que lo normal es un equilibrio afectivo con un predominio de niveles moderados de afectos positivos.
- La salud mental como calidad de vida. Se refiera tanto a aspectos objetivos como subjetivos del nivel de vida, incluyéndose aspectos sociales, físicos y psicológicos. Desde esta perspectiva, la satisfacción vital y de las necesidades psicosociales son esenciales para el logro de la salud mental. Las escalas inscritas dentro de esta concepción no se preocupan de medir síntomas sino de considerar el bienestar y el funcionamiento integral de la persona.

- La salud mental como presencia de atributos individuales positivos. Autores como Jahoda (1980) consideran la salud mental como determinada por el éxito, por ejemplo en las relaciones interpersonales, el trabajo y la resolución de conflictos.

Dentro de los modelos teóricos que se han preocupado por la concepción de la salud mental, se distinguen cinco:

- El modelo de salud mental de Warr (1987), por el cual la salud mental se compone de bienestar activo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Resulta del intercambio entre las características del medio, los procesos que las originan y ciertos atributos de personalidad. Además, otras características personales que afectan a la salud mental son la edad, el género, el estatus socioeconómico, los valores personales y las habilidades psicomotoras, intelectuales y sociales.
- Según Warr, las características del medio que inciden favorablemente en el nivel de salud mental son: la oportunidad de ejercer control sobre el medio, la oportunidad de utilizar y desarrollar los propios conocimientos y capacidades, la existencia de objetivos generados por el medio, la variedad de actividades, la claridad ambiental, la disponibilidad económica, la seguridad física, las oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales y una posición social valorada; los mismos que si llegan a faltar o darse exageradamente, incidirían desfavorable o menos positivamente en el logro de la salud mental.
- Modelo de la causación social (Mirowsky y Ross, 1989), que observa que la disminución en los niveles de salud mental se manifiesta en un estado subjetivo de malestar evidenciado por síntomas de depresión y ansiedad. Vinculan las condiciones sociales objetivas de los sujetos con su bienestar: las

diferencias sociales, de alienación, de autoritarismo, de control personal y de flexibilidad cognitiva afectarían significativamente los niveles de salud mental.

- Teoría de la indefensión, atribución de causalidad y depresión (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), teoría en la que los depresivos tienen un estilo atributivo llamado estilo pesimista de causalidad, que consiste en atribuir los eventos aversivos incontrolables a factores internos, globales y estables. Sin embargo, a raíz de diversas investigaciones en el tema, parece ser que este estilo de causalidad es más un efecto de la depresión que una causa y que la diferencia sustancial con los sujetos no depresivos es falta del sesgo autorreforzante.
- El modelo cognitivo de la depresión de Beck (1983), explica la depresión como consecuencia de las experiencias infantiles que inducen al sujeto a tener una imagen negativa de sí mismo, de los demás y del futuro. Los depresivos manifiestan una triada cognitiva negativa y varios sesgos cognitivos (inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, abstracción selectiva, errores evaluativos de la magnitud de un acontecimiento y personalización- generalización).
- Sesgos sociocognitivos y salud mental. Ellis (1987) sostiene que los sujetos que presentan trastornos emocionales poseen formas de pensamiento irracionales. Al respecto, investigaciones posteriores agregan que los sujetos que presentan una leve depresión muestran ser más realistas en la visión de sí mismos, no presentan un estilo atributivo autorreforzante ni ilusión de control, tampoco presentan la tendencia a verse mejor que otros en habilidades ni a creer que comparte sus creencias y sentimientos; y tienen una creencia realista de la probabilidad de sufrir acontecimientos aversivos. Por lo tanto, el estado de ánimo negativo predispone a un estilo convergente, reduccionista y conservador; de contraste, explicación y readecuación realista con el medio. De hecho, no es que los sujetos con baja salud mental tengan estilos

irracionales de pensamiento, sino que no presentan los sesgos autorreforzantes que utilizan los sujetos no depresivos.

Además de los cinco modelos explicativos, se reconocen otros factores que inciden en los niveles de salud mental de los sujetos, por ejemplo:

- Se ha visto que las personas que pertenecen a una clase social baja tienen mayor riesgo de sufrir trastornos mentales, quizás debido a que disponen de menos repertorio material o psicológico o porque las personas con problemas de salud mental tienden a bajar de estatus social.
- Existe evidencia en relación al mayor deterioro psicológico de las mujeres. Al respecto algunas explicaciones destacan las diferencias biológicas; otras, la socialización diferencial, la asignación de roles diferenciales, las diferencias en la expresión de la emoción, los malos tratos, las estrategias de afrontamiento o a la posición social desfavorable en el mercado laboral. En resumen, atienden a la situación social desfavorable para las mujeres.
- El desempleo obviamente tiene efectos negativos en la salud mental, debido a que no se satisfacen las necesidades materiales y psicológicas básicas. Además del desempleo en sí, influye la naturaleza y las condiciones laborales.

9. AMBITOS TEMÁTICOS Y PROBLEMÁTICOS

Se plantean aquí, algunas áreas temáticas de la línea y varios aspectos desde los cuales pueden problematizarse:

Temas	Problematización desde
Concepción de salud mental y psicología social	Aspectos referidos a la concepción de salud mental y psicología social que logren dar salida a definiciones que se acomodan a los esquemas sociales y paradigmas científicos imperantes en otros contextos; a la subjetividad de quien

	diagnóstica lo sano y lo enfermo; a la variedad de enfoques metodológicos extrapolados y validados de otras culturas que se aplican a nuestra población.
Herramientas, estrategias, modelos teóricos y perfil de los profesionales de la psicología que intervienen en psicología social y salud mental	Lo concerniente a diferenciar campos de acción, modelos de investigación, metodologías de intervención y rol de los profesionales de la psicología social, del resto de campos de acción de otros profesionales de la psicología y ciencias sociales y de la salud.
Políticas, servicios y programas de atención públicos y privados en salud mental.	Aspectos concernientes a programas y servicios de prevención y promoción de la salud mental, cobertura, calidad e impacto y su coherencia con las políticas nacionales e internacionales sobre el tema de la salud mental.
Aspectos psicosociales que influyen en el estado de salud mental de la población	Fenómenos como la pobreza, el envejecimiento de la población, la distribución de las riquezas, las necesidades básicas insatisfechas, el conflicto armado, las violencias, el secuestro, las desapariciones forzadas, los bajos niveles educativos, la migración urbana y rural, entre otros se convierten en punto de referencia investigativa para aquellos que pretenden explicar científicamente el tema de la salud mental (partiendo de la base de que el estado de salud mental de una población no puede separarse de las condiciones sociales imperantes en un momento particular).

Estas temáticas buscan reconocer y validar la intervención del psicólogo social en el área de la salud mental, de igual manera que se convierten en la guía que podrá sostener la posibilidad de interlocución no solo con la misma Psicología sino con otras disciplinas sociales y de la salud. Para tal efecto se plantean, a manera de preguntas, algunos puntos básicos en la consecución de este objetivo. Veamos:

- ¿Qué modelos teóricos rigen la intervención en el campo de la salud mental en las instituciones, encargadas de ofrecer este tipo de servicios?
- ¿Qué procesos de validación, aplicabilidad y eficacia tienen las teorías generadas en otros países sobre la salud mental en la población colombiana?
- ¿Cómo puede trascenderse el modelo epidemiológico que guía las investigaciones en el área de la salud mental y qué aportes haría la adecuación de formas de investigación participativas en nuestro país?

- ¿Qué técnicas de intervención son utilizadas por los profesionales de la psicología en el campo de la salud mental y a qué marcos de referencia responden?
- ¿Qué factores de riesgo influyen en la salud mental de la población colombiana y qué recursos ha **estructurado** ésta como respuesta?
- ¿Qué relación se presenta entre el trauma psicosocial y la salud pública de la población?
- ¿Cuáles son los efectos del trauma psicosocial en el comportamiento humano?
- ¿Desde qué políticas y hacia dónde apuntan las campañas de prevención y promoción de la salud en nuestras ciudades?
- ¿Qué aportes teóricos y metodológicos **puede aportar** la psicología social a otras disciplinas de las ciencias sociales, humanas y de la salud?.

10. COMPONENTE METODOLOGICO

La preocupación por el fomento y desarrollo estratégico de la investigación en el programa de Psicología a través de la implementación de la línea de investigación en *Psicología social y salud mental*, tiene sus raíces en la imperativa necesidad de encontrar soluciones a diversas problemáticas fenoménicas y disciplinares que se suscitan en el campo de conocimiento de la psicología social.

La línea de investigación se constituye para el Programa y la Facultad de Psicología en una herramienta de desarrollo y trabajo imprescindible para construir

respuestas cognoscitivas y operativas a las problemáticas que demanda una realidad psicosocial dinámica y en permanente cambio.

Por las razones expuestas, la línea de investigación en *Psicología social y salud mental* no pretende en modo alguno ser una propuesta conceptual y metodológica de carácter acabado, pero sí busca ofrecer un acercamiento a las problemáticas psicosociales y de la salud mental, en términos de pluralidad disciplinaria y de enfoque. Esta doble pluralidad tiene que ver con la condición de la psicología social como una disciplina especializada, constituida a su vez por conocimientos interdisciplinarios, posibilitados por los aportes de la antropología, la sociología, la historia, la biología, la política, la economía, etc. Esta condición posibilita enriquecer la línea de investigación con los aportes y desarrollos metodológicos que estas disciplinas han elaborado en términos de enfoques, diseños, métodos, modelos, tipos, técnicas e instrumentos de investigación en su tradición disciplinar.

Llevar a la realidad el propósito mencionado supone, no obstante, el criterio de pluralidad: hacer una opción por ordenar y analizar los diferentes discursos y prácticas investigativas propias de este campo del conocimiento.

Se reconoce un pluralismo metodológico para el desarrollo de la línea, resultante de la interacción recíproca de las diversas disciplinas científicas que prestan su concurso al abordar el fenómeno de la salud mental desde la perspectiva psicosocial. Abordaje que implica la descripción, explicación y comprensión de estos fenómenos, a condición de **acoplar** la coherencia y rigurosidad de todo esfuerzo investigativo con la naturaleza de los objetos de estudio que serán ocupación de los proyectos de línea.

El componente metodológico de la línea de investigación en *Psicología social y salud mental* propone un enfoque que va desde el control riguroso intra y extrateórico del conocimiento, hasta el libre juego de las mismas; desde la planeación y el manejo externo de las condiciones y fines de la investigación,

hasta la planeación autónoma y participativa de quienes son sujetos de la investigación; desde el interés por la acumulación del conocimiento, hasta el interés por la transformación de las condiciones de vida de los colectivos humanos; y desde la construcción de sentido del conocimiento en el seno de las disciplinas, hasta la recuperación de la significación cultural autóctona de fenómenos que son estudiados por diversas disciplinas socio-humanas.

11. COMPONENTE OPERATIVO

El programa de Psicología pretende operacionalizar la línea de investigación en *Psicología social y salud mental* a través de la conformación y futura consolidación de un grupo de investigación y grupos de estudio que vehiculice su desarrollo y que en un corto plazo pueda estar inscrito en el escalafón para grupos de investigación propuesto por Colciencias.

Se propone que la línea de investigación esté nutrida con macroproyectos y proyectos, ya sean de carácter institucional, interinstitucional y de propuestas formuladas por los docentes del programa. Además, se pretende la configuración y fomento de un semillero de investigación adscrito a la línea, **donde se pueda con el concurso de docentes investigadores y de estudiantes del programa para el aprendizaje y puesta en marcha de propuestas investigativas derivadas del componente temático y problemático de la línea de investigación.**

Adicionalmente, se desean vincular a la línea los trabajos de grado de los estudiantes más avanzados del programa ya sea a través de investigaciones aplicadas o teóricas, para que se constituyan en aportaciones psicosociales significativas a las problemáticas de la salud mental. No se descarta la posibilidad de derivar proyectos o programas de intervención psicosocial respecto a

necesidades en términos de salud mental que pueda padecer algún grupo, institución o comunidad.

Finalmente, se pretende que esta propuesta de operacionalización de la línea de investigación constituya un esfuerzo de la comunidad académica por consolidar una tradición investigativa del Programa de Psicología con un amplio reconocimiento regional, nacional e internacional.

BIBLIOGRAFÍA

ALVARO, J. L. (1992). Desempleo y bienestar psicológico. Madrid: Siglo XXI.

ALVARO, J. L. - TORREGOSA, J. R. y GARRIDO, A. (1992). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo XXI.

ARANGO, C. A. (1992). La psicología comunitaria en Colombia: sus paradigmas y consecuencias. Madrid: Congreso Iberoamericano de Psicología.

ARDILA, R. (1986). La psicología en América Latina: pasado, presente y futuro. México: Siglo XXI.

_____ (1973). La psicología en Colombia: desarrollo histórico. México: Trillas.

BARÓ, M. (1985). "Hacia una psicología de la liberación". Boletín de Psicología. San Salvador, **No., pp.**

_____ (1985). Conocimiento y poder popular. México: Siglo XXI. 1985.

BASTILE, R. (1988). Sociología de las enfermedades mentales. **Madrid: Siglo XXI.**
Beck (1983)

CABRUJA, T. (1988). "La imagen popular de la locura". En T. Ibáñez -comp-. Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai, **pp.**

Cabruna, (1988)

Bradburn (----)

CASTRO, M. (1996). La psicología, los procesos comunitarios y la interdisciplinareidad. Santafe de Bogotá: Almudena.

COCHRANE, R. (1983). The social creation of mental illness. Londres Longman.

DE ROSA, S. (1987). "The social representations of mental illness". En W. Doise y S. Moscovici -comps-. Current issues in european social psychology, II. Cambridge University Press.

Ellis (1987).

FREIRE, P. (1987). Cambio. Bogotá: América Latina.

FUNDACIÓN FES et al. (1992). Proyecto Atlántida: estudio sobre el adolescente escolar en Colombia, I, II y III. **Lugar.**

FOUCAULT, M. (1976). Historia de la locura en la época clásica. **México:** Fondo de Cultura Económica.

GARCÍA, M. (1996). De risueñas con lo profes. Medellín: Corporación Región.

GIL, M. y FREJ, N. (1993). **3** Comunicaciones sobre el perfil del psicólogo comunitario. IV Congreso Nacional de psicología Social, Sevilla.

Goffman (1976)

GONZALEZ, A. et al. (1993). "La locura y las enfermedades mentales en la historia". Historia 16. Madrid, **No. , pp.**

González de Pablo y otro (1993)

JAHODA, M. (1980). Current concepts of positive mental health. Nueva York: Arno Press.

KELLY, J. (----). Roles, características y formación del psicólogo comunitario. Universidad de Michigan.

_____ (1992). .Psicología comunitaria. El enfoque ecológico-contextualista. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Laing (----)

MARÍN, G. (1975). La psicología social en Latinoamérica. **Vol 1**. México: Trillas.

MIROWSKY, J. y Ross, C. E. (1989). Social causes of psychological distress. Nueva York: Aldine de Gruyter.

MONTERO, M. (----). "La psicología social y el desarrollo de las comunidades en América Latina". Revista Latinoamericana de Psicología, **vol. 12, pp.**

_____ (1988). "Alcances y roles de la psicología comunitaria en Venezuela". Boletín de AVESPO, vol. XI, **pp.**

_____ (1980). "Hacia una psicología social comunitaria". Revista Latinoamericana de Psicología, vol.12. 1980.

_____ (1991). "Perspectivas de la psicología comunitaria en América Latina". Psicología, Vol. XV, **pp.**

_____ (----). Un nuevo paradigma para la psicología social, reflexiones desde el que hacer en América Latina. Barcelona: Anthropos.

_____.Vidas paralelas: psicología comunitaria en América Latina y en Estados Unidos. **Caracas:** Universidad Central de Venezuela.

NIETO, R. (----). Psicología comunitaria. Bogotá: Universidad de Santo Tomas.

PÁEZ, D. (1986). Salud mental y factores psicosociales. Madrid: Fundamentos.

PÉREZ, Cl. y LONDOÑO, I. (1997). Caracterización de jóvenes en Medellín.
Medellín: Corporación Paisa Joven.

Pichon Riviere

RODRÍGUEZ, A. (1975). Psicología social. México: Haria.

ROSEN, G. (1974). Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid: Alianza Universidad.

SALAZAR, J. M. y otros (1979). Psicología social. México: Trillas.

SMITH, E. y MACKIE, D. (1998). Psicología social. Barcelona: Roca.

Sociología 21. Revista de la Facultad de Sociología de UNAULA. Julio de 1998.

Torregrosa y Garrido (1992)

TUSQUETS, J. L y MURCIA, M. J. (1988). Enfermedad mental y entorno urbano.
Metodología e investigación. Barcelona: Anthropos.

Tusquets y Grau (1988)

UNAULA 18. Revista de la Universidad Autónoma Latinoamericana. Septiembre de 1998.

VARELA, J. (1975). Psicología social aplicada en Latinoamérica. México: Trillas.

Warr, P. (1987). Work, unemployment and mental health. Oxford University Press. Oxford. <http://www.ucm.es/info/eurotheo/d-alvaro2.htm>.

WIESNFEL, E. (----). Paradigmas de la psicología social comunitaria latinoamericana. Universidad Central de Venezuela.

ZAGLUL, A. (1990). Mis quinientos locos. Memorias del director de un manicomio. Santo Domingo: Taller.