

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**SISTEMATIZACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA
EN SALUD MENTAL**

**-Una experiencia participativa en
San Antonio Las Flores, Chisec, Guatemala,
1994-1997-**

**Informe final de investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas**

por

MARINA GARCÍA DE VILLAGRAN

Previo a optar al título de

PSICOLOGA

en el grado académico de

LICENCIADA

Guatemala, 4 de septiembre de 1998

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central**

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
Director

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Secretaria

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
Representante del Claustro de Catedráticos



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-3 Ciudad Universitaria, Zona 11
Tels: 4766798-4, 4766985, ext. 490-1
Directos: 4766962, 4767219, ext. 4766914
e Mail: USACP@CC@ude.gi
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 133-96

CODIPs. 685-98

**DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION**

Septiembre 04 de 1998

Señora Estudiante
Marina Consuelo García de Villagrán
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señora Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9o.) del Acta TREINTA Y DOS NOVENTA Y OCHO (32-98) de Consejo Directivo, de fecha 02 de septiembre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "SISTEMATIZACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA EN SALUD MENTAL", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

MARINA CONSUELO GARCIA DE VILLAGRAN

CARNET No. 78-05115

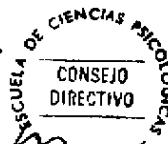
El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado José Roberto Pérez Pivaral y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAN A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy



CIEPs. 59/98
REG. 133/96

Guatemala, 2d de agosto de 1998

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-5 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4768798-4, 4768986, ext. 490-1
Directores: 4768983, 4767219, fax 4768934
e Mail: UBACPSIC@edu.ig
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS
RECIBIDO
01 SET 1998
[Signature]
HORA

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos
E. Orantes T., ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME
FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"SISTEMATIZACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA EN SALUD MENTAL"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

MARINA CONSUELO GARCIA DE VILLAGRAN

CARNÉ No.

78-05115

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes,
a efecto de extender **ORDEN DE IMPRESION**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICDA. **ESTHER RIOS DE MALDONADO**
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ERDm/edr
c.c. Docente Revisor/a
Archivo





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio 14-1 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4760750-4, 4760985, ext. 050-1
Directos: 4769982, 4767213, fax 4769916
E-Mail: USACTPSIC@usac.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPs. 60/98

Guatemala,
28 de agosto de 1,998.

LICENCIADA
EDITA RÍOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA DE MALDONADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he proce-
dido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"SISTEMATIZACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA EN SALUD MENTAL"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

MARINA CONSUELO GARCIA DE VILLAGRAN

CARNE

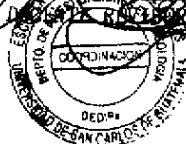
78-05115

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos estable-
cidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN**
FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"**LE Y ENSEÑAR A TODOS**"

LIC. CAROLINA MALDONADO RÍOS



c.c. Archivo
Docente Revisor/a

Guatemala, 17 de agosto de 1998

Licenciada Edith Rios de Maldonado
Coordinadora del Centro de
Investigaciones de Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada Licenciada de Maldonado;

Por este medio informo a usted que he finalizado la asesoría del informe final de la investigación denominada "Sistematización estratégica y operativa en salud mental, -Una experiencia participativa en San Antonio Las Flores, municipio de Chinautla, Guatemala-", realizado con fines de graduación para la carrera de Licenciatura en Psicología por la estudiante Marina Consuelo García de Villagrán, carné 78-05115.

El informe antes mencionado llena los requisitos metodológicos establecidos para trabajos de graduación, por lo cual le solicito proceder con los trámites que correspondan.

Atentamente,

José Roberto Pérez Pivaral
Colegiado 469

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M.S. Ciudad Universitaria, Zona 12
Telfo: 4760780-1, 4760885, ext. 493-1
Directos: 4760802, 4767218, fax 4766214
e mail: USACPSIC@edc.igp
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 133-98

CODIPs. 046-98

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Marzo 25 de 1998

Señora Estudiante
Marina Consuelo García de Villagrán
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señora Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEXTO (6o.) del Acta CERO CUATRO NOVENTA Y OCHO (04-98) de Consejo Directivo, de fecha 28 de enero del año en curso, que copiado literalmente dice:

"SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de investigación titulado: "SISTEMATIZACION METODOLOGICA DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA EN UN AREA RURAL PERIFERICA", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

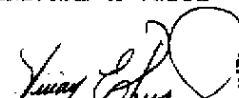
MARINA CONSUELO GARCIA DE VILLAGRAN

CARNET No. 78-05115

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado José Roberto Pérez Pivaral."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Roay

DEDICATORIA

- ***A mis padres***
- ***A mi esposo***
- ***A mis hij@s y a quienes comparten con ell@s la vida***
- ***A los hij@s de mis hij@s***

MIS AGRADECIMIENTOS

- *A todas aquellas personas: catedráticos, compañeros y amigos, que hicieron posible mi formación como psicóloga y, por ende, la realización de este trabajo.*
- *Al Licenciado José Roberto Pérez Pivaral. Sus conocimientos, sus ideas, su apoyo y su amistad son los cimientos de esta tesis. Sin él, este trabajo sólo habría sido un proyecto inconcluso.*
- *A la comunidad de San Antonio Las Flores y a todos y cada uno de sus habitantes. El conocerles y compartir con ellos ha hecho de mí una profesional de la psicología y una mejor persona.*

PRESENTACION A MANERA DE PROLOGO

Cuando Aristóteles de Estágira (384-322 A.C.) escribió Del Anima (del Alma) como primer texto histórico de la psicología, es probable que haya pensado en la trascendencia histórica y científica de sus ideas en la investigación de los procesos psíquicos para la vida humana en sociedad.

Nuestra ciencia de estudio y aplicación, la psicología, en sus 64 campos de reconocimiento académico reconocidos por la Asociación Americana -APA-, se perfila en los albores del tercer milenio como la ciencia del futuro que habrá de recibir su adscripción social definitiva en la primera década del 2000.

Investigar cognitivamente las relaciones del ser humano, en su formación, desarrollo y expresión, con el entorno natural y socio-cultural, comienza a consolidar un modelo técnico-metodológico transdisciplinario con el cual habrá de inscribirse la ciencia psico-social en los siguientes años.

Sigmund Freud (1856-1939) y Jean Piaget (1896-1980), pasando por el pionero Wilhelm Wundt (1832-1920) y el premio Nobel Iván Petrovich Pavlov (1849-1936) son quizá los nombres conocidos en la psicología de este siglo, por sus logros de amplia divulgación y repercusión científica y académica. Son muchísimos, como ellos, los psicólogos y psicólogas trabajando conjuntamente con otras disciplinas en el campo de la salud mental: clínico, educativo, laboral, recreativo, artístico, deportivo y social, para que esta ciencia alcance, por fin, su consolidación teórico metodológica. Y, es precisamente en este último campo de aplicación en donde encontramos trabajando al "Grupo de Trabajo USAC 94", y luego los "Grupos de Trabajo USAC 95, 96 y 97", en una comunidad cercana a la capital (17.8 km), como parte de los programas de extensión de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Compartir una experiencia de esta naturaleza, con alcances futuros, nos hace trascender en el momento existencial, y a la vez nos compromete a continuar con lo realizado; esa es la dimensión de este trabajo. Obras que hacen suyas quienes las participan y realizan.

En toda la historia de la psicología, son muchísimos los autores anónimos que han aportado, no solamente su trabajo, sino su vida misma para hacer realidad su sueño imposible; Aristóteles, Wundt, Pavlov, Freud y Piaget no son anónimos pero lo hicieron igual.

La psicología constituye un bien cultural que se integra espiritualmente en quienes la estudiamos, enseñamos, investigamos, aplicamos y compartimos; su esencia no es tecnológica, eso es la herramienta; tampoco lo es su teoría, esta es el fundamento científico; sino es la capacidad afectiva (socio-emocional) de interesarnos en otro ser humano, aunque, como dirían nuestros compañeros profesionales, es nuestra propia proyección del yo.

Sí, de un yo que desea ver más allá de lo evidente, más allá del egoísmo hedonista de la satisfacción y el provecho personal. ¡Una psicología carente de amor es un bello modelo científico frío e inerte, sin vida, sin calor humano, sin nada que ofrecer al que busca una esperanza!...

Sin esa motivación, el "Grupo de Trabajo USAC'94" pudo haberse dedicado únicamente a ganar su práctica psicológica supervisada de III, IV y V y ya... No interesarse en plasmar en esta tesis toda su experiencia intelectual y afectiva para que otros la compartan y la apliquen. Más que una tesis de graduación, éste es un aporte académico, científico y tecnológico al conocimiento y la práctica de la psicología en Guatemala.

Cuando asigné en clase el trabajo en salud mental comunitaria en el curso de Investigación III, en 1994, tenía un empeño decidido en realizar el sueño de "Psicología 2002: Formación y desempeño profesional del psicólogo en Guatemala", pero hacía falta una estudiante que con madurez, experiencia y capacidad de amar a una comunidad que no conocía, tomara la decisión de crear un Centro de Práctica en San Antonio en 1995, el cual fue apoyado por la Coordinadora General de Práctica Supervisada, Licenciada Irma Yolanda Herrera de Avilés, a quien le manifiesto mis sinceros agradecimientos, lo mismo que al Licenciado Fernando Blanco que aceptó la supervisión ad-honorem de ese Centro.

Como partícipes anónimos quedan muchos a quienes es necesario agradecerles su contribución, en especial a Doña Genoveva, a la Doctora Sonia Ankerman de COINAP/UNICEF quienes desde el inicio de esta experiencia en San

Antonio ofrecieron su colaboración efectiva. Al Licenciado Estuardo de la Roca Elías por sus sabias observaciones al Grupo USAC 1994 que tuvo la confianza de participar en el trabajo de investigación asignado. De igual forma a la Licenciada Sonia Guadalupe Toledo Cancinos quien asesoró conjuntamente el trabajo preliminar: cuestionario básico y proyecto, en el curso Investigación V - 1996 y al Licenciado Carlos Orantes Troccoli, catedrático de la Escuela, quien actuó como revisor del cuestionario básico, el proyecto y el informe final de esta tesis.

Finalmente, un reconocimiento especial para Marina, quien demostró en todo momento una fe inquebrantable en este trabajo, tan complejo, de investigación psicológica .

La teoría sistémica y la planificación estratégica, aunque tienen bases psicológicas claramente fundamentadas, no se aplican, por lo regular, en la investigación de los procesos psíquicos, mucho menos en un trabajo comunitario de campo.

Este es el primer gran aporte que ofrece la tesis, el enfoque estratégico y sistémico, a la investigación psicológica. El segundo, el modelo propuesto que, con su carácter operativo garantiza su efectiva y oportuna aplicación.

Como asesor de esta tesis, quiero decir que trabajar con Marina ha sido una experiencia especial por el interés científico demostrado a lo largo de tres años ininterrumpidos de actividad metodológica. ¡Felicitaciones! y que pronto, como profesional, realice su sueño de ver este trabajo publicado como un apoyo para el abordaje de la salud mental en Guatemala.

Nueva Guatemala de la Asunción, agosto, 1998.

*Licenciado José Roberto Pérez Pivaral
Psicólogo Asesor - Colegiado No.469*

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis comenzó a gestarse en 1996, después de un año de laborar en salud mental con otros estudiantes practicantes en los "Grupos de Trabajo USAC 94-95", en una comunidad guatemalteca periurbana. En ese período, no obstante lo exitoso de nuestra intervención, se plantearon al interior del grupo una serie de interrogantes que quedaron sin respuesta. Tales interrogantes reflejaban desconocimiento e inseguridad acerca de nuestro qué hacer en la comunidad y del cómo hacerlo.

Con la idea de dar respuesta a esas interrogantes, se planteó la necesidad de realizar una investigación bibliográfica y documental que nos sirviera para conocer la metodología empleada por psicólogos y otros trabajadores de la salud mental en las diferentes comunidades del país. Con esa visión, se propuso una investigación sobre "Metodología en salud mental comunitaria".

Tras comprobar la escasez de libros y documentos que consignaran la forma específica en que se había abordado la salud mental comunitaria, se cambió el enfoque de la investigación y se reorientó hacia realizar una evaluación de lo hecho por nuestros "Grupos de Trabajo USAC 94-95" y que, apoyada en la poca bibliografía existente, permitiera identificar y describir aquellas acciones exitosas que pudieran llegar a replicarse, previa sistematización, en otras comunidades, en situaciones similares. A este segundo planteamiento se le dio el nombre de "Sistematización del trabajo en salud mental comunitaria".

Es de reconocer que, en ese momento, ¡simplemente no se tenía idea de la magnitud del trabajo a realizar!

La investigación se inició a principios del 97. Conforme se avanzaba en ella, se percibió la necesidad de ejecutar el trabajo cubriendo varias etapas sucesivas y complementarias: 1) Sistematizar la experiencia obtenida; 2) Definir, a partir de esa sistematización, los aspectos más consistentes y coherentes que habrían de orientar el trabajo en salud mental comunitaria; y, 3) Diseñar un modelo operativo que incluyera tales aspectos y propusiera algunos lineamientos para la ejecución de la tarea propuesta.

Frente a ese reto que excedía ampliamente nuestros conocimientos y experiencias metodológicas y técnicas, se solicitó orientación al Licenciado José Roberto Pérez Pivaral,

asesor de esta tesis, quien propuso que el estudio se desarrollara utilizando la planificación estratégica y la teoría sistémica como referentes técnico-metodológicos.

La adopción de la planificación estratégica para el desarrollo de la presente investigación, tal como lo plantea Michael Porter (1992) hizo que se partiera de una visión integradora, lo que permitió definir programas y acciones concretas, de carácter inmediato y mediato que, de una u otra forma, estuviesen dirigidas hacia el logro de los objetivos, los que, a su vez, debieron ser claramente definidos. La formulación o diseño de un modelo fundamentado en la planificación estratégica se basó en el análisis de las acciones ya realizadas, de las cuales fueron abstraídos los aspectos consistentes y coherentes, perfilándolos como lineamientos estratégicos a aplicar operativamente en el futuro.

Se complementó esa visión con la teoría sistémica, impulsada por Bertalanffy (1987), que enuncia: para los fines de una investigación, se debe tratar como un sistema a cualquier conglomerado de elementos que contenga el objeto de estudio subjetivamente seleccionado y que posea, en sí, una cohesión interna. En otras palabras, y para efectos de esta tesis, el trabajo en salud mental comunitaria debió considerarse como una totalidad (sistémica), en la cual un conjunto de elementos orientados hacia la obtención de un objetivo común se encuentran coordinados en constante interacción e interdependencia, logrando así la transformación de los insumos en productos.

Debe señalarse que las dos corrientes aludidas se consideraron como orientadoras de este trabajo: Ambas coinciden en estudiar cualquier problema integralmente, plantean la necesidad de definir los objetivos con claridad y de actuar de manera conjunta hacia el logro de esas metas. Aún más, en tanto que la planificación estratégica define políticas, estrategias, planes y programas, la teoría sistémica determina con precisión los productos que se pretende alcanzar como resultado del proceso de transformación que se opera en el sistema.

Esa concepción general es la que orientó, en todo momento, la investigación realizada y la que provocó un nuevo cambio en el título, cuya versión final es "Sistematización estratégica y operativa en salud mental".

La ejecución del trabajo incluyó diferentes etapas: 1) Recopilación de libros y documentos; 2) Ordenamiento y jerarquización de la información; 3) Análisis de las acciones realizadas; 4) Sistematización de las experiencias obtenidas, lo que incluyó la identificación y análisis de procesos; 5) Definición de las estrategias aplicables a acciones futuras, la cual culminó en la preparación de un Plan Estratégico Base; y, 5) Formulación

y diseño de un modelo para el trabajo en salud mental, desde tres dimensiones: a) Teórico-metodológica; b) Organizativa; y, c) Operativa.

La metodología de trabajo antes descrita permitió que los objetivos propuestos se alcanzaran en su totalidad y que, en algunos aspectos, fueran sobrepasados, tal el caso de la Propuesta Operativa del Plan de Acción Psicosocial, la cual se considera, además del enfoque técnico-metodológico de la salud mental, como el mayor aporte de esta investigación pues contiene propuestas concretas de acción y no sólo los lineamientos generales que se habían planteado originalmente.

La experiencia que fundamenta esta investigación fue realizada en la comunidad de San Antonio Las Flores, municipio de Chinautla, departamento de Guatemala, a partir del 15 de julio de 1994 y se extendió, para efectos de esta tesis, hasta diciembre de 1997.

Se trató de una experiencia de vivencias extraordinarias no exenta de temores, inseguridad y frustración, aunque son mayores sus logros y satisfacciones; se concreta, finalmente, en la aprehensión de una realidad psicosocial diferente y en la comprensión de los alcances y los límites de la labor del psicólogo en la vida cotidiana de una comunidad.

Para concluir, sólo me resta expresar que, desde el primer día, se tuvo la oportunidad de conocer, interactuar y compartir con muchas personas de esa comunidad y con más de 80 estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que han realizado allí su Práctica Psicológica Supervisada (Grupos de Trabajo USAC 94-97). Más que un lugar de trabajo, San Antonio se convirtió en un espacio donde se ha podido conocer a seres humanos más trabajadores y más fuertes que nosotros, aunque, ciertamente, con más necesidades insatisfechas. De ellos hemos aprendido más de lo que hemos podido enseñarles y hemos recibido más de lo que hemos podido darles.

I. ANTECEDENTES

En 1994, el catedrático titular de Investigación III (Metodología), Licenciado en Psicología José Roberto Pérez Pivaral, asignó a los estudiantes del curso la tarea de realizar un ejercicio de investigación de tipo estratégico y operativo, situacional y participativo que permitiera determinar, aunque fuese parcialmente, la problemática de Desarrollo Humano y Salud Mental que afectaba a la población de un área rural y que, sobre la base de un diagnóstico preliminar, se elaborara un proyecto que planteara lineamientos operativos (estrategias) tendientes a dar respuesta a algunos de los más ingentes problemas comunitarios que se hubiesen detectado.

La Doctora Sonia Ankerman, encargada del Programa de Salud Mental del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF– y de la Comisión Interinstitucional para Atención a las Áreas Precarias –COINAP–, sugirió realizar la tarea en San Antonio Las Flores, municipio de Chinautla, departamento de Guatemala, localidad en la cual las dos instituciones mencionadas (UNICEF–COINAP) colaboraban en un proyecto del Ministerio de Salud Pública orientado a capacitar a varias personas de la comunidad como Representantes del Programa Integral de Salud –REPROINSAS–.¹

La Doctora Ankerman proporcionó al "Grupo de Trabajo USAC 1994" valiosas herramientas técnicas de trabajo y le brindó apoyo personal e institucional. En atención a su sugerencia, se entró en contacto con la población de San Antonio Las Flores, habiéndose realizado la primera visita a la comunidad el 15 de julio de 1994.

La Doctora Ankerman, por su parte, solicitó la colaboración del "Grupo de Trabajo USAC 1994" para aplicar en San Antonio la "Encuesta Familiar del Componente de Salud COINAP–UNICEF" que, conjuntamente con otros instrumentos había sido utilizada por las mencionadas instituciones para realizar diagnósticos y autodiagnósticos de salud mental comunitaria.

¹

El Programa Integrado de Salud –PIS– patrocinado por una serie de instituciones nacionales e internacionales tiene como uno de sus principales objetivos el capacitar como Promotoras de Salud a mujeres que habitan en las áreas precarias urbanas y periurbanas de la ciudad capital. La capacitación que se les brinda pretende comunicar y difundir los conocimientos fundamentales sobre los diferentes aspectos que intervienen en el concepto de salud integral de las personas en sus comunidades. El programa tiene un enfoque educativo y preventivo. A las personas que han sido capacitadas dentro del mismo se les denomina "Representantes del Programa Integral de Salud –REPROINSAS–".

En San Antonio Las Flores se realizó el estudio asignado por el Licenciado Pérez Pivaral. Tras establecer contacto con la comunidad y lograr la aceptación de algunos pobladores, se procedió a identificar a aquellas personas que, por su posición dentro de la comunidad, poseían información básica acerca de la problemática de salud mental a estudiar.

El interés académico inicial del "Grupo de Trabajo USAC 1994", constituido por once estudiantes de 3er. grado de Licenciatura en Psicología, se centró en recopilar aquellos datos que permitieran hacer el diagnóstico preliminar en salud mental solicitado por el Licenciado Pérez Pivaral. Para el efecto, se utilizaron como procedimientos metodológicos de trabajo, los siguientes: a) Entrevistas con líderes comunitarios; b) Entrevistas con informantes claves; c) Entrevistas con pobladores; d) Aplicación de la "Encuesta Familiar del Componente de Salud COINAP-UNICEF";² e) Reunión de grupos focales; y, f) Análisis de la información recabada.

El trabajo inicial de investigación, sin incluir los resultados obtenidos de la "Encuesta Familiar", permitió que los pobladores participantes en una reunión de grupos focales elaboraran un autodiagnóstico en salud mental comunitaria, habiéndose establecido en tal oportunidad que los cuatro principales problemas que aquejaban a la población eran, en orden de importancia: a) Alcoholismo; b) Machismo; c) Violencia intra y extra familiar; y, d) Drogadicción.

En la misma reunión de grupos focales se planteó, por parte de los pobladores, la ingente desaparición de la Escuela de Pre-Primaria que había fundado Visión Mundial³ siete años atrás y que sería clausurada en noviembre de ese año. Se consideró que dicho

² Comisión Interinstitucional de Atención a las Areas Precarias, Componente de Salud COINAP-UNICEF, *Encuesta Familiar*, herramienta de diagnóstico de salud física y mental.

³ Visión Mundial es una entidad internacional de apoyo a la niñez que, a través de un sistema de "apadrinamiento", otorga ayuda a las familias de niños de escasos recursos. Esta ayuda puede brindarse directamente a la familia a través de donaciones para vivienda, educación y salud o por medio del financiamiento de proyectos tales como construcción de escuelas, introducción de agua, energía eléctrica o drenajes. La institución ha sido severamente criticada por incluir un elemento religioso muy marcado y por actuar, en muchas oportunidades, de manera asistencialista, olvidando el elemento de capacitación de las poblaciones atendidas.

cierre podría afectar seriamente a la población, tanto en el aspecto educativo como en el desarrollo integral de los niños y niñas que dejarían de ser atendidos y que, consecuentemente, en el largo plazo, ello redundaría en un deterioro de la salud mental de los pobladores, el "Grupo de Trabajo USAC 1994" elaboró, de inmediato, un Proyecto de Rescate de la Escuela Pre-Primaria.

Gracias a la participación activa de los pobladores de San Antonio en las acciones propuestas, se logró que la mencionada escuela siguiera en funcionamiento, por lo que, desde 1995, continuó atendiendo a niños y niñas de 5 y 6 años de edad. Al inicio atravesó por un penoso período de sobrevivencia y luego por una exitosa etapa de autogestión llevada a cabo por las madres de familia. Finalmente, casi tres años después, en agosto de 1997, el Ministerio de Educación creó una plaza de Maestra de Educación Pre-Primaria, dentro de la Escuela Primaria, para atender la Preparatoria. A partir de ese momento, y dado que el Ministerio sólo oficializó un grado y atenderá exclusivamente a niños y niñas de 6 años, se ha motivado al Comité de Madres de Familia para que persistan en su empeño autogestionario y administren la Escuela de Párvulos, para permitir, de esa forma, la socialización adecuada de los niños y niñas de 5 años de la comunidad.

En 1995, a partir del trabajo de investigación realizado, contando siempre con la asesoría del Licenciado José Roberto Pérez y tras una serie de gestiones de la sustentante ante la Coordinación General de la Práctica de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC, se logró la autorización oficial para crear, en San Antonio Las Flores, un Centro de Práctica Psicológica Comunitaria Supervisada. Como Docente Supervisor en el Centro se nombró al Licenciado en Psicología Carlos Fernando Blanco Peláez.

El "Grupo de Trabajo USAC 1995" que continuó la labor iniciada el año anterior, estuvo constituido por 19 estudiantes de 3o., 4o. y 5to. grados de la carrera de Licenciatura en Psicología y atendió, al igual que el grupo que le antecedió, las siguientes Areas de trabajo: Psicología Social, Psicología Recreativa, Psicología Educativa y Psicología Clínica, a través de las actividades que se describen a continuación:

Psicología Social: Los practicantes que laboraron en esta área de trabajo desarrollaron acciones encaminadas a informar, capacitar, motivar y apoyar a los grupos comunitarios ya constituidos, así como a impulsar la formación de nuevas agrupaciones locales.

Psicología Recreativa: Los estudiantes encargados de esta área se concentraron en impulsar el deporte y en promover otras actividades en las cuales la población tuviera

oportunidades de sana recreación. Como resultado, un grupo de jóvenes de la población se organizó y constituyó el "Comité Promejoramiento del Deporte de San Antonio Las Flores".

Además de la organización de eventos deportivos, este Comité preparó un proyecto de remodelación de la cancha de básquetbol. Se presentaron copias del mismo a varias entidades, solicitándoles la donación de materiales para que, con la mano de obra de los jóvenes de la comunidad, el proyecto pudiera ejecutarse. Fue hasta dos años después, en noviembre de 1997, cuando se encontró apoyo en el Ministerio de Cultura y Deportes, donde manifestaron que en enero de 1998 podría proporcionarse la ayuda requerida.

Psicología Educativa: Quienes laboraron en esta área enfocaron su esfuerzo en el apoyo a los niños que fueron referidos por los maestros por presentar algún problema de aprendizaje escolar. Como parte de la tarea también se dedicaron a entrevistar y trabajar con algunos padres de familia, con el propósito de brindarles orientación psicopedagógica.

Psicología Clínica: Esta es una de las áreas más conocidas de la psicología y en ella los estudiantes proporcionaron atención individual a las personas que requirieron el servicio. Grupalmente, trabajaron con las REPROINSAS, informándoles acerca de los objetivos y alcances de los programas de salud mental, en un intento por promover la inclusión de este componente dentro de los programas de atención del sector primario en salud.

El siguiente año, el "Grupo de Trabajo USAC 1996" que asistió a San Antonio estuvo conformado por 25 estudiantes de 3o., 4o. y 5o. grados de la carrera de Licenciatura en Psicología. Al inicio de las actividades, se definió un Reglamento Interno de trabajo que, entre otras normas, estableció una Unidad de Coordinación conformada por: un(a) Coordinador(a) General Estudiantil, un(a) Secretario(a), un(a) Tesorero(a) y cuatro Coordinadores(as) de Grupo, uno(a) por cada área de trabajo, todos(as) bajo la asesoría del Licenciado Carlos Fernando Blanco Peláez, Docente Supervisor del Centro.

Las actividades se realizaron bajo los mismos lineamientos de los años anteriores y se alcanzaron mayores niveles de participación comunitaria. Entre los proyectos más relevantes de ese año pueden citarse: a) Tres jornadas odontológicas y una jornada médica, en las cuales se contó con la colaboración de las REPROINSAS, quienes asistieron a los médicos participantes; y, b) La ejecución del Proyecto de Reforestación de las Fuentes de Agua, promovido y ejecutado por el Comité

Promejoramiento del Deporte de la localidad, con el apoyo y acompañamiento del "Grupo de Trabajo USAC 1996".

En 1997, el "Grupo de Trabajo USAC" contó con 23 estudiantes de 3o., 4o. y 5o. grados de la carrera de Licenciatura en Psicología, cuyas actividades estuvieron normadas y organizadas de igual manera que el año anterior y supervisadas por el Licenciado Blanco Peláez y por la sustentante del presente trabajo de tesis.

La participación comunitaria tuvo un leve incremento, se estableció una relación más constante con los maestros y, a solicitud de los pobladores, se realizó una jornada médico/odontológica con la participación activa de algunas REPROINSAS. Aunque no pudo concluirse en 1997, se planificó y principió a construir un mini-parque infantil al que los niños de la comunidad han denominado "El Parque de los Columpios". Ese proyecto ha sido desarrollado con la participación activa, aunque no constante, de alrededor de 40 niños de la población.

Al concluir un año de actividades, se solicitó a los niños, adolescentes y adultos involucrados en los diferentes proyectos y programas que hicieran una evaluación del trabajo realizado. Los niños evaluaron a través de dibujos, los adolescentes por medio de "collages" y los adultos respondiendo a una encuesta preparada para el efecto. Los resultados de la evaluación fueron muy satisfactorios y altamente motivadores; plasman gráficamente los dos grandes logros: a) Los beneficios obtenidos por la comunidad; y, b) el prestigio alcanzado por la psicología comunitaria practicada por los estudiantes de la USAC. (Ver Anexos 1 y 2).

En otro orden de ideas, y en relación al aspecto académico, debe señalarse que en el desarrollo de las actividades antes descritas, realizadas durante cuatro años de trabajo (94, 95, 96 y 97) con la población de San Antonio, se observó lo difícil que le resulta a cada nuevo estudiante/practicante realizar su labor en la comunidad pues, lamentablemente, a pesar de sus buenas intenciones, no cuenta con una fundamentación teórica suficientemente sólida para apoyar su práctica y tampoco domina las herramientas técnicas necesarias para la realización del trabajo en salud mental comunitaria. Al iniciar sus labores en San Antonio, el estudiante enfrenta dificultades para abordar los problemas de salud mental que se le presentan y, al recurrir a las fuentes tradicionales de información psicológica, descubre que existe poca documentación que incluya modelos metodológicos operativos que le sirvan de guía en la labor que se ha propuesto.

Debe señalarse que la poca bibliografía especializada que está disponible hace referencia, en su mayoría, a experiencias en salud mental comunitaria llevadas a cabo en

otros países, principalmente México y España, cuyas características político-económicas y socio-culturales difieren significativamente de la realidad guatemalteca y, por lo tanto, esas experiencias no pueden ser trasladadas mecánicamente al trabajo con las poblaciones guatemaltecas.

Lo mencionado en párrafos anteriores provoca desorientación en muchas personas que se enfrentan a la necesidad de decidir sobre los procedimientos técnicos a seguir, qué pasos deben dar, cómo y hacia dónde dirigirlos.

De ahí que las actividades de los trabajadores de la salud mental comunitaria se realicen, en muchas ocasiones, de una manera casi improvisada, a base de ensayo y error, dando traspies y retrasando o imposibilitando el alcance de las metas establecidas en los proyectos y programas de salud mental así como los consiguientes beneficios derivados de sus acciones.

En síntesis, el trabajo en salud mental comunitaria se retarda debido a factores de forma tan diversos como: a) Escasez de material documental; b) Poca o deficiente funcionalidad del material bibliográfico disponible; y, c) Falta de herramientas técnicas aplicables en el trabajo de salud mental con poblaciones no convencionales⁴ de las comunidades guatemaltecas. Se agregan a éstos, algunos componentes de mayor alcance, entre los que sobresalen: a) Insuficiente formación académica de las personas encargadas del trabajo comunitario; y, b) Número mínimo de personas involucradas en esta actividad, como consecuencia de la violencia y la represión política sistemática a todo trabajo que pudiera implicar el establecimiento de lazos estrechos entre equipos profesionales y/o técnicos y los miembros de las comunidades.

La resultante lentitud e ineficiencia del trabajo en salud mental comunitaria daña la credibilidad de los equipos técnicos al no dar respuestas ágiles y efectivas a la problemática que se les plantea. También dificulta la ejecución de los planes, programas y proyectos de desarrollo, provoca procesos de desmotivación en los técnicos de la salud mental y en los pobladores involucrados y retrasa la toma de conciencia de las poblaciones en cuanto a sus capacidades como gestores de su desarrollo personal, grupal y comunitario.

Es en ese contexto donde se hizo evidente la necesidad de sistematizar las

⁴ Para efectos de este trabajo, deberá entenderse como "poblaciones no convencionales" a grupos de analfabetos, personas con escolaridad baja o con poco o nulo entrenamiento en la realización de cualquier tipo de pruebas.

experiencias obtenidas que permitan estructurar un modelo estratégico y operativo que pueda coadyuvar, en forma efectiva en la búsqueda de respuestas a la problemática de salud mental de las comunidades.

Como respuesta a esa necesidad, se hace necesario ordenar, registrar y analizar los procesos técnicos ya ejecutados en las comunidades de Guatemala, así como evaluar los productos resultantes para que, este conjunto de componentes, integrados y dinámicamente interrelacionados, permitan formular el mencionado modelo estratégico para contribuir operativamente al abordaje de la salud mental del guatemalteco.

II. JUSTIFICACION

Ante la necesidad de establecer, en forma preliminar e inicial, un modelo estratégico y operativo que facilite el abordaje de la salud mental comunitaria, el presente trabajo de tesis intenta determinar, con base en la información consultada y en las experiencias obtenidas, las estrategias más efectivas para la realización de las actividades futuras.

Al recopilar, ordenar y sistematizar la experiencia acumulada durante cuatro años (1994, 1995, 1996 y 1997) en San Antonio Las Flores, por estudiantes practicantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se pretende proporcionar a otros grupos de estudiantes lineamientos operativos que permitan fijar objetivos realistas y dar continuidad a las acciones programadas, así como evitar la repetición de errores del pasado, la duplicación de esfuerzos, la subutilización de los recursos y la falta de efectividad.

Se considera que esta investigación puede ser de mucha utilidad, porque a través del análisis y ordenamiento de aquella información en que se registran experiencias vivenciales y procesos intra e intercomunitarios, se aspira a integrar un modelo estratégico y operativo que responda, en alguna medida, a las necesidades de orientación y formación de los profesionales de la psicología y de otros trabajadores de la salud mental.

Asimismo, esta sistematización puede coadyuvar para que la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de un trabajo ágil y eficiente de sus profesionales y estudiantes en el campo de la salud mental, cumpla con los mandatos que le confieren la Constitución de la República, su Ley Orgánica y sus Estatutos.

Tales mandatos expresan, literalmente, lo siguiente:

CONSTITUCION POLITICA DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA - 1985

Sección Quinta, Universidades;

"Artículo 82. ... Promoverá por todos los medios a su alcance la investigación en todas las esferas del saber humano y cooperará al estudio y solución de los problemas nacionales...".

LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, Decreto Número 325.

Título I, Preliminares:

"**Artículo 20.:** Su fin fundamental es elevar el nivel espiritual de los habitantes de la República, conservando, promoviendo y difundiendo la cultura y el saber científico";

"**Artículo 40.:** Cuando lo estime conveniente, o sea requerida para ello, colaborará en el estudio de los problemas nacionales, sin perder por eso su carácter de centro autónomo de investigación y cultura."

ESTATUTOS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA (Nacional y Autónoma).

Título I, Capítulo I, La Universidad - Su Autonomía - Sus Facultades:

"**Artículo 3.** Colaborará en el estudio de los problemas nacionales que merezcan su consideración."

Título II, Fines de la Universidad:

"**Artículo 5.** El fin fundamental de la Universidad es elevar el nivel espiritual de los habitantes de la República, promoviendo, conservando, difundiendo y transmitiendo la cultura...";

"**Artículo 7.** Como centro de investigación le corresponde:

- b) Contribuir en forma especial al planteamiento, estudio y resolución de los problemas nacionales, desde el punto de vista cultural y con el más amplio espíritu patriótico."

Título VI, Organización de la Enseñanza, Capítulo VII, Extensión Universitaria:

"**Artículo 123.** La Universidad procurará la mayor extensión de sus enseñanzas en provecho de la cultura general de la nación, por medio de la extensión universitaria..."

Como puede observarse, las normas jurídicas que rigen a la Universidad de San Carlos son claras y precisas en cuanto a orientar su proyección no sólo hacia la academia, sino al bienestar de la sociedad guatemalteca.

En resumen, el modelo estratégico y operativo que se propone pretende ser una herramienta útil para la consecución de estos fines y sólo logrará su cometido si llega a constituir la base de donde otros grupos interesados en propiciar la salud mental puedan partir para lograr metas de mayor alcance.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Formular un modelo estratégico y operativo que, basado en la experiencia del trabajo realizado en una comunidad guatemalteca y en documentación especializada, permita planificar, organizar, ejecutar, coordinar y evaluar planes, programas y proyectos de salud mental que atiendan las necesidades individuales, grupales y sociales de cada comunidad.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Determinar cuáles son las estrategias que fueron utilizadas en el trabajo en salud mental comunitaria realizado en el Centro de Práctica Psicológica de San Antonio Las Flores;
- b) Identificar cuáles fueron los procesos ejecutados en el trabajo en salud mental comunitaria con dicha comunidad;
- c) Establecer si los procesos identificados se realizaron aisladamente o como parte de un sistema funcional de atención en salud mental;
- d) Precisar la dimensión y los alcances del modelo a proponer, detallando sus características y sus componentes;
- e) Formular objetivos, políticas y estrategias operativas que permitan desarrollar planes, programas y proyectos de salud mental comunitaria; y,
- f) Conceptualizar y diseñar un modelo estratégico y operativo para la atención de la salud mental comunitaria.

IV. MARCO TEORICO

La problemática de salud mental comunitaria aunque ha sido abordada a través de muchas experiencias participativas, no ha generado suficiente información documental que posibilite su teorización. Esta es indispensable cuando se busca una explicación objetiva de dicha problemática y más aún cuando, como consecuencia lógica, se pretende lograr alta efectividad en la acción a realizar.

No obstante esa ineludible limitación operativa –la falta de producción documental–, las acciones por sí mismas han suplido esa ausencia, y de ellas se pueden extraer los fundamentos teórico–metodológicos que servirán para ubicar el objeto de estudio de este trabajo en el ámbito de la ciencia.

Como un primer paso para la consecución de tal objetivo, se hace necesario precisar, a continuación, algunos conceptos que sustentan este trabajo de tesis.

4.1 SALUD MENTAL

4.1.1 Teorías básicas acerca de la salud mental y el desarrollo humano

Tras consultar diversas fuentes bibliográficas que contienen definiciones y teorías formuladas alrededor del término "salud mental", se consideró conveniente profundizar en algunos aspectos.

Tradicionalmente, desarrollo, desarrollo humano y salud mental se consideraban como tres entidades diferentes, totalmente aisladas la una de la otra. Se creía que la primera se ocupaba de los factores económico–sociales que incidían en el crecimiento equilibrado de una sociedad mientras que la segunda se concebía como un término bio–psicológico que comprendía todos aquellos "cambios cuantitativos y cualitativos que permitían a un individuo su mejor 'equipamiento' para desarrollar sus potencialidades individuales y para colaborar con su sociedad"⁵; y, salud mental se entendía simplemente como ausencia de enfermedad.

⁵

Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, *Desarrollo humano*, pp.4–5.

Hoy se sabe que el desarrollo humano lleva implícito el desarrollo económico y que sólo puede concebirse como producto de un proceso interactivo de factores bio-psico-sociales. Cuando alguno de éstos deja de ser atendido o no puede ser satisfecho, se pone en riesgo no sólo la salud física y mental del individuo, sino sus posibilidades de desarrollo integral y su capacidad de funcionamiento individual, familiar, laboral y social.

El desarrollo humano es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano y establece que sus tres instancias esenciales son "disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente".⁶

El enfoque de la Psicología también ha cambiado, y con él la conceptualización de salud mental. La Psicología se centra en el estudio del ser humano, así como en las condiciones del medio como elementos determinantes en sus posibilidades de desarrollo ya que existe una relación tan estrecha entre ambos, que no es posible pensar en desarrollo si el individuo carece de salud mental y, a la inversa, no se puede concebir a un individuo mentalmente sano en un ambiente de privaciones, conflictos e injusticias.

4.1.2 Conceptualización de salud mental

Se afirma que la salud mental permite al individuo, ". . . el equilibrio dinámico entre el organismo y su medio"⁷ y que al hablar de ella debe tenerse presente que "no implica sólo el funcionamiento satisfactorio del individuo, sino también el carácter básico de las relaciones humanas que definen las posibilidades de humanización que se abren para cada sociedad y grupo."⁸ Desde este punto de vista, "la salud o el trastorno mental deberían entenderse como la materialización en una persona o grupo del carácter humanizador o alienante de un entramado de relaciones históricas."⁹

⁶ PNUD, *Desarrollo humano, Informe 1990*, p.34.

⁷ Norbert Sillamy, *Diccionario de la psicología*, p.291.

⁸ Ignacio Martín-Baró, *Psicología social de la guerra*, p.25.

⁹ *Ibid*, p.27.

Es el sistema social en que se vive, la interacción con otros seres humanos y la capacidad del individuo para adaptarse o transformar su realidad, según sea el caso, los que definirán, en última instancia, su aptitud para vivir "sanamente".

Tras las consideraciones anteriores, se cree conveniente partir, como base teórico-metodológica, de la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud -OMS-, que toma en cuenta lo expresado por múltiples autores y la innegable relación existente entre los factores bio-psico-sociales para lograr el desarrollo integral de un individuo y que ha definido la salud mental como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹⁰

Sin embargo, debe mencionarse que una conceptualización más amplia es absolutamente necesaria pues al hablar de salud mental no se hace referencia a un "estado", el cual una vez se haya alcanzado pueda permanecer estático e inalterable por mucho tiempo. Debe entenderse también que ese "completo bienestar físico, mental y social" es inalcanzable en el mundo de hoy.

La salud mental debe entenderse como una capacidad definida en el proceso de interacción del individuo con su entorno y constituye, por lo tanto, "una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones".¹¹

4.1.3 Salud mental y sociedad

La salud mental puede verse alterada por determinadas situaciones que afecten al individuo en forma traumática, ya sea por lo fuerte de un impacto socio-emocional recibido o por lo prolongado de un proceso desvalorizante o deformante. Cuando estas situaciones socio-afectivas traumáticas (misericordia, desempleo, enfermedad, desplazamiento, exilio, guerra) se presentan durante la niñez, pueden producir modificaciones y/o alteraciones de larga duración en la formación de la personalidad de los niños y adolescentes, así como, con mayor severidad, trastornos depresivos, de ansiedad, de la interacción social, de los procesos adaptativos de socialización y otros, en los adultos involucrados.

¹⁰ Cuarto Congreso Internacional de Salud Mental, *Memorias*, p.33.

¹¹ Martín Baró, *Op. Cit.*, p.25.

Estos trastornos son enfrentados por individuos, grupos familiares y poblacionales, instituciones y sociedades enteras que se han visto sometidas a situaciones estructurales y/o coyunturales que afectan sustancialmente las relaciones humanas y sus expectativas de desarrollo integral.

Guatemala no escapa a este fenómeno y menos aún las pequeñas comunidades rurales o los asentamientos urbanos que rodean a la ciudad de Guatemala, en los cuales los pobladores se han visto seriamente afectados por los eventos económico-políticos y socio-culturales que han agitado al país durante los últimos cincuenta años, en los cuales la inexistencia de políticas económicas orientadas a la satisfacción de las necesidades de la población más pobre y la falta de políticas de salud, educativas y de vivienda, al igual que los procesos generados por la violencia y la represión política, han provocado grandes desplazamientos poblacionales, pérdida de muchos rasgos identitarios de las poblaciones movilizadas, deterioro del medio ambiente, contaminación de ríos y de fuentes de agua que sirven a pequeños poblados, endemias de una serie de enfermedades de fácil prevención, así como desconfianza e individualismo llevados al extremo. Estos hechos han repercutido adversamente en la salud física y mental y, en general, en la calidad de vida del guatemalteco, sin distinción de edad, sexo, etnia o estrato social al que pertenezca.

Estos hechos hacen patente la necesidad de establecer programas preventivos y de atención que promuevan la salud mental encaminados a "alcanzar un estado adecuado de bienestar, físico, mental y social en un individuo o grupo".¹²

En el ámbito de la vida individual, el propósito de estos programas "es hacer todo lo posible por asegurar que las experiencias se integren satisfactoriamente, a medida que se van produciendo, para que la estructura de la personalidad pueda sobreponerse a las tensiones periódicas a fin de poder enfrentarse satisfactoriamente a ellas"¹³, en tanto que en el ámbito de la vida comunitaria es necesario referirse, no a la prevención de los trastornos mentales ni a los enfoques asistenciales aplicados en una comunidad, sino a

¹² Mariluz Rodríguez, et. al. *Promoción de salud y salud mental*, en "Memorias del Taller Internacional de Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria", p.173.

¹³ Paul V. Lemkau, *Higiene mental*, p.25.

"...la búsqueda de proyecciones de bienestar de las poblaciones, donde la dimensión participativa de los actores sociales es decisiva..."¹⁴

Ante este panorama, la tarea del psicólogo, como uno de los profesionales de la salud mental, cobra especial relevancia pues, además de ser el "promotor nato" de la salud mental, su intervención debería ser el elemento "facilitador" de las acciones individuales, comunitarias e institucionales orientadas a elevar la calidad de vida de las poblaciones.

4.1.4 Acciones concretas de salud mental en Guatemala

En la historia reciente de Guatemala se ha hecho sentir la necesidad de que el Psicólogo incursione en el campo de la salud mental, pues la multiplicidad de hechos socio-traumáticos-emocionales de los últimos años han dejado su huella en la población guatemalteca. Esto ha implicado que varios organismos hayan orientado sus esfuerzos hacia la realización de acciones en pro de la salud mental. Entre otras, pueden señalarse las siguientes:

1. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:**
 - a) Cambio de actitud en los profesionales y el personal de salud mental en todos sus niveles;
 - b) Reorientación de los Programas de Salud Preventiva, para incluir en ellos el componente de salud mental;
 - c) Capacitación en salud mental en algunos departamentos del país;
 - d) Elaboración de Manuales Operativos y de Capacitación en Salud Mental;¹⁵

¹⁴ Mariluz Rodríguez, et. al., *Op. Cit.*, p.173.

¹⁵ Consultar los documentos de los *Seminarios Nacionales de Salud Comunitaria* preparados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- e) Suscripción, durante el Primer Encuentro Nacional de Salud Mental, del Acuerdo de Guatemala, el cual, entre otras medidas, recomienda la formulación de un Plan Nacional de Salud Mental;¹⁶ y,
 - f) Formulación del Programa Nacional de Salud Mental.¹⁷
2. Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados –PRODERE–
- a) Constitución de la Asociación Chajulense, (marzo 1990), dentro del marco de un proyecto de reconstrucción de la estructura social;
 - b) Apoyo a las áreas rurales de difícil acceso, a las áreas de conflicto, a la población desposeída y a la población desplazada y repatriada; y,
 - c) Diagnósticos de Salud Mental, cualitativos y cuantitativos realizados en 1989.¹⁸
3. Universidad de San Carlos de Guatemala:
- a) Análisis de la situación de salud mental prevaleciente en áreas donde se asienta la población desplazada y retornada;
 - b) Apoyo a instituciones gubernamentales que desarrollan proyectos de salud mental;
 - c) Estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas en Ejercicio Profesional Supervisado que trabajan para organizaciones no gubernamentales –ONG's– en proyectos que requieren programas específicos de salud mental;

¹⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, *Primer encuentro nacional de salud mental, una alternativa para la paz y el desarrollo*, 26 pp.

¹⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, *Programa nacional de salud mental*. 37 pp.

¹⁸ Véase *Desarrollo humano y salud mental, experiencias en Centroamérica* del Proyecto PRODERE.

- d) Estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas que realizan su práctica en psicología social comunitaria en 11 comunidades precarias urbanas y peri-urbanas;¹⁹ y,
 - e) Formulación y puesta en marcha de los primeros cursos de especialización en salud mental.
4. Diócesis del Quiché, Equipo de Salud Mental:
- a) Trabajo con educadores de salud de la Diócesis del Quiché, quienes trabajan con población directamente afectada por el conflicto armado, e impulsan un programa para "que el dolor de tantos años sea aliviado";
 - b) Bajo la supervisión de la Diócesis, trabajo con pobladores; y,
 - c) Sistematización de las experiencias.²⁰
5. UNICEF/SEGEPLAN/COINAP:
- a) Autodiagnósticos sobre salud mental realizado en varias áreas precarias de la ciudad de Guatemala; y,
 - b) Capacitación en salud mental de Representantes del Programa Integrado de Salud -REPROINSAS-.²¹

Aunque los logros y realizaciones reportados hasta el momento son modestos, permiten obtener información acerca del grado de conciencia de las comunidades en

¹⁹ Consultar tesario e informes de Ejercicio Profesional Supervisado de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

²⁰ Diócesis del Quiché, Equipo de Salud Mental, *Guía básica de tres experiencias de salud mental*. 79 pp.

²¹ Consultar documentos de *Políticas y Autodiagnósticos* de salud mental comunitaria elaborados por la Comisión Interinstitucional para la Atención de la Población de las Áreas Precarias Urbanas de Guatemala. Programa UNICEF/SEGEPLAN.

cuanto a su situación de salud mental, así como del interés prevaleciente en algunos grupos y sectores por resolver los problemas que les aquejan. Los trabajos realizados en salud mental han abierto amplias posibilidades de acción para la conformación de grupos operativos con fines diagnósticos, de promoción y educativos, así como para la sensibilización, formación y capacitación de miembros de la comunidad que actúen como promotores de la salud mental y del desarrollo humano.

4.1.5 Metodología de trabajo en salud mental comunitaria

4.1.5.1 Consideraciones generales

En el área centroamericana, y especialmente en aquellos países que se han visto afectados por la guerra y sus dramáticas consecuencias, son muchas las personas que, en los últimos años, se han interesado y agrupado para trabajar en salud mental comunitaria, creando para el efecto, un gran número de organizaciones no gubernamentales –ONG's– y de dependencias estatales que orientan su trabajo hacia las poblaciones reincorporadas, reasentadas y/o retornadas.

Existen, asimismo, otros grupos e instituciones cuyo esfuerzo se centra en promover proyectos y programas de desarrollo humano. Sin embargo, en la ejecución de sus actividades han encontrado que no pueden lograrse avances significativos si no se incorpora el componente de salud mental en sus proyectos y programas pues, por una parte, la inserción comunitaria se realiza más fácilmente y, por otra, los logros alcanzados pueden perderse si, a la par del trabajo realizado, no hay un cambio en las actitudes de las personas en las poblaciones involucradas.

De igual manera, los proyectos y programas impulsados desde fuera de las comunidades por entidades de desarrollo y, en general, por la cooperación internacional, van orientados hacia el desarrollo humano, visto éste desde su concepción más amplia y, por lo tanto, incluyen la salud mental como parte inseparable del desarrollo integral del ser humano.

Al hacer una rápida revisión de los objetivos, métodos y técnicas de tales proyectos y programas, es fácil observar que la finalidad en todos ellos es muy similar y se orienta hacia: a) La facilitación de los procesos de organización social; b) La capacitación para el trabajo productivo; c) La mediación para la ejecución de proyectos

y programas de desarrollo psico-social; d) El "empoderamiento"²² de los grupos comunitarios; e) La información y formación en salud mental; y, f) La capacitación de promotores comunitarios en esta área.

Sin embargo, al analizar los procedimientos seguidos, se puede observar que cada grupo de trabajo ha iniciado procesos diferentes y ha utilizado para ello técnicas y herramientas también diferentes. Es obvio que tales procedimientos no necesariamente obedecen a estrategias o lineamientos generales para la acción, menos aún a una sistematización de las experiencias obtenidas. Lamentablemente, parecieran estar más acordes con sus propias expectativas que con las necesidades y requerimientos concretos de la población, aunque coinciden, en la mayoría de los casos, en un aspecto: la aplicación de la metodología participativa.

4.1.5.2 Metodología participativa

Esta concepción metodológica presenta una nueva alternativa en la investigación y la acción social. Representa una de las mejores formas de aproximación a la realidad.

La metodología participativa propicia la participación directa de la población en su transformación y, contrario a lo que sucede con las formas tradicionales de investigación y acción social, consigue convertir a los pobladores de las comunidades en sujetos activos listos para intervenir en el análisis de su realidad y de promover los cambios necesarios para alcanzar su desarrollo.

Como consecuencia de su efectividad, la metodología participativa ha tenido mucho auge en las últimas tres décadas y ha logrado que organismos e instituciones nacionales e internacionales no sólo la acepten, sino la promuevan como uno de los medios más eficientes para el trabajo "micro-social" y lo incluyan dentro de los requerimientos que deben cumplir los proyectos y programas comunitarios.

De ahí, que el PNUD defina que: "participación significa que la gente intervenga

²²

Traducción literal del inglés "empowerment". Término utilizado para denominar aquellos procesos en los cuales las personas y los grupos son capacitados para la auto-gestión, así como para administrar el poder que les es trasladado paulatinamente por las entidades que han posibilitado su desarrollo individual y grupal.



estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas",²³ en tanto que UNICEF amplía el término y enuncia que "lo participativo rechaza la comunicación vertical, autoritaria, unidireccional y propone vías horizontales, democráticas, que no inhiben el potencial crítico y creador de los participantes, sino que por el contrario, lo estimulan..."²⁴

Entre las características más relevantes de la metodología participativa deben señalarse:

- a) Considera a la ciencia como un producto cultural del intelecto humano, como una respuesta a sus necesidades colectivas;
- b) Revalora el conocimiento popular y determina que éste es el punto de partida para el conocimiento de la realidad;
- c) Propone que los técnicos y académicos dejen de laborar para las instituciones y trabajen para las comunidades;
- d) Constituye un proceso basado en la discusión, investigación y análisis en el cual intervienen tanto los pobladores como los técnicos;
- e) Promueve la búsqueda de un conocimiento intersubjetivo;
- f) Implica una acción formadora pues combina aspectos informativos y formativos; y,
- g) Está comprometida con los cambios y la transformación social;
- h) Se sirve de todo tipo de técnicas e instrumentos, siempre que sean seleccionados bajo criterios metodológicos y empleados adecuadamente.

En el proceso de su aplicación debe vigilarse que satisfaga ciertos requisitos que le caracterizan. Entre ellos están:

²³ *Informe de desarrollo humano, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-*, citado en Felipe Calderón Pérez, "Investigación participativa", p.45.

²⁴ Citado en Felipe Calderón Pérez, *Op. Cit.*, p.45.

- a) Ser democrática. Debe propiciar el establecimiento de relaciones equitativas que eviten que unas personas tomen las decisiones y otras hagan el trabajo. Todas las personas involucradas deben participar activamente en la definición, planificación, organización, ejecución, coordinación y evaluación de cualquier proyecto, programa o actividad;
- b) Ser flexible. Debe permitir que se hagan cambios o ajustes durante el proceso. Estos dependerán de las necesidades específicas de cada situación, de los recursos disponibles y de las decisiones grupales de los involucrados;
- c) Ser viable. Su punto de partida debe ser el diagnóstico o autodiagnóstico de una realidad concreta y la formulación de una imagen objetivo. Debe considerar el entorno geográfico-cultural, los actores sociales de la comunidad, las acciones a realizar y los recursos disponibles. Estas consideraciones posibilitan su puesta en práctica;
- d) Ser claro. Debe promover la fluidez de la comunicación y, por lo tanto, sus objetivos y formas de trabajo pueden ser comprendidos por todas las personas participantes.

Para su puesta en práctica en el abordamiento de los problemas de salud mental comunitaria, es necesario incorporar las diversas técnicas y herramientas psicológicas, además de abrir la puerta a la creatividad, tanto de los integrantes de los grupos de trabajo, como de los pobladores.

4.2 MODELOS

Descrito en su acepción más simple, un modelo es un "ejemplar o forma que uno se propone o sigue en la ejecución de una obra artística o en otra cosa", o una "representación en pequeño de alguna cosa".²⁵

En cualquier actividad humana se pueden encontrar modelos, y su uso dependerá tanto de la persona que los haya construido, como de los intereses de quienes los emplean. Se pueden utilizar para vender un producto, un diseño, una idea o, como en el caso de

²⁵*Diccionario Enciclopédico U.T.E.H.A.*, Tomo VII, p.645.

esta tesis, para organizar el mejor conocimiento que se tiene acerca de la acción participativa en salud mental.

Los modelos son representaciones simplificadas e idealizadas de la realidad. Otra forma de decir lo mismo es: Un modelo de una abstracción selectiva de la realidad. Un artista contempla la realidad, la filtra y crea una representación selectiva. Un modelista hace la misma cosa.²⁶

Entre las ventajas que ofrece un modelo, deben señalarse:

- a) La necesidad de determinar con claridad los objetivos;
- b) La identificación y el registro de las decisiones que influyen sobre los objetivos (variables de decisión);
- c) Identificación y registro de las interacciones e intercambios entre las variables de decisión; y,
- d) Identificación de las restricciones existentes.

Como ya se ha señalado, existen diferentes tipos de modelos, pero un solo interés común: resolver un problema del mundo real. Al delimitar el problema que desea resolver (objetivo), el modelo especifica, de manera simple o compleja, la forma en que sus componentes afectarán al objetivo.

4.2.1 Formulación y construcción de modelos

Dada la complejidad de los problemas del mundo real, para la formulación y construcción de modelos existen varios "camino correctos". Como guía general, deben cubrirse tres etapas: a) Estudio del ambiente; b) Formulación de una representación selectiva de la realidad; y, c) Elaboración de una representación física del modelo.

4.2.1.1 Estudio del ambiente

Después de identificado el problema y delimitados los objetivos que se

²⁶

Gould y Eppen, *Investigación de operaciones en la ciencia administrativa*, p.3.

desea alcanzar, debe realizarse un estudio detallado de todos los factores a través de los cuales puede solucionarse. La experiencia acumulada por el trabajo realizado en el ambiente que se estudia puede ser un elemento de mucha utilidad.

4.2.1.2 Formulación de una respuesta selectiva de la realidad

Esta fase implica un análisis conceptual básico en el cual deben hacerse conjeturas y simplificaciones. En el proceso es necesario seleccionar o aislar los aspectos relevantes dentro del ámbito del problema. Lo más difícil puede ser definir los objetivos y las variables de decisión. También puede suceder que se desconozca con exactitud los resultados que se pretende alcanzar, y ha llegado a afirmarse que en muchas oportunidades: "no se entiende el problema preciso a considerar hasta que el modelo se haya formulado".²⁷

4.2.1.3 Elaboración de una representación física del modelo

Una vez realizada la formulación lógica (que puede ser un proceso verbal) se debe construir una forma simbólica que represente las relaciones lógicas del modelo. Como puede verse, formulación y construcción son parte de un proceso integrado: la primera constituye la parte lógica conceptual, en tanto que la construcción se refiere a la representación física del modelo, con un carácter simbólico, laborada a través de un medio material (tela, yeso, números, símbolos).

Por lo general, la construcción del modelo es menos crítica que la formulación, ésta última requiere análisis, selectividad y decisiones con respecto a relevancia y objetivos, mientras que la otra implica un proceso técnico de adaptación mediante el uso de herramientas conocidas. De acuerdo con sus características, podrá hablarse, entre otros, de modelos cerrados, abiertos, lineales, intuitivos, descriptivos, predictivos, normativos, icónicos, analógicos, formales, estratégicos y sistémicos, así como de modelos que constituyen una combinación de diferentes tipos. En el presente caso, se seleccionó un modelo operativo.²⁸

²⁷ Gould y Eppen, *Op. Cit.*, p.10.

²⁸ En términos generales, entiéndese por modelo operativo aquel orientado a obtener productos o servicios finales, de aplicación inmediata, efectiva y evaluable en forma directa.

Finalmente, debe señalarse que los modelos pueden ser utilizados como herramientas consistentes, pero que no substituyen ni el criterio ni la intuición de quienes los consultan o los aplican; se utilizan solamente como herramientas que ayudan en un proceso de toma de decisiones.²⁹

4.2.2 Estrategias

4.2.2.1 Consideraciones generales

Definida para fines de administración de empresas, la estrategia es "un patrón en una corriente de decisiones", la cual "se puede entender como un comportamiento consistente, intencional o no, que puede observarse en las acciones pasadas de una empresa". Debe agregarse que, surge del pasado pero se concreta "como pauta coherente, unificante e integradora de las decisiones"³⁰ institucionales.

Si se amplía este concepto para abarcar otros campos de acción, podría afirmarse que una estrategia es un comportamiento consistente que puede observarse en hechos anteriores y que, expresada explícitamente, puede orientar las decisiones futuras.

Formular estrategias implica elaborar un esquema (en nuestro caso, operativo) que afirme la continuidad de una entidad, facilite su adaptación al entorno y determine sus acciones futuras. Una estrategia se caracteriza como:

- a) Lineamiento coherente que permite unificar e integrar las decisiones;
- b) Un medio para establecer objetivos a largo plazo y que determine programas de acción y prioridades;
- c) Definición del ámbito de trabajo;

²⁹ J. Nicolás Marín y Eduardo L. Montiel, *Estrategia, diseño y ejecución*, p.28.

³⁰ Henry Mintzberg, citado por J. Nicolás Marín y Eduardo L. Montiel, *Op. Cit.*, p.46.

- d) Respuesta ante las oportunidades y amenazas externas, de acuerdo a las particulares fortalezas y debilidades de la entidad;
- e) Sistema lógico para definir y diferenciar las tareas; y,
- f) Expresión de los beneficios que se pretende alcanzar.

La estrategia surge de la acumulación de decisiones operativas que se toman a diario pero que, cuando pretenden alcanzar un objetivo que ya se hecho explícito, se vuelven más consistentes.

4.2.2.2 Modelos estratégicos

Contra la posición administrativa tradicional en la cual, dentro de una entidad, cada función se practicaba por separado, con sus propios conceptos, objetivos y metodología, surge la idea de los planes estratégicos. Estos implican: una visión integral, un objetivo común y estrategias globales, implícitas e intuitivas. Un plan definido estratégicamente constituye un elemento unificador y consistente que garantiza un mejor desempeño y posibilita la flexibilidad y la proactividad.

Un plan estratégico es una herramienta adecuada que permite establecer objetivos de corto, mediano y largo plazo. A partir de una visión integradora llega a definir programas y acciones concretas, de corta o larga duración que, de una u otra forma, están dirigidas hacia las metas que han sido claramente definidas.

El presente trabajo de tesis se refiere, no propiamente a un plan o programa de salud mental, sino a un modelo estratégico y operativo que, concebido a partir de los principios generales de la planificación estratégica, permita identificar con claridad el objetivo a alcanzar y que presente, ordenada y selectivamente, los lineamientos necesarios considerados de manera coherente, unificante e integradora para resolver de una forma "ideal" un problema de la realidad concreta: La salud mental.

Es necesario que el modelo a formular sea verdaderamente operativo (ver llamada de pie 28) y que garantice, anticipadamente, la obtención de productos. Para alcanzar tal grado de efectividad, es insoslayable apoyarse en la teoría de sistemas, también llamada sistémica.

4.2.3 Sistematización

4.2.3.1 Consideraciones generales

Se dice, repetidamente, que la sistematización consiste en describir, ordenar y reflexionar analíticamente el resultado de una experiencia; que se trata de un conocimiento que, a partir de la práctica, generaliza, teoriza y prioriza.

Sin embargo, esta definición es incompleta y simplista. Sistematizar implica, además, "tratar un conglomerado de elementos que parece interesante para los fines de una investigación, como un sistema, por lo menos en las actividades preliminares de recolección de datos y análisis general"³¹. Para tales efectos, deberá entenderse sistema como: "...un conjunto de elementos organizados que se encuentran en interacción, que buscan meta o metas comunes, operando para ello sobre datos o información sobre energía, materia u organismos en una referencia temporal para producir como salida información o energía o materia u organismos".³²

Los sistemas reciben entradas del ambiente y envían salidas hacia él. El sistema es un procesador que, actuando a través de personas, máquinas, instalaciones y otros recursos, transforma los elementos que entraron en él y les da salida. Todo aquello que entra recibe el nombre de "insumo", los procedimientos de transformación son conocidos como "procesos" y a todo lo que sale se le denomina "producto".

Existen sistemas naturales y artificiales, sociales, abiertos y cerrados, permanentes y temporales, estables y no estables, así como adaptativos y no adaptativos. Todos ellos, sin importar su clasificación, están siempre incluidos en un sistema más grande llamado supersistema y, simultáneamente, está conformado por sistemas más pequeños que reciben el nombre de subsistemas.

Los sistemas constan de objetos de la vida real. Aunque el espectro es más amplio, pueden considerarse como fundamentales, los siguientes:

³¹ Oran R. Young, *Sistemas de Ciencias Políticas*, citado por Gabriel Gutiérrez Pantoja, *Metodología de las ciencias sociales* - I, p.223.

³² Instituto Centroamericano de Administración Pública -ICAP-, *Conceptos de sistemas y ciencias de la administración*, p.33.

- a) **VARIABLES Y PARÁMETROS.** Son aquellos insumos o productos que pueden variar, cuantitativa y cualitativamente o permanecer estables;
- b) **COMPONENTES:** Constituidos por todos los elementos identificables dentro del sistema. Pueden ser materiales, información, dinero o seres humanos.
- c) **ESTRUCTURA:** Esta dada por el conjunto de relaciones existentes entre los componentes. Debe considerarse no sólo la interacción, sino el tipo y grado de ésta.
- d) **PROCESO:** Este es el resultado neto de todas las actividades que convierten las entradas en salidas.

Como puede verse, un sistema es un ente o fenómeno integrado. Puede ser, desde una ameba hasta el cosmos; una entidad de cualquier tipo que pueda ser identificado como una totalidad.

4.2.3.2 El proceso de sistematización

El enfoque sistémico, y por ende la sistematización se centra en la concepción de totalidad y en el cumplimiento de objetivos. Por esa razón, es necesario identificar claramente los objetivos y examinarlos continuamente, redefiniéndolos cuando la realidad lo haga necesario.

Una vez determinados éstos, se procede a recopilar todos los datos que ayuden a conformar los insumos, criterios, estructura, restricciones y productos del sistema.

Seguidamente debe delinearse el sistema a partir de los elementos y relaciones principales. Se crean y examinan tanto las alternativas como las modificaciones. Se incluyen analogías tomadas de diversas disciplinas y de diversas fuentes. Esto constituye el diseño conceptual o formulación.

Para terminar, se complementa con el análisis, a través del cual el diseñador trata de mejorar los componentes y los subsistemas. A medida que se efectúan intercambios entre las salidas de los subsistemas, el diseñador se concentra continuamente en los objetivos totales del sistema. En esta etapa se evalúan y, quizá, se revisan los criterios y las restricciones.

Cumplidas todas las etapas, el sistema que haya sido diseñado debe funcionar como un todo que optimice el rendimiento de la entidad y agilice el alcance de las metas propuestas.

4.5 Resumen

Dada la problemática político-económica y socio-cultural por la que ha atravesado Guatemala durante las últimas décadas, es absolutamente necesario establecer programas que se encaminen hacia la promoción de la salud mental, entendida ésta como la capacidad de interacción de un individuo, definida en el proceso de interacción de éste con su entorno.

Conscientes de esa necesidad, muchos individuos e instituciones han venido trabajando la salud mental en las comunidades del país, utilizando para ello la metodología participativa. Dicha concepción metodológica ha probado ser eficiente en el trabajo "micro-social" dado que propicia que las personas intervengan estrechamente en los procesos que afectan sus vidas, rechaza la comunicación vertical y propone vías horizontales y democráticas.

Pero dicha metodología no es suficiente. Se considera que la elaboración de un modelo estratégico y operativo puede hacer más eficiente el trabajo en salud mental comunitaria. Dicho modelo, es una representación simplificada e idealizada de la realidad que ofrecería a los trabajadores de la salud mental una visión clara de la meta a alcanzar (objetivo), así como de los comportamientos consistentes del pasado (estrategias) que, una vez analizados y refinados, puedan constituir un elemento unificador y congruente que garantice un mejor desempeño de sus labores.

Para la construcción de dicho modelo se debe proceder a sistematizar los datos con que se cuenta, ordenando, jerarquizando y reflexionando analíticamente sobre el resultado de la experiencia obtenida en San Antonio Las Flores. Este proceso de sistematización finalizará al estructurar todos los elementos con que se cuenta, como un sistema en el cual opera un conjunto de factores (componentes) organizados que interactúan y que buscan una meta en común: la salud mental de las comunidades guatemaltecas.

V. PREMISAS Y PROPOSICIONES PRIMORDIALES

Todo trabajo investigativo exige la formulación y desarrollo de un esquema teórico-metodológico que permita la verificación de la propuesta presentada con los hechos, situación ésta que evidencia el carácter objetivo del trabajo científico.

También debe atender a las necesidades académicas o de formación profesional del investigador que, en el presente caso, desea presentar su contribución a la sociedad guatemalteca a través de la formulación de un modelo estratégico y operativo en salud mental comunitaria.

Dicho modelo se basa en el conocimiento adquirido por la sustentante a lo largo de cuatro años de trabajo comunitario en salud mental (1994-1997) y propone una sistematización estratégica que permita analizar críticamente y operativizar las experiencias obtenidas o realizadas en ese período en San Antonio Las Flores.

Su formulación se fundamenta en la siguiente posición lógico-deductiva:

5.1 PREMISAS

- En Guatemala, los procesos económicos, políticos y socio-culturales acaecidos durante las últimas décadas han repercutido adversamente, tanto en la salud física y mental de sus pobladores como en la calidad de su vida.
- La salud mental y el desarrollo humano están tan estrechamente ligados, que no es posible pensar en la existencia de uno de estos elementos si se carece del otro.
- El sistema social, la interacción humana y las diversas formas utilizadas por un individuo, grupo o comunidad para mantener el equilibrio interactivo con su entorno, determinan su capacidad para mejorar su calidad de vida.
- La tarea del psicólogo, como facilitador del desarrollo humano y promotor de la salud mental, se dificulta por la ausencia de estrategias metodológicas que orienten su trabajo en salud mental comunitaria.

5.2 PROPOSICIONES PRIMORDIALES

- Los problemas de salud mental que aquejan a la sociedad guatemalteca, sin distinción de sexo, edad, etnia, credo, escolaridad, estrato social o ubicación geográfica-cultural, deben ser atendidos pronta y eficazmente en las propias comunidades donde se presentan.
- La atención en salud mental comunitaria requiere, como en cualquiera otra área de la psicología, de la aplicación y transferencia de técnicas específicas que, al ser incorporadas al campo de acción, se ajusten al nivel de desarrollo, las características propias y la interacción social de cada grupo comunitario.
- La utilización metodológica de técnicas y procedimientos instrumentales por parte de los psicólogos y otros trabajadores de la salud mental, permitirá el alcance de los objetivos de su trabajo. Tales objetivos se concretizan al lograr un mejor desempeño funcional de los individuos en sus relaciones inter-individuales, grupales y comunitarias.
- Es necesario formular un modelo estratégico de carácter operativo para la atención de la salud mental que, considerando las características propias de cada individuo, grupo o comunidad, dé lineamientos estratégicos que permitan su atención local de manera ágil y eficiente.

VI. LINEAMIENTOS METODOLOGICOS

La propuesta de un modelo estratégico y operativo encaminado a la sistematización de las experiencias obtenidas o ejecutadas en el trabajo en salud mental comunitaria en San Antonio Las Flores, se plantea como una necesidad inmediata para la atención psicológica y como un reto académico-intelectual y, en ese sentido, ha requerido la búsqueda y transferencia de técnicas y procedimientos de carácter científico acordes al fin perseguido y a la naturaleza del objeto de estudio: La salud mental comunitaria.

En esa dimensión operativa, podemos identificar diferentes aspectos metodológicos de suma importancia, tales como:

- a) La población en donde se han realizado las experiencias de base;
- b) El acopio y revisión de la documentación pertinente;
- c) Las técnicas propias de aplicación en el campo psicológico comunitario que han permitido operar con precisión en el desarrollo de las actividades programadas;
- d) Las técnicas y herramientas utilizadas para instrumentar el trabajo de campo;
- e) El tipo de planificación que orienta el modelo propuesto; y,
- f) Los procesos técnicos aplicados.

En los apartados subsiguientes se abordarán con más especificidad y profundidad los aspectos antes mencionados.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO GEOGRÁFICO Y SOCIO-CULTURAL³³

6.1.1 Descripción física

Geográficamente, San Antonio Las Flores se caracteriza por grandes cerros, barrancos y muchos árboles. En el centro de la aldea extiende su copa una centenaria y hermosa ceiba. Es una aldea del Municipio de Chinautla, departamento de Guatemala, ubicada a 17.8 km de la capital de la República y atravesada por el contaminado Río Las Vacas, que sirve de desagüe a la ciudad capital. (Ver Anexo 3).

Consta de 4 cantones: El Centro, El Zapote, Los Ruch y Las Vacas. Se accede a ella por una carretera de terracería difícil de transitar en invierno; sus calles también son de terracería, erosionadas, con desagües de aguas servidas a flor de tierra. Al Cantón Las Vacas sólo se puede llegar a través de un puente de hamaca. (Ver Anexo 4).

6.1.2 Descripción de la población

De acuerdo al Censo Materno Infantil realizado por las REPROINSAS en 1996³⁴, en una encuesta aplicada casa por casa, habitan en la aldea 1,911 personas, distribuidas en 408 familias, con un promedio de 4.68 miembros por familia. Estas personas se ubican en 378 casas con una media de 5.05 habitantes por vivienda.

En cuanto a sexo y etnia, se estableció que el 48.6% de la población es masculina, en tanto que el 51.4% restante es femenina. Del total, 54.52% es indígena.

La distribución por edades, es como sigue: De 0 a 6 años, 430; de 7 a 9 años, 250; de 10 a 12 años, 220; de 13 a 17 años, 221; de 18 años en adelante, 790. Como

³³ La información contenida en este inciso fue tomada de los diversos informes presentados por los estudiantes practicantes del Centro de Práctica Psicológica Comunitaria en San Antonio Las Flores, durante 1994, 1995, 1996 y 1997.

³⁴ Como representantes del Programa Integral de Salud del Ministerio de Salud, las REPROINSAS están obligadas a realizar un Censo Materno Infantil cada dos años. Conocedoras de la comunidad logran cubrir el universo poblacional, entrevistando de casa en casa.

puede observarse, el 58.7% de la población (1,121 personas) es menor de 18 años, lo que hace recaer la responsabilidad productiva sobre 4 de cada 10 habitantes.

6.1.3 Condiciones socio-económicas

San Antonio Las Flores es un ejemplo claro de una población que ha sido absorbida por la macrocefalia de la ciudad de Guatemala, sin que sus condiciones de precariedad rural hayan sido superadas. Su cercanía a la capital limita sus posibilidades de desarrollo pues mucha de su población se desplaza hacia la ciudad para trabajar y únicamente utiliza la aldea como "dormitorio". Además, como consecuencia de esa relación, recibe la influencia de la problemática capitalina sin contar con los recursos necesarios para enfrentarla.

Asentados en las márgenes del Río Las Vacas, los sanantoneros se dedicaban, hace muchos años, al cultivo del heno, que era sembrado en las cercanías del río. Posteriormente, sembraron maíz y frijol que, hasta la fecha, constituyen su dieta diaria. El frijol y el café son los cultivos predominantes en la región.

Actualmente, los hombres que se trasladan diariamente para laborar en la ciudad capital se dedican, casi con exclusividad, a la albañilería. Son pocos los que desempeñan trabajos diferentes: transportistas, pilotos automovilistas y operarios de maquila. Algunos varones, especialmente ancianos, se dedican a la agricultura en los alrededores de San Antonio o en las fincas colindantes. Las pocas mujeres que tienen un trabajo remunerado también viajan a la ciudad para dedicarse, predominantemente, al servicio doméstico o a la maquila.

La mayoría de familias cuenta con terreno propio en el cual ha levantado una vivienda, acorde a sus posibilidades económicas. Cada familia incluye, en promedio, una persona económicamente activa. Aunque no se cuenta con información exacta relacionada con los ingresos familiares, se estima que éstos oscilan entre Q 1,200 y Q 1,400 mensuales para las familias más pudientes y, entre Q 400 y Q 600 para las más pobres. Estos ingresos se ven severamente afectados por los gastos de transporte que pueden ascender cada mes, hasta Q 150.

Debe señalarse que a tres años del Siglo XXI, las condiciones socio-económicas de San Antonio parecieran mantenerse casi estáticas, sin avances significativos, pese a los esfuerzos de sus pobladores. Hélas aquí:

- a) Escasez de agua: No obstante que toda la población masculina ha trabajado por más de dos años en el último proyecto de introducción de agua, el servicio sólo se proporciona a los pobladores en días alternos y no alcanza a subir a los puntos más elevados del terreno que ocupa la población;
- b) Insuficiencia de otros servicios básicos como energía eléctrica, drenajes y ornato municipal;
- c) Fallas en el sistema de educación a nivel de pre-primaria y del ciclo básico, ocasionadas por falta de recursos y escasez de maestros;
- d) Inoperancia de un Puesto de Salud que es atendido de manera irregular por un(a) enfermero(a) auxiliar;
- e) Falta de autoridades que protejan a los pobladores: la Alcaldía Auxiliar, que representa a la autoridad municipal en la aldea, está vacante desde hace varios años y, por aparte, la Policía Nacional ni tiene sede ni llega a la población;
- f) Incomunicación territorial por carencia de servicio telegráfico o telefónico así como por las condiciones de la carretera y el limitado horario del servicio de transporte;
- g) Inexistencia de fuentes de trabajo locales. Existen en la población alrededor de doce tiendas y cuatro expendios de bebidas alcohólicas. No hay plaza ni mercado pues el comercio formal se realiza con la ciudad capital. Paradójicamente, se comenta entre la población, que hay producción local de licor clandestino ("cusha") y una plantación de mariguana.

Existen nueve comités y grupos comunitarios que trabajan continuamente por mejorar las condiciones de la aldea, pero se enfrentan a la poca preocupación de las autoridades estatales y municipales por atender a las comunidades peri-urbanas que, a pesar de estar tan próximas a la capital, no reciben ni los beneficios del campo, ni los de la ciudad.

6.1.4 Aspectos culturales

Los habitantes de San Antonio Las Flores son de origen Cakchiquel y provienen de viejas migraciones de pobladores de San Juan Sacatepéquez. Los sanjuaneros que

llegaron a trabajar en las cercanías de esta localidad se asentaron, conformaron sus familias y compraron parcelas a los dueños de las cuatro grandes fincas de la región.

Los sanantoneros hablan Cakchikel en el hogar y Español como lengua oficial. La enseñanza de las lenguas ancestrales ha ido desapareciendo en las familias por conveniencia o por necesidad, pues se les considera como un obstáculo para el aprendizaje escolar y para las transacciones comerciales y laborales.

Igual destino ha sufrido el traje indígena que, prácticamente, ha desaparecido de la vestimenta del varón y cada día es menos utilizado por las mujeres de la población.

De acuerdo a la ya mencionada Encuesta Familiar proporcionada por COINAP-UNICEF aplicada en la aldea por el Grupo de trabajo USAC 1994, muchos miembros de la comunidad, aunque ya no visten sus trajes tradicionales y no hablan Cakchiquel, se reconocen a sí mismos como indígenas.

El núcleo familiar es la unidad social básica, aunque muchas parejas pueden no estar unidas en matrimonio. Se practica la endogamia, de manera que pueden encontrarse, frecuentemente, familias que tienen diferentes combinaciones de un número reducido de apellidos. Existen algunas familias extendidas que incluyen, generalmente, a los(las) abuelos(as), en las cuales las mujeres comparten, tanto las obligaciones domésticas como el cuidado de los niños.

Por lo general, el hombre es el proveedor y la mujer la encargada del cuidado de la casa y de la prole, pero en algunas ocasiones esos papeles son sobredimensionados y dejan a la madre totalmente a cargo de casa y familia en tanto que el padre cumple únicamente con la responsabilidad económica. La relación padres/hijos es eminentemente autoritaria y la educación familiar totalmente diferenciada para hombres y mujeres. Los hijos y las hijas se involucran, respectivamente, en las mismas actividades productivas de sus progenitores y son pocos los jóvenes que buscan opciones laborales diferentes.

Las relaciones sociales/comunitarias se dan principalmente entre varones pues son ellos los que participan en actividades extra-hogareñas en tanto que las mujeres casi no tienen presencia en ellas. Los espacios políticos y socio-culturales están ocuados casi exclusivamente por varones.

Existen pocos acontecimientos o celebraciones comunes en la aldea. Las más importantes parecieran ser el 13 de junio en que se conmemora a San Antonio de Padua,

santo patrón de la comunidad y el 15 de septiembre, día de la Independencia patria. En torno a la primera fecha se festeja la Feria Patronal y se llevan a cabo carreras de caballos en las cuales participan lugareños y visitantes y, en la segunda, se organizan desfiles, se eligen las reinas y madrinas de la comunidad, se celebra una fiesta y otros actos alegóricos.

Las religiones que prevalecen en la comunidad son la católica y la evangélica o protestante. Subyace en la mayoría de habitantes el pensamiento mágico que determina desde la concepción de un niño hasta las causas de su muerte, pasando por su salud, su trabajo y sus frustraciones. Prueba de ello es la pervivencia del "chamán" de la comunidad que ejerce, empírica pero eficazmente, una forma de medicina y de psicología alternativas.

6.2 PROCESOS DE DOCUMENTACION

Como una etapa previa al proceso de sistematización del trabajo en salud mental comunitaria realizado en San Antonio Las Flores, fue absolutamente necesario hacer una revisión documental más exhaustiva que las anteriores, siguiéndose para el efecto, los siguientes pasos:

- Se recopiló la documentación producida durante cuatro años por los Grupos de trabajo USAC 1994, 1995, 1996 y 1997;
- Se reunieron las notas, registros, documentos e informes elaborados en el Centro de Práctica;
- Se elaboró un inventario de la documentación recopilada; (ver Anexo 5);
- Se analizaron tales documentos, para extraer de ellos los comportamientos consistentes, intencionales o no, que estuvieron presentes en las acciones ejecutadas (estrategias);
- Se hizo acopio de documentación procedente de otras experiencias de trabajo comunitario;
- Se procedió a identificar en estos documentos:
 - a) Las estrategias empleadas por otros equipos técnicos; y,

- b) Los procedimientos utilizados por tales equipos para el abordamiento técnico de la salud mental comunitaria;
- Se comparará la información bibliográfica externa con los documentos elaborados en el Centro de Práctica de San Antonio Las Flores;
- Los resultados del análisis documental se interrelacionaron con las referencias empíricas intra-comunitarias registradas en los documentos internos de San Antonio; y,
- Los hallazgos del proceso descrito, coadyuvaron a conceptualizar el modelo estratégico y operativo metodológico que esta tesis propone.

6.3 PROCESOS TECNICOS

La investigación psicológica es de suyo compleja, pues su objeto de estudio es el psiquismo humano que solamente es accesible, metodológicamente hablando, de forma indirecta. Este hecho demanda la utilización, previa transferencia, de un conjunto sumamente variado y heterogéneo de técnicas y procedimientos instrumentales que se han incorporado, paulatinamente, durante las últimas dos décadas al trabajo científico comunitario.

Muchas de estas técnicas, si bien se han desarrollado en el campo de las ciencias sociales, no correspondían originalmente a la psicología, sino a otras disciplinas, de ahí la necesidad de hacer la transferencia. En esta oportunidad, la incorporación a las acciones de salud mental de tales aportes multi, inter y transdisciplinarios ha permitido enriquecer esta tesis, en la misma medida que enriqueció la experiencia de quienes las han ejecutado.

A continuación se presentan los procesos técnicas utilizados en el trabajo de salud mental comunitaria en San Antonio Las Flores y que, como consecuencia, habrán de incorporarse, sistemáticamente, al modelo estratégico y operativo propuesto, bajo el término genérico de "procesos técnicos".

Es necesario señalar que la amplia gama de programas que el modelo propone como opciones de trabajo en salud mental, en las diferentes áreas de aplicación, es resultado de la combinación de acciones, debidamente documentadas, ejecutadas en San Antonio Las Flores y en muchas otras comunidades nacionales e internacionales.

Los procesos técnicos que serán descritos incluyen: a) Conceptualización; b) Caracterización; y, c) Operatividad, así como un diagrama de flujo para su visualización.

6.3.1 Inserción comunitaria

6.3.1.1 Conceptualización

Se discute mucho si la inserción en una comunidad incluye sólo la primera fase del trabajo comunitario, o sea aquella en que el equipo técnico se presenta en una población dada y busca ser aceptado por los pobladores, o si se trata de un largo proceso que conlleva no sólo la aceptación sino el disfrute de la confianza y colaboración de la comunidad.³⁵

Para los efectos operativos de esta tesis, nos apegaremos a la primera concepción y, al respecto, diremos que: La inserción comunitaria es la fase o etapa metodológica del trabajo en la cual el esfuerzo del equipo técnico se centra en lograr la aceptación de la comunidad que será atendida.

6.3.1.2 Caracterización

La inserción comunitaria corresponde a la etapa de la investigación participativa llamada "intervención externa" y que se da cuando un equipo técnico, por razones políticas, académicas o institucionales, se hace presente en una comunidad con un objetivo específico que, generalmente, coincide con la realización de algún trabajo orientado hacia el desarrollo humano integral. Esa etapa consiste, teóricamente, en propiciar las condiciones para el conocimiento mutuo y, en base a éste, ganar la aceptación, la credibilidad y la cooperación de la población.

En Guatemala, esta etapa debe llevarse a cabo cautelosa, respetuosa, franca y afectivamente dadas las diferencias culturales, la desconfianza generada por las acciones políticas de los últimos años y la instrumentación hecha de las comunidades por parte de personas e instituciones que han ofrecido mucho sin siquiera tener la intención de cumplir.

³⁵

Cuestionamientos planteados en las reuniones de trabajo de los Supervisores de la Práctica en Psicología Comunitaria, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1997.

De ahí, que la inserción comunitaria no implique ir a una comunidad a solicitar colaboración o a ofrecer ayuda; por el contrario, representa ir para estar, para ver la problemática desde la óptica de la comunidad, para comprometerse y para buscar respuestas a las necesidades más sentidas.

6.3.1.3 Operatividad

Los pasos mínimos en el proceso de inserción, que identificaremos de aquí en adelante como "PROCESO A", son:

- A.1 Visitas a la comunidad;
- A.2 Observación del entorno físico, social y cultural;
- A.3 Establecimiento de contacto con líderes formales e informales, con informantes claves y con miembros de la comunidad;
- A.4 Transferencia de información relacionada con el trabajo a realizar, especificando claramente la categoría profesional, la procedencia y los intereses del equipo técnico;
- A.5 Establecimiento de rapport;
- A.6 Recopilación de información a través de entrevistas a líderes comunitarios, informantes claves y pobladores;
- A.7 Análisis de la información recabada;
- A.8 Realización de actividades participativas tales como: Grupos focales, mesas comunales, cabildos abiertos, etc.;
- A.9 Facilitación de la realización del autodiagnóstico en salud mental;
- A.10 Jerarquización de la problemática y sus soluciones. Esta deberá darse en un plano de respeto a lo planteado por parte de los pobladores;

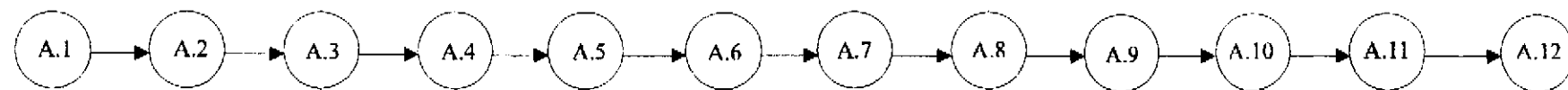
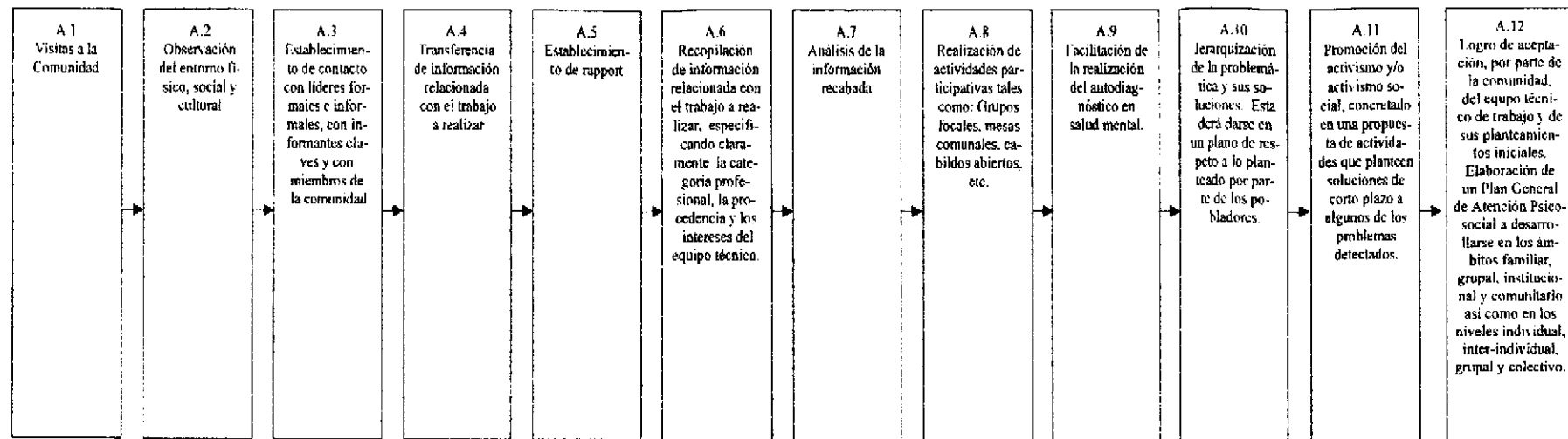
- A.11 Promoción del activismo³⁶ y/o activismo social³⁷, concretado en una propuesta de actividades que planteen soluciones de corto plazo a algunos de los problemas detectados; y,
- A.12 Logro de la aceptación, por parte de la comunidad, del equipo técnico de trabajo y de sus planteamientos iniciales, entre los que ha de sobresalir la necesidad de formular un Plan de Atención Psicosocial a desarrollarse en los ámbitos familiar, grupal, institucional y comunitario así como en los niveles individual, inter-individual, grupal y colectivo.

En función del grado de organización social de la comunidad, así como de la presencia, la constancia, la capacidad metodológica y, ante todo, la calidad humana del equipo técnico, esta etapa puede completarse en un período aproximado de 2-4 meses.

³⁶ Lair Espinoza y Edgar Hidalgo, *Una experiencia de participación comunitaria en las áreas precarias de la ciudad de Guatemala*, pp.53-55. Al analizar el Primer Momento del trabajo comunitario, le denominan "Activismo" a aquella etapa en que la necesidad de "buscar la aceptación a la presencia de los técnicos" les hace orientar todas sus acciones a lograr dicha aceptación.

³⁷ Albert O. Hirschman, *El avance en colectividad*, p.94. Término utilizado como sinónimo de "promoción social" y que plantea, por lo tanto, actividades de desarrollo humano, no necesariamente de salud mental.

Proceso "A" Inserción Comunitaria



Fuente: Elaboración propia, con base en la experiencia de trabajo en salud mental comunitaria realizado en el período 1994-97 en San Antonio Las Flores.

6.3.2 Interacción comunitaria

6.3.2.1 Conceptualización

En psicología, la interacción humana ha de entenderse, no como un simple proceso en que dos o más personas establecen comunicación y actúan, sino como un fenómeno más complejo que implica la influencia de un individuo sobre otros individuos y su grupo social, así como la influencia que el grupo y otros individuos ejercen sobre él.

Entendida así la interacción, los procesos de interacción comunitaria se refieren a aquellos en los cuales existe comunicación, diálogo y acción conjunta de manera tal, que lo que un individuo o un grupo hace ejerce influencia sobre la comunidad y ésta, a su vez, influye sobre los grupos y los individuos.

Por lo tanto, al promover y propiciar la interacción comunitaria se incrementa la posibilidad de influir sobre los miembros de una comunidad y de ser influido por ellos.

6.3.2.2 Caracterización

El trabajo en salud mental comunitaria puede realizarse, por lo menos, desde tres perspectivas: con la comunidad, para la comunidad y en la comunidad. Estas variaciones no son, en ningún momento, excluyentes; antes bien pueden considerarse como necesarias y complementarias.

Las aquí denominadas actividades de interacción corresponden al esquema de trabajo "con la comunidad" y, una vez concluida la etapa de inserción, constituyen el camino lógico para continuar el trabajo comunitario. Se distinguen porque propician una relación más intensa técnicos/comunidad, e involucran a los pobladores, en mayor o menor medida, en todas las etapas del proceso, desde el diagnóstico hasta la evaluación.

Como consecuencia, deberá entenderse como actividades de interacción comunitaria, aquellas que se desarrollan como parte del plan general o de programas específicos, que responden a objetivos previamente establecidos y se basan en la participación activa y constante de los pobladores.

6.3.2.3 Operatividad

Los procedimientos técnicos descritos seguidamente parten del momento en que

ha concluido la fase de inserción; forman parte del que denominaremos "PROCESO B", y consisten en:

- B.1 Realización de un triple diagnóstico (análisis del contexto, de la concepción que se tiene del trabajo y de la práctica que empieza a realizarse);
- B.2 Conceptualización y análisis de la problemática detectada a través del autodiagnóstico comunitario;
- B.3 Integración y análisis de los resultados del triple diagnóstico y del autodiagnóstico comunitario para descubrir las coherencias e incoherencias;
- B.4 Elaboración de un Plan General de Atención Psicosocial que contemple, como mínimo, los siguientes factores:
 - Atención de la problemática psicosocial;
 - Facilitación de procesos grupales;
 - Formación en salud mental;
 - Acompañamiento en los procesos de desarrollo comunitario;
 - Detección y atención de la problemática psicopedagógica;
 - Detección y atención de la problemática psicológica individual;
 - e,
 - Investigación;
- B.5 Contacto con personas interesadas en lograr su desarrollo personal, así como el de sus grupos y de la comunidad;
- B.6.a Acompañamiento en todas las fases de la elaboración de proyectos de desarrollo humano, especialmente relacionados con:
 - Infraestructura comunitaria (equipamiento y servicios);
 - Educación;
 - Salud;
 - Vivienda;
- B.6.b Elaboración de proyectos de investigación, tales como:
 - Cosmovisión;
 - Cultura;

- Tradiciones;
- Interacción social;
- Relaciones de poder;
- Roles sociales;
- Roles familiares;
- Relaciones interpersonales;
- Cotidianidad;
- Patrones o modelos de crianza;
- Recuperación de la memoria histórica;
- Problemática psicosocial prevalente en la comunidad:
 - Alcoholismo;
 - Machismo;
 - Violencia intra-extra familiar;
 - Drogradicción;

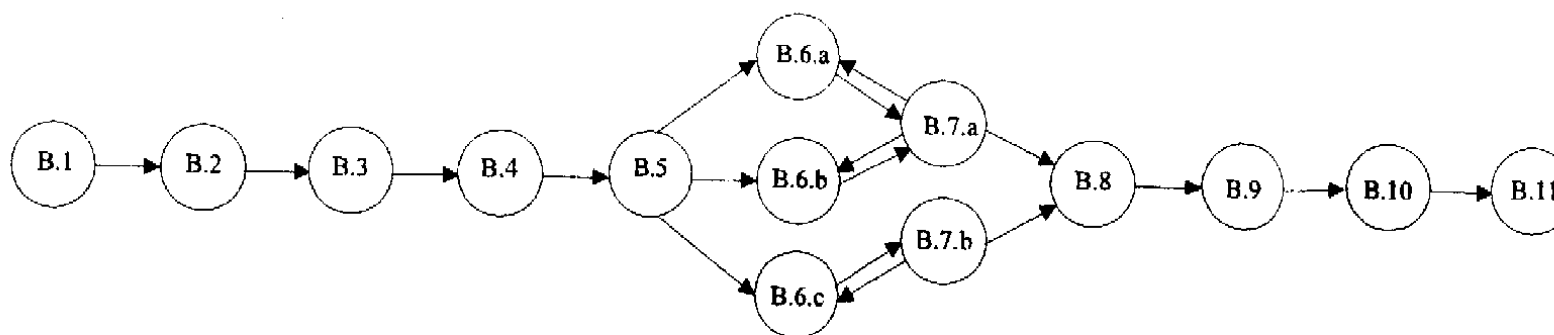
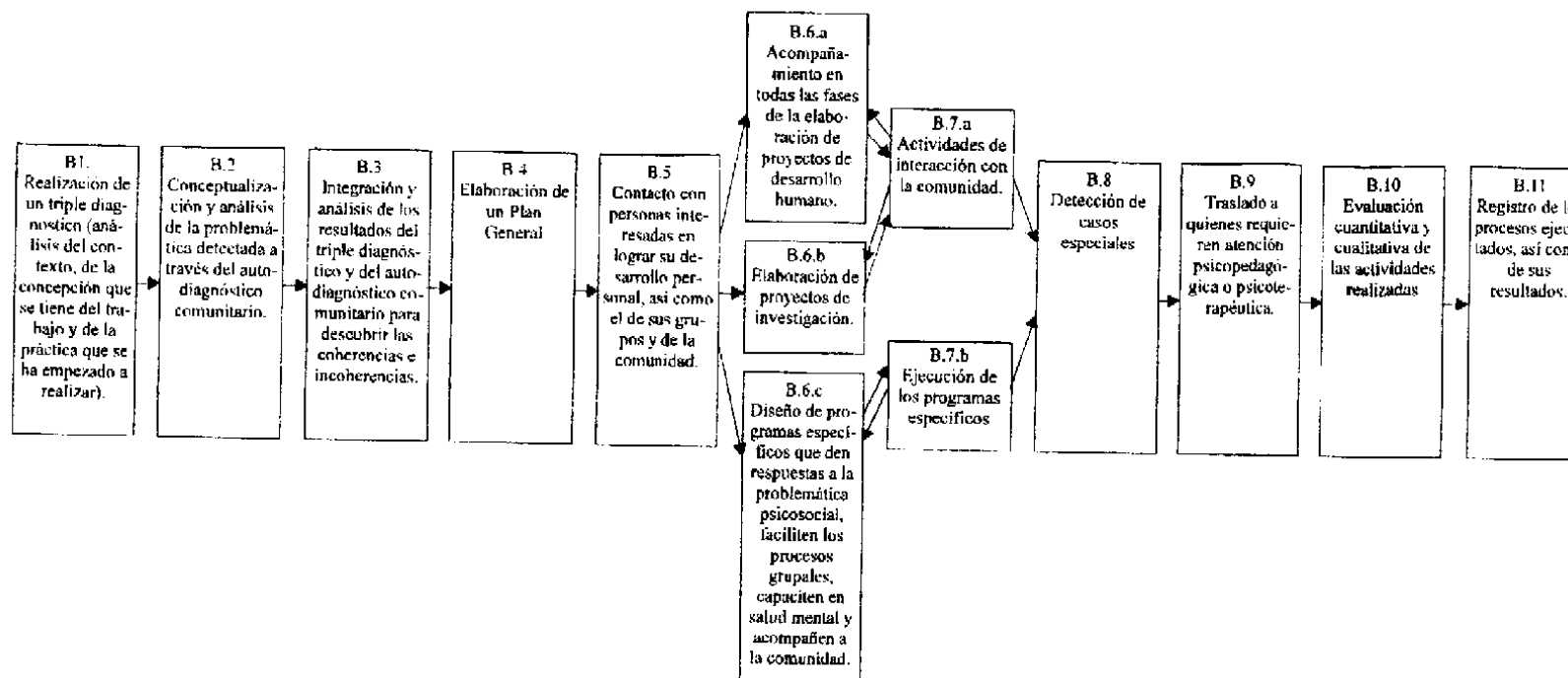
B.6.c Diseño de programas específicos que den respuesta a la problemática psicosocial, faciliten los procesos grupales, capaciten en salud mental y acompañen a la comunidad:

- Capacitación de escuchas responsables;
- Capacitación de promotores(as) en salud mental;
- Capacitación de promotores(as) juveniles;
- Creación de círculos de interés;
- Círculos de capacitación para el trabajo;
- Academia de mujeres (domiciliar, de barrio, comunal)
- Formación en derechos humanos, derechos de la mujer y derechos de la niñez;
- Cultura de la paz;
- Resolución de conflictos;
- Comunicación popular;
- Género;
- Prevención del maltrato;
- Revalorización de los adultos mayores;
- Atención a grupos vulnerables;
- Establecimiento de ámbitos de refugio;
- Apoyo a la organización comunitaria;
- Activación de los sistemas políticos y legales;
- Capacitación de líderes;
- Construcción y/o recuperación de la identidad;
- Reconstrucción de las redes sociales;

- Restauración del poder individual y social;
 - Orientación psicopedagógica a maestros;
 - Escuela para padres;
 - Programas deportivos: Organización de eventos y capacitación para el deporte;
 - Programas recreativos:
 - Uso del tiempo libre;
 - Tiempo para el ocio;
 - Actividades lúdicas;
 - Orquestas populares;
 - Celebraciones colectivas;
 - Programas ecológicos:
 - Conservación del ambiente; y,
 - Recuperación del ambiente;
- B.7.a Actividades de interacción con la comunidad;
- B.7.b Ejecución de los programas de salud mental;
- B.8 Detección de casos especiales;
- B.9 Traslado de quienes requieren atención psicopedagógica o psicoterapéutica;
- B.10 Evaluación cuantitativa y cualitativa de las actividades realizadas; y,
- B.11 Registro de los procesos ejecutados, así como de sus resultados.

Proceso "B"

Actividades de Interacción con la Comunidad



Fuente: Elaboración propia, con base en la experiencia de trabajo en salud mental comunitaria realizado en el periodo 1994-97 en San Antonio Las Flores.

6.3.3 Otras actividades realizadas para la comunidad

6.3.3.1 Conceptualización

En adición a las actividades descritas con anterioridad, se realizan otras, de carácter accidental, que incluyen desde funciones de payasos o de títeres hasta charlas informativas o formativas.

6.3.3.2 Caracterización

Este tipo de acciones, si bien persiguen el mismo objetivo (la salud mental), sólo responden a necesidades, requerimientos o circunstancias especiales. Pueden ser planificadas desde fuera de la comunidad, estar insertas dentro de los planes de instituciones que no trabajan permanentemente en la comunidad o corresponder a las necesidades académicas de algún grupo que sólo se hace presente para realizar una actividad específica.

Para el equipo técnico de salud mental, constituyen actividades de apoyo o de simple coordinación con otros grupos o entidades y, clasificadas formalmente, deben ubicarse dentro del trabajo que se realiza "para la comunidad".

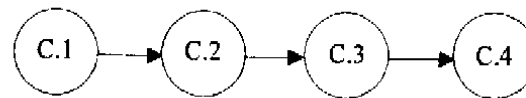
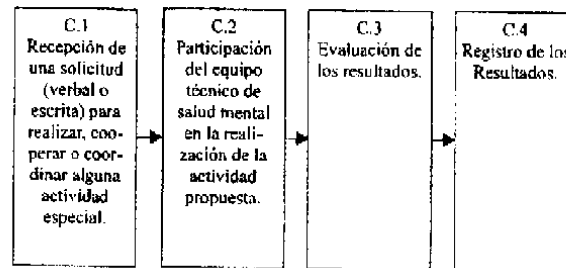
6.3.3.3 Operatividad

El procedimiento que se sigue en estos casos, identificado en adelante como "PROCESO C", es:

- C.1 Recepción de una solicitud (verbal o escrita) para realizar, cooperar o coordinar alguna actividad especial. Puede tratarse de actividades como las siguientes:
- Charlas sobre psicoprofilaxis sexual;
 - Talleres de salud reproductiva;
 - Campañas de información para prevención de adicciones;
 - Presentación de obras de teatro popular, funciones de títeres y de payasos;
 - Jornadas médicas y odontológicas en apoyo de la salud física;
 - y,
 - Realización de kermesses o baratillos para recolección de fondos.

- C.2 Participación del equipo técnico de salud mental en la realización de la actividad propuesta; y,
- C.3 Evaluación de los resultados.
- C.4 Registro de los resultados.

Proceso "C" Otras Actividades Realizadas



Fuente: Elaboración propia, con base en la experiencia de trabajo en salud mental comunitaria realizado en el periodo 1994-97 en San Antonio Las Flores.

6.3.4 Atención psicológica a la comunidad

6.3.4.1 Conceptualización

Al hablar de atención psicológica a la comunidad, se trabaja sobre un criterio clínico que enfatiza en la necesidad de recuperar la salud mental una vez ésta ha sido afectada y se ha manifestado a través de algún trastorno de la conducta o de la personalidad.

Este enfoque y su correspondiente proceso contrastan con los descritos en los incisos anteriores pues aquellos hacen referencia a acciones encaminadas a la promoción de la salud mental, así como a actividades de prevención y detección de la problemática psicológica.

Algunos autores consideran que en las comunidades se practica la "psicología del sufrimiento cotidiano"³⁸, pero incluyen en este término una gran variedad de trastornos que son ocasionados por la incapacidad de un individuo de enfrentar determinada situación cotidiana, ya sea que ésta se presente en el ámbito familiar, grupal, insitucional o comunitario.

La problemática de estos individuos debe ser atendida en la comunidad por medio de programas psicopedagógicos y psicoterapéuticos breves y sencillos en tanto que aquellas personas severamente afectadas deben ser transferidas a centros especializados.

6.3.4.2 Caracterización

Los programas psicopedagógicos y psicoterapéuticos antes mencionados responden a la necesidad de brindar atención psicológica en el sector primario de salud, tal como lo expresan la Declaración de Caracas (1990) y la Carta de La Habana (1995) que reconocen "el papel protagónico de la comunidad como promotor y eje de la salud mental"³⁹ y reiteran la necesidad de que ésta sea atendida "en los marcos de los sistemas locales de

³⁸ Manuel Desviat, en su exposición ante los delegados al I Encuentro Latinoamericano de Salud Mental Comunitaria, Cuba, 1997.

³⁹ Carta de La Habana, en *Memorias del Taller Internacional de Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria*, p.181.

salud⁴⁰, sustentados en el hecho que, si el hombre enferma en sociedad, su recuperación sólo puede ser social.

Dentro de la clasificación que se ha utilizado, los programas a que hemos aludido deben ser clasificados como trabajo de salud mental "en la comunidad".

6.3.4.3 Operatividad

Los programas de atención psicológica antes mencionados se llevan a cabo, ajustados al siguiente procedimiento, el cual identificaremos en adelante como "PROCESO D":

- D.1 Establecimiento del primer contacto con las personas que presentan trastornos de conducta o de personalidad y que estarán involucradas en los programas de atención psicológica;
- D.2.a Realización de actividades recreativas y lúdicas con los niños y niñas que hayan sido referidos(as);
- D.2.b Realización de actividades que propicien la interacción con las personas que han requerido ayuda o que han sido referidas;
- D.3 Observación de actitudes y comportamientos;
- D.4 Establecimiento de rapport;
- D.5 Realización de entrevistas;
- D.6.a Elaboración de fichas clínicas;
- D.6.b Elaboración de fichas psicopedagógicas;
- D.7 Visitas domiciliarias;
- D.8.a Detección de necesidades;

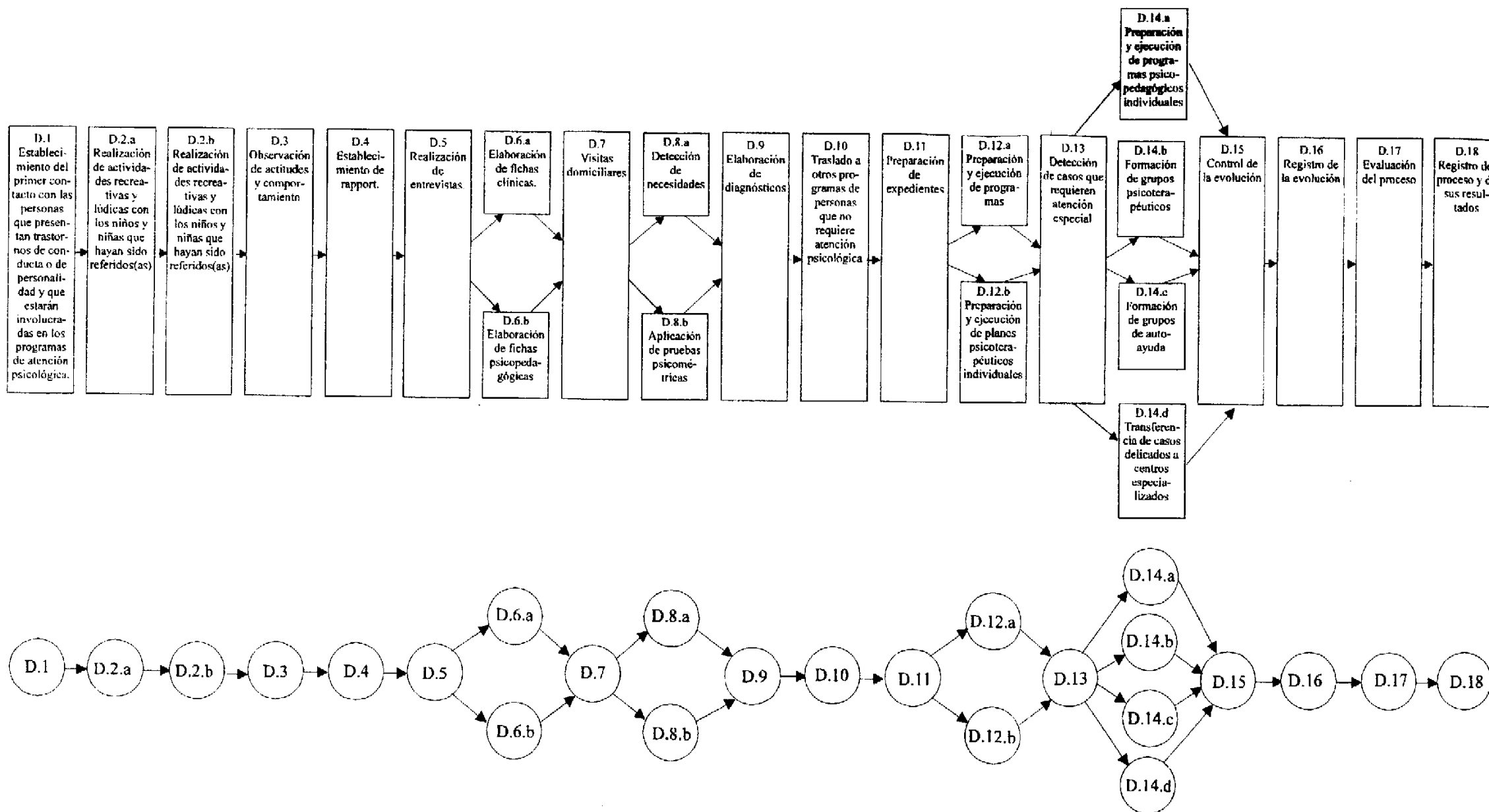
⁴⁰

Organización Panamericana de la Salud –OPS–, *Declaración de Caracas*, p.2.

- D.8.b Aplicación de pruebas psicométricas;
- D.9 Elaboración de diagnósticos;
- D.10 Traslado a otros programas de personas que no requiere atención psicológica;
- D.11 Preparación de expedientes;
- D.12a Preparación y ejecución de programas psicopedagógicos grupales:
 - Desarrollo de la psicomotricidad, gruesa y fina;
 - Desarrollo del razonamiento;
 - Enriquecimiento instrumental;
 - Reforzamiento escolar;
 - Educación especial;
 - Socialización y adaptación;
 - Orientación escolar;
 - Orientación vocacional;
 - Aplicación de pruebas psicométricas;
 - Filosofía para niños;
 - Formación de hábitos;
 - Hábitos de estudio; y,
 - Actividades lúdicas;
- D.12b Preparación y ejecución de planes psicoterapéuticos individuales;
 - Estimulación temprana;
 - Terapia de apoyo;
 - Terapias conductistas; y,
 - Otras terapias cortas;
- D.13 Detección de casos que requieren atención especial;
- D.14a Preparación y ejecución de programas psicopedagógicos individuales;
- D.14b Formación de grupos psicoterapéuticos;
 - Prevención de adicciones;
 - Salud reproductiva;
 - Talleres de reflexión y análisis sobre los temas planteados por los integrantes del grupo;

- Sociodramas;
 - Psicodramas;
 - Terapia familiar; y,
 - Terapia de grupo.
- D.14c Formación de grupos de auto-ayuda;
- D.14d Transferencia de casos delicados a centros especializados;
- D.15 Control de la evolución;
- D.16 Registro de la evolución;
- D.17 Evaluación del proceso;
- D.18 Registro del proceso y de sus resultados.

Proceso "D" Atención Psicológica



Fuente: Elaboración propia, con base en la experiencia de trabajo en salud mental comunitaria realizado en el periodo 1994-97 en San Antonio Las Flores.

Los procesos que han sido descritos en detalle en las páginas anteriores, pasan a conformar un sistema que funciona con un objetivo común: promover y propiciar la salud mental comunitaria.

Tal sistema se representa gráficamente como un Diagrama General de Procesos que, además de mostrar tales procesos, señala la interacción que se da entre ellos.

Como puede observarse en dicho diagrama, las acciones realizadas durante la etapa de inserción comunitaria (incluyendo el diagnóstico y la planificación), que conforman el Proceso A, son ejecutadas por todos los miembros del equipo técnico.

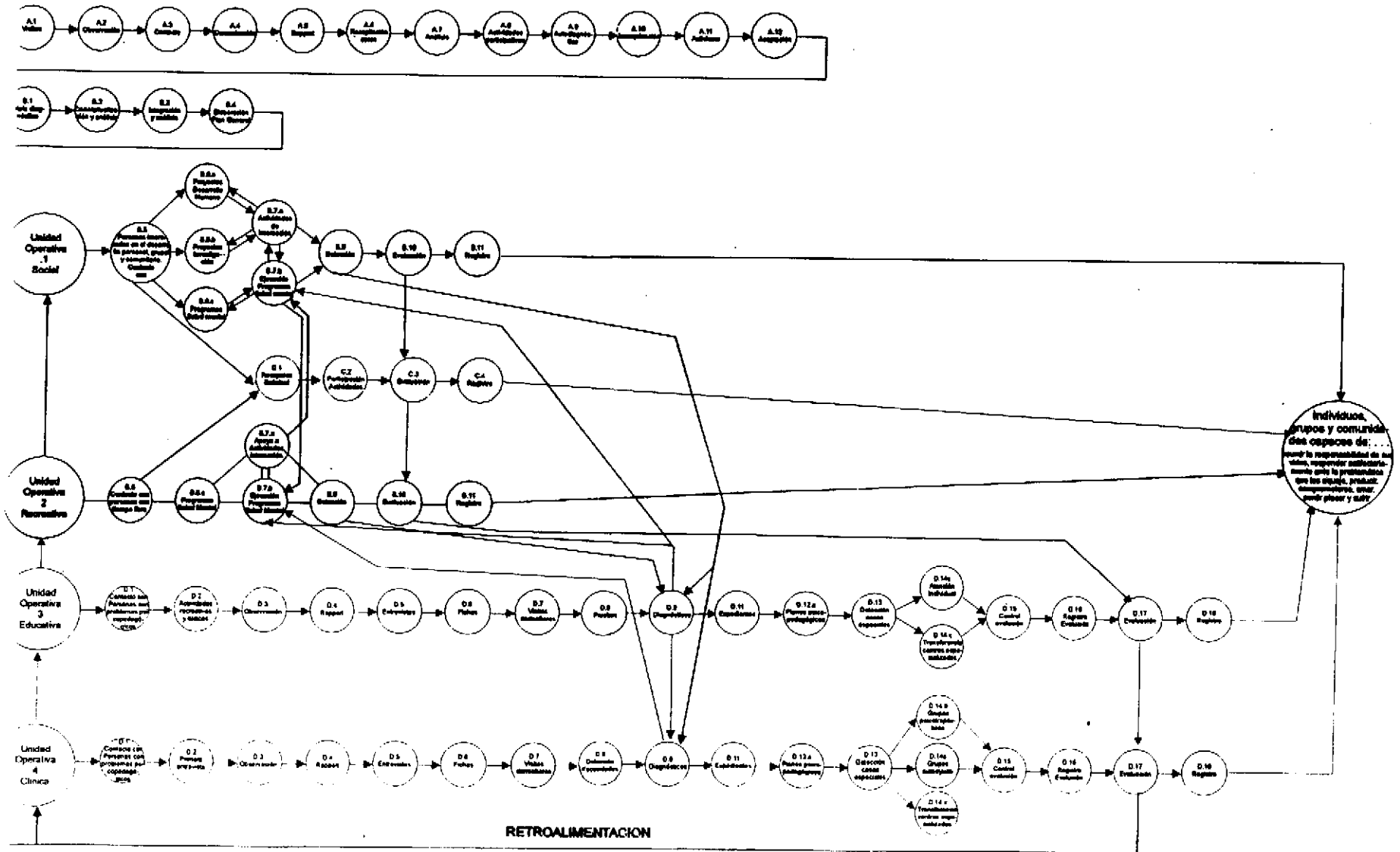
A partir de la elaboración del Plan de Atención Psicosocial, la Unidad de Coordinación asume sus funciones y las Unidades Operativas empiezan a efectuar sus actividades en forma diferenciada, y adoptan aquellos procesos técnicos que corresponden al tipo de programa que ejecutan, de tal manera que:

- La Unidad Operativa 1 – Psicología Social, aplica los procesos B y C.
- La Unidad Operativa 2 – Psicología Recreativa, opera con los procesos B y C.
- La Unidad Operativa 3 – Psicología Educativa, utiliza el proceso D.
- la Unidad Operativa 4 – Psicología Clínica, ejecuta el proceso D.

Como puede observarse, corresponden a las Unidades Operativas 1 y 2 los procesos grupales, en tanto que a las Unidades Operativas 3 y 4 le atañen los procesos individuales.

El Diagrama General de Procesos mencionado se presenta en la página siguiente:

DIAGRAMA GENERAL DE PROCESOS



6.4 PROCESOS ORGANIZATIVOS Y OPERATIVOS

Los procesos técnicos descritos en las páginas anteriores sirven de base para el modelo estratégico y operativo propuesto y han sido ejecutados en San Antonio Las Flores, desde el punto de vista organizativo, a través de una Unidad de Coordinación y cuatro Unidades Operativas que corresponden a las cuatro áreas de la psicología aplicables en esa comunidad y que son: a) Psicología Social; b) Psicología Recreativa; c) Psicología Educativa; y, d) Psicología Clínica.

Cada una de estas unidades tiene una finalidad específica, una organización operativa interna, cuenta con recursos básicos para su funcionamiento y con un estilo propio de operar que le permite determinar sus estrategias y realizar su trabajo a través de un proceso definido en base a sus objetivos específicos.

Seguidamente se describirán, en detalle, las cinco unidades a que se ha hecho referencia:

6.4.1 Unidad de Coordinación

Finalidad: Esta unidad ha sido descrita en la página 4 del presente trabajo. Como su nombre lo indica, su finalidad es la coordinación de todas las actividades ejecutadas por las Unidades Operativas.

Organización: La Unidad de Coordinación ha estado conformada, en promedio, por siete personas, una de las cuales funge como coordinador(a). Sus funciones principales son:

- a) Velar porque se cumplan las normas disciplinarias establecidas;
- b) Promover la integración al interior del Grupo de trabajo USAC;
- c) Participar en la planificación general;
- d) Recopilar los programas específicos de cada unidad operativa;
- e) Distribuir a los coordinadores de cada unidad operativa los materiales de lectura obligatoria;
- f) Coordinar la labor de las diferentes unidades;

- g) Velar porque se implementen todas las actividades planificadas; y,
- h) Promover la evaluación de las actividades y la retroalimentación inmediata.

Estrategias: Propiciar y promover la participación activa de todos y cada uno de los miembros del equipo de trabajo, así como proporcionarles oportunamente los libros, documentos y materiales que requieran para la ejecución de las actividades planificadas.

Recursos: Espacio físico y servicios básicos. Tiempo. Libros, documentos. Materiales y herramientas. 1 Supervisor(a), 1 Coordinador(a) General Estudiantil, 1 coordinador(a) por cada una de las Unidades Operativas. Demás miembros del equipo técnico.

6.4.2 Unidad Operativa 1 – Psicología Social

Finalidad: Como se ha mencionado con anterioridad, su objetivo primordial es promover y propiciar la salud mental, identificando la problemática psicosocial de la comunidad y acompañándola en sus procesos de desarrollo individual, grupal y comunitario.

Organización: Ha estado conformada, en promedio, por siete personas, una de las cuales funge como coordinador(a).

Estrategias: Las múltiples estrategias utilizadas pueden englobarse en la conformación de un equipo multi-trans e interdisciplinario que, basándose en el respeto de la cultura de la comunidad y a través de la metodología participativa interactúe intensa y permanentemente con los miembros de la comunidad.

Recursos: Espacio físico y servicios básicos. Tiempo. Miembros del equipo técnico. Individuos y grupos comunitarios interesados en elevar su calidad de vida y en promover el bienestar de la comunidad.

6.4.3 Unidad Operativa 2 – Psicología Recreativa

Finalidad: Esta consiste en sensibilizar a las personas para un cambio de actitud hacia la actividad recreativa, involucrándolas en ella, para propiciar de esa forma la salud mental.

Organización: Ha estado conformada, como promedio, por siete personas, una de las cuales funge como coordinador(a).

Estrategias: Entre sus principales lineamientos pueden mencionarse: concebir al hombre/mujer como un ser bio-psico-social y facilitar los procesos de interacción social que, a través de la recreación, permitan el desarrollo de las potencialidades individuales y grupales.

Recursos: Espacio físico y servicios básicos. Instalaciones deportivas. Tiempo. Miembros del equipo de trabajo. Personas carentes de oportunidades de recreación.

6.4.4 Unidad Operativa 3 – Psicología Educativa

Finalidad: Dirige sus acciones hacia la atención psicopedagógica brindada a los escolares que son referidos al Centro de Práctica por los maestros de los centros educativos o por los padres de familia.

Organización: Ha estado conformada, en promedio, por siete personas, una de las cuales funge como coordinador(a).

Estrategias: Involucrar a padres y maestros en el desarrollo de los programas de atención psicopedagógica que permita la preservación y/o recuperación de la salud mental.

Recursos: Espacio físico y servicios básicos. Tiempo. Miembros del equipo de trabajo. Niños y niñas con problemas de adaptación, rendimiento y/o aprendizaje.

6.4.5 Unidad Operativa 4 – Psicología Clínica

Finalidad: Actúa sobre dos líneas básicas: Determinar la problemática psicológica individual y promover aquellos programas de atención psicoterapéutica que permitan la recuperación de la salud mental.

Organización: Ha estado conformada, en promedio, por dos personas, una de las cuales funge como coordinador(a).

Estrategias: Su lineamiento básico es concebir al hombre/mujer como un ente

bio-psico-social y, por lo tanto, considera la necesidad de coordinar con especialistas de otras disciplinas cuya intervención pueda coadyuvar a resolver la problemática psicológica individual.

Recursos: Espacio físico y servicios básicos. Tiempo. Miembros del equipo de trabajo. Personas con problemas intelectivos y afectivos.

6.5 DISEÑO DE UN PLAN ESTRATEGICO BASE

Una vez concluido el análisis de los procesos técnicos y de las actividades realizadas durante cuatro años de práctica psicológica comunitaria en San Antonio Las Flores, se consideró conveniente proceder, en base a la experiencia adquirida, a la elaboración de un Plan Estratégico Base.

Como en todo plan estratégico, ha sido necesario determinar claramente la visión, la misión y los objetivos del trabajo a realizar por los psicólogos comunitarios, así como las políticas y estrategias que deberán ser consideradas para su implementación.

En dicho Plan Estratégico Base se incorporó una lista de opciones de trabajo que incluye, no sólo aquellas actividades que se han realizado exitosamente en San Antonio, sino otras muchas que, habiendo sido utilizadas y documentadas en diversas comunidades, deben ser consideradas en la preparación de programas específicos de atención que coadyuven a la solución de la problemática psicosocial de las comunidades.

Finalmente, el Plan Estratégico Base elaborado presenta la necesidad de un proceso continuo de evaluación a realizar durante la ejecución de todos y cada uno de los programas de atención y que, al ser una fuente de retroalimentación, permita realizar los cambios y modificaciones necesarios para cumplir eficientemente los objetivos propuestos.

También es necesario señalar que el hecho de que exista este Plan Estratégico Base no implica limitaciones a la creatividad y espontaneidad del equipo técnico. El Plan Estratégico Base, tal como ha sido diseñado, es flexible y pretende orientar las acciones a seguir, tomando en consideración los imprevistos que pueden surgir cuando se trabaja, como ya sabemos, con personas. Tales imprevistos deberán ser atendidos prontamente, a través de la utilización de formas creativas y teniendo siempre en mente la misión, la visión y los objetivos propuestos por el equipo técnico.

El Plan Estratégico Base antes aludido, se presenta en la página siguiente.

PLAN ESTRATEGICO BASE

VISION-IMAGEN OBJETIVO

Personas mentalmente "sanas" que se dedican a actividades socioproductivas y socioculturales de todo tipo, capaces de asumir la responsabilidad de su propia vida, de su relación e interacción con el entorno, de comprometerse, de solidarizarse, de amar, de sentir placer y de sufrir, así como de responder, comunitariamente hablando, ante la problemática que les aqueja.

MISION

Promover y propiciar la salud mental, prevenir y detectar la problemática psicológica y, cuando fuere necesario, atender a la recuperación de la salud mental.

OBJETIVOS

- Planificar y ejecutar programas efectivos de salud mental comunitaria
- Trabajar la salud mental en los ámbitos familiar, grupal, institucional y comunitario.
- Trabajar la salud mental en los niveles individual, inter-dividual, grupal y colectivo.
- Elevar la calidad de vida de los miembros de la comunidad.

POLITICAS

- Metodología participativa
- Acción invasiva
- Visión integral
- Enfoque multi, inter, transdisciplinario.
- Relación con todos los sectores (transectorial)
- Encuadre psicológico

ESTRATEGIAS

- Identificar, respetar y revalorizar los valores y la cultura de la comunidad.
- Considerar los recursos existentes.
- Potenciar el trabajo de las organizaciones comunitarias.
- Sensibilizar a los actores sociales
- Promover la organización local.
- Descubrir las potencialidades.
- Formar recursos en la comunidad.
- Involucrar a las instituciones comunitarias en el trabajo de apoyo.
- Capacitar para la auto-gestión y la auto-responsabilidad.
- Crear un sistema de necesidades y motivaciones

PROGRAMAS-AREA SOCIAL

- Búsqueda participativa de soluciones a problemas colectivos
- Diseño y ejecución de proyectos de interés comunitario
- Constitución de círculos de interés
- Capacitación de escuchas responsables
- Capacitación de promotores(as) en salud mental
- Fundación de círculos de capacitación para el trabajo
- Facilitación de procesos de desarrollo comunitario
- Desarrollo de programas de investigación
- Información en Derechos Humanos
- Información en derechos de la mujer
- Información en derechos de la niñez
- Prevención del maltrato
- Recuperación de la memoria histórica
- Acompañamiento
- Capacitación de líderes
- Cultura de la paz
- Resolución de conflictos
- Comunicación popular
- Género
- Revalorización de los adultos mayores
- Atención a grupos vulnerables
- Establecimiento de ámbitos de refugio
- Apoyo a la organización comunitaria
- Activación de los sistemas políticos y legales
- Construcción y recuperación de la identidad
- Reconstrucción de las redes sociales
- Academia de mujeres
- Prevención de adicciones

PROGRAMAS-AREA RECREATIVA

- Programas deportivos
- Organización de eventos
- Capacitación para el deporte
- Programas recreativos
- Necesidad de la recreación
- Uso del tiempo libre
- Tiempo de ocio
- Programas ecológicos
- Conservación del medio
- Celebraciones colectivas
- Orquestas juveniles
- Apoyo a proyectos de beneficio comunitario

PROGRAMAS-AREA EDUCATIVA

- Estimulación temprana
- Atención psicopedagógica
- Desarrollo del razonamiento
- Enriquecimiento instrumental
- Educación especial
- Reforzamiento escolar
- Escuela para padres de familia
- Orientación escolar
- Orientación vocacional
- Evaluaciones psicopedagógicas
- Salud mental para maestros
- Filosofía para niños
- Formación de hábitos
- Hábitos de estudio
- Desarrollo de la psicomotricidad
- Socialización y adaptación
- Aplicación de pruebas psicométricas
- Actividades lúdicas

PROGRAMAS-AREA CLINICA

- Atención psicoterapéutica
- Terapia individual
- Terapia grupal
- Estimulación temprana
- Integración de grupos de auto-ayuda
- Creación de talleres, terapéuticos
- Promoción de estilos de vida "saludables"
- Información y prevención de adicciones
- Evaluación psicométrica.
- Psicodiagnósticos
- Terapias cortas
- Terapias de apoyo
- Evaluación psicométrica
- Visitas domiciliarias
- Prevención de adicciones
- Terapias conductivas
- Otras terapias cortas
- Salud reproductiva
- Talleres de reflexión y análisis
- Sociodramas
- Psicodramas
- Terapia familiar

MEDIDAS DEL DESEMPEÑO

- Vigilar los signos vitales (participación, acción, cambios)
- Analizar las relaciones costo/calidad/tiempo
- Evaluar periódicamente con métodos y herramientas equivalentes

6.6 RESUMEN

La propuesta de un modelo estratégico y operativo, apoyado en la teoría sistémica, se plantea como una necesidad inmediata y ha requerido del ordenamiento, la búsqueda y transferencia de técnicas y procedimientos de carácter científico aplicables en el abordaje de la salud mental comunitaria.

Para la conformación de tal propuesta, ha sido necesario considerar una serie de elementos tales como:

- a) El entorno geográfico, político-económico y socio-cultural en que se realizó la experiencia de base;
- b) La documentación producida en el Centro de Práctica así como libros y documentos de origen externo;
- c) Las técnicas y herramientas que se han utilizado para el trabajo psicológico realizado en la comunidad;
- d) Los procesos técnicos que han sido aplicados y que cubren las tres perspectivas del trabajo comunitario: en, para y con la comunidad.
Al enfatizar en este último rubro, se logró construir varios diagramas de flujo que permiten visualizar con claridad los procesos que han sido ejecutados en San Antonio Las Flores:
 - i) Proceso "A" – Inserción comunitaria;
 - ii) Proceso "B" – Interacción con la comunidad;
 - iii) Proceso "C" – Otras actividades para la comunidad; y,
 - iv) Proceso "D" – Atención psicológica a la comunidad.

Finalmente, se elaboró un Diagrama General de Procesos que consolida los procedimientos utilizados en cada área de trabajo, a través de las Unidades Operativas, y la forma en que éstos se relacionan entre sí. (Ver página 65);

- e) Los procesos organizativos y operativos llevaron a la conformación de cuatro Unidades Operativas, acordes a las áreas de la Psicología aplicables en San

Antonio Las Flores, complementadas por una Unidad de Coordinación. De igual manera, permitieron definir que las Unidades de Psicología Social y Psicología Recreativa se ocupan, en su inicio, de los procesos comunitarios grupales, en tanto que las Unidades de Psicología Educativa y Clínica atienden, en primera instancia, los procesos de atención psicológica individual.

También es importante señalar que los procesos comunitarios grupales pueden dar origen a procesos de atención psicológica individual y que, de igual manera, los procesos de atención psicológica individual pueden transformarse en procesos comunitarios grupales; y,

- f) Una vez concluido el análisis de procesos y actividades, se procedió a la elaboración de un Plan Estratégico Base que permitió determinar claramente la visión, la misión y los objetivos del trabajo a realizar por los psicólogos comunitarios, así como las políticas y estrategias que deberán ser consideradas para su implementación.

El Plan Estratégico Base también incluye una lista de programas que pueden ser utilizados en el trabajo en salud mental comunitaria y propone un proceso de evaluación continua.

VII. PROPUESTA DE UN MODELO ESTRATEGICO Y OPERATIVO, A MANERA DE PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En todas las disciplinas científicas existen dos principios ineludibles de carácter epistemológico: a) Conceptualizar con precisión el objeto de estudio de la disciplina; y, b) Caracterizar, también con precisión, los lineamientos metodológicos que permitirán el abordaje sistemático y efectivo de ese objeto de estudio.

En el caso de la psicología, como disciplina científica, todavía no se termina de definir los lineamientos teórico-metodológicos para todos sus campos de aplicación (social, educativo, clínico, laboral, infantil, recreativo y otros). Tal es el caso particular de la salud mental comunitaria donde, con el apoyo necesario de fuentes documentales, se hace necesario sistematizar las experiencias participativas con las comunidades y formular modelos con una clara visión prospectiva de esa problemática.

Es por ello que la formulación de un modelo estratégico y operativo en el cual esa sistematización y operatividad se hagan evidentes y efectivas, constituye, como se ha expuesto, el propósito central y el desafío académico e intelectual de esta investigación.

Como es lógico considerar, la formulación y exposición del modelo se hace con un carácter propositivo, para que sea en la práctica social donde se corrobore su verdad, como único criterio objetivo aceptado para verificación científica.

7.1 PROPUESTA: UN MODELO ESTRATEGICO Y OPERATIVO

A partir de los años 80's la planificación normativa basada en trabajos de gabinete y en diagnósticos comenzó a verse superada por la planificación estratégica que constituye un modelo innovador que obliga a definir claramente los objetivos de cualquier trabajo a realizar y que, en el caso de esta tesis, permitió visualizar una "Imagen Objetivo" para el modelo a construir. (Ver Anexo 5).

En adición a esa visión estratégica formulada para el modelo, se consideró insoslayable apoyarse en la teoría de sistemas para lograr:

- a) Que el modelo propuesto sea, además de estratégico, verdaderamente operativo;
- y,

- b) Que el modelo propuesto pueda garantizar su efectividad en cuanto a la obtención de productos finales y de aplicación inmediata en el campo de la salud mental comunitaria.

Al considerar lo expresado, y a partir de las experiencias obtenidas del trabajo en salud mental comunitaria ejecutado en San Antonio Las Flores a lo largo de cuatro años (1994-1997), fue posible sistematizar las experiencias obtenidas y ejecutadas para, finalmente, conformar dicho modelo.

El modelo estratégico y operativo, apoyado en la teoría sistémica, al cual hemos aludido con anterioridad, ofrece tres dimensiones conceptuales: 1) Dimensión teórico-metodológica; 2) Dimensión organizativa; y, 3) Dimensión operativa.

7.1.1 Dimensión teórico-metodológica

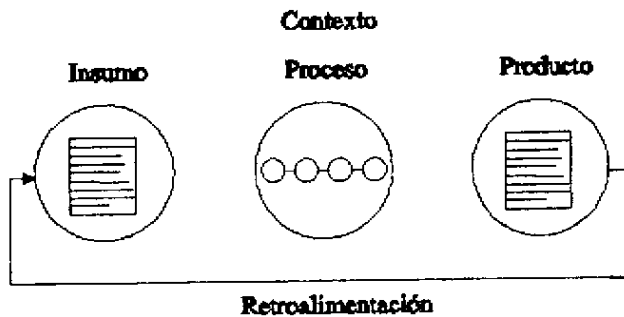
Un modelo es un ejemplo a seguir. Un modelo permite organizar sistemáticamente el conocimiento que se tiene acerca de un problema de la realidad y lo representa simbólicamente de una manera simplificada, se pretende exponerlo de forma "ideal", de tal modo que el problema sea susceptible de explicarse y comprenderse para encontrar su respectiva solución.

Un sistema constituye, en forma general, un conjunto de elementos o componentes de un todo y, este todo, a su vez, constituye un elemento o componente de un sistema más amplio o mayor. Es decir, pasa a considerarse un subsistema.

Los elementos o componentes del sistema se encuentran organizados y coordinados a fin de alcanzar un objetivo común y tienen como elemento determinante la interacción. Los insumos que ingresan al sistema son procesados en su interior hasta ser transformados y devueltos al entorno o ambiente en calidad de productos (bienes o servicios) cualitativamente diferentes a su situación anterior. Es decir, al sistema mayor del cual provienen.

Un modelo sistémico, por lo tanto, es aquel que conceptualiza un fenómeno dado como un todo; está inmerso en un suprasistema mayor, y presenta de una forma simple los elementos o componentes que lo integran y la manera como éstos interactúan entre sí (autoregulación) para alcanzar el objetivo común. O sea, que el modelo sistémico constituye en sí el procesamiento dinámico (transformación) de los insumos devueltos al suprasistema como productos transformados.

DIAGRAMA DE UN MODELO SISTEMICO



En este trabajo de investigación, la problemática a resolver es el abordaje estratégico, operativo y situacional de la salud mental comunitaria, por medio de la práctica psicológica supervisada. Esa problemática, a su vez, se encuentra inmersa en la problemática psicosocial total de nuestro país o, más ampliamente concebida (suprasistema): en las condiciones generales de vida del guatemalteco.

Precisamente, de este sistema ampliado, se:

- a) Abstraerán los principales elementos o componentes que intervienen en la posibilidad real de abordar eficientemente la salud mental;
- b) Seleccionarán aquellos elementos o componentes que deberán ser considerados como requisitos indispensables sin los cuales tal abordaje sería imposible;
- c) Precisarán los resultados o productos que se espera alcanzar;
- d) Incorporarán los recursos y los procedimientos "ideales" que supuestamente permitirán cumplir con los objetivos propuestos; y,
- e) Señalará cómo interactúan en el sistema estos elementos o componentes pues, como parte de un todo en permanente interacción, la eficiencia o ineficiencia en cada uno de ellos, en sí mismo o en su relación coordinada con los demás, redundará en la eficiencia o ineficiencia de todos los demás y, en síntesis, hará que el sistema, como totalidad, funcione o deje de hacerlo.

Concretando:

- a) Los requisitos indispensables a que hemos aludido corresponden a los insumos (elementos o componentes) que ingresarán o "entrarán" al sistema (in-put);
- b) Los productos (elementos o componentes) que egresarán o "saldrán" del sistema (out-put), corresponderán con los objetivos (productos o servicios) que se pretende alcanzar;
- c) Los recursos pasarán a constituir la parte procedimental u operativa del sistema y, en este caso, recibirán el nombre de "Unidades Operativas". En el sistema, los procesos técnicos estarán representados por la interacción que se dé entre las mismas (process line); y,
- d) El "feed-back" o retroalimentación se evidenciará en los procesos evaluativos y en el planeamiento posterior.

Cumplidos todos los requerimientos, el sistema debe funcionar como un todo que hará más ágil y eficiente el abordaje de la problemática de salud mental comunitaria y debe, asimismo, garantizar un mejor desempeño técnico en el trabajo a realizar.

Finalmente, no puede dejar de considerarse el reciclaje, retroalimentación o "feed-back" al que nos referimos en el inciso d), que permitirá un proceso autorregulable y evolutivo dentro del sistema⁴¹, y que posibilita la flexibilidad y la proactividad, tan necesarias cuando se trabaja con personas.

En la construcción del modelo propuesto se siguieron los procedimientos que se presentan en los apartados siguientes, de acuerdo a su desarrollo secuencial:

7.1.1.1 Identificación del problema y de la "Imagen Objetivo"

Este paso consiste en: a) Precisar el problema al que se desea dar respuesta; y, b) Determinar el objetivo a alcanzar en el trabajo a realizar.

⁴¹

Instituto Centroamericano de Administración Pública -ICAP-, *Op. Cit.*, pp.33-48.

En el caso que nos ocupa, se identificó como problema central: La necesidad de abordar la salud mental comunitaria de una manera eficiente, que dé respuesta a los requerimientos de las personas que integran la comunidad.

Seguidamente, se procedió a comparar las condiciones presentes en el problema con la construcción operativa de una "Imagen Objetivo" (ver Anexo 5). Esa "Imagen Objetivo" presenta un contexto socio-cultural macro en el cual un grupo de personas se dedican a actividades socio-productivas y socio-culturales de todo tipo, lo que permite considerar que son capaces de asumir la responsabilidad de su propia vida, de su relación e interacción con el entorno, de producir, de comprometerse, de ser solidarias, de amar, de sentir placer y de sufrir así como de responder, comunitariamente hablando, ante la problemática que les aqueja.

Del análisis visualizado de esa "Imagen Objetivo" se infiere que todas las estrategias que se definan y formulen, así como los planes o programas específicos que de allí se desprendan estarán siempre encaminados a propiciar las condiciones para que las personas puedan vivir "sanamente", mejorando su calidad de vida.

7.1.1.2 Identificación de los rasgos característicos constitutivos del problema

La salud mental comunitaria constituye un objeto de estudio sumamente complejo, dada su complicada red de interacciones: individuo / entorno inmediato / entorno macro. Dicho entorno es geográfico-ecológico, político-económico, socio-cultural e histórico; y quienes conviven inmersos en él, además de conformar su propia personalidad como individuos y mediante la cual se expresan, manifiestan y actúan bio-psico-socialmente, también pertenecen e integran una familia y una comunidad.

En un contexto tan amplio y complejo, resulta indispensable identificar los rasgos constitutivos del problema y hacer una selección meditada y crítica de los mismos, considerando que ellos pasarán a formar el sutil tejido del modelo a formular. Tales rasgos se encuentran indisolublemente unidos y en constante interacción y solamente a través de un análisis técnico y metodológico es posible abstraerlos como valores constitutivos que permitirán enjuiciar la problemática abordada e inferir deductivamente las opciones de respuesta tan intensa y minuciosamente buscadas.

Los valores constitutivos abstraídos del problema son:

- a) Variables: Rasgos de la problemática de salud mental comunitaria que, dentro del modelo sistémico, pueden asumir diferentes dimensiones. Su precisión observable y mensurable es indispensable para evidenciar su carácter y validez científica;
- b) Constantes: Rasgos que se expresan dinámicamente de manera regular, lo que facilita su observación y mensuración y permiten contrastar la magnitud que alcanzan algunos rasgos de esa problemática expresada con valores continuos en diferentes experiencias similares, debidamente registradas y documentadas; y,
- c) Parámetros: Valores que, en calidad de medidas o escalas cuali-cuantitativas, permiten la observación y mensuración de los rasgos de la problemática. Pueden expresarse en forma regular o irregular, de manera tal que algunos autores las califican como "constantes-variables".⁴² Su magnitud puede indicar el estado en que se encuentra el sistema.

7.1.1.2.1 Variables

Para la construcción del modelo estratégico y operativo, entenderemos:

- a) Como variables intervinientes o interrecurrentes las que forman parte del problema de manera indirecta o tangencial, cuyo control por parte del investigador es imposible.
Para el modelo propuesto, las variables intervinientes o interrecurrentes conforman el entorno macro al que se ha hecho referencia y constituyen el "suprasistema" del cual hemos de abstraer la problemática de salud mental y al cual, a su vez, hemos de devolverla transformada en "opciones de respuesta".
- b) Como variables independientes, aquellos rasgos de la problemática que pueden ser manejados por el investigador y que, como antecedentes, forman parte inseparable de la problemática y cuyos cambios influyen sobre las variables dependientes.
Las variables independientes ingresarán al modelo sistémico como insumos que deberán ser transformados en el proceso, y como elementos que operan al interior de las Unidades Operativas.

⁴²

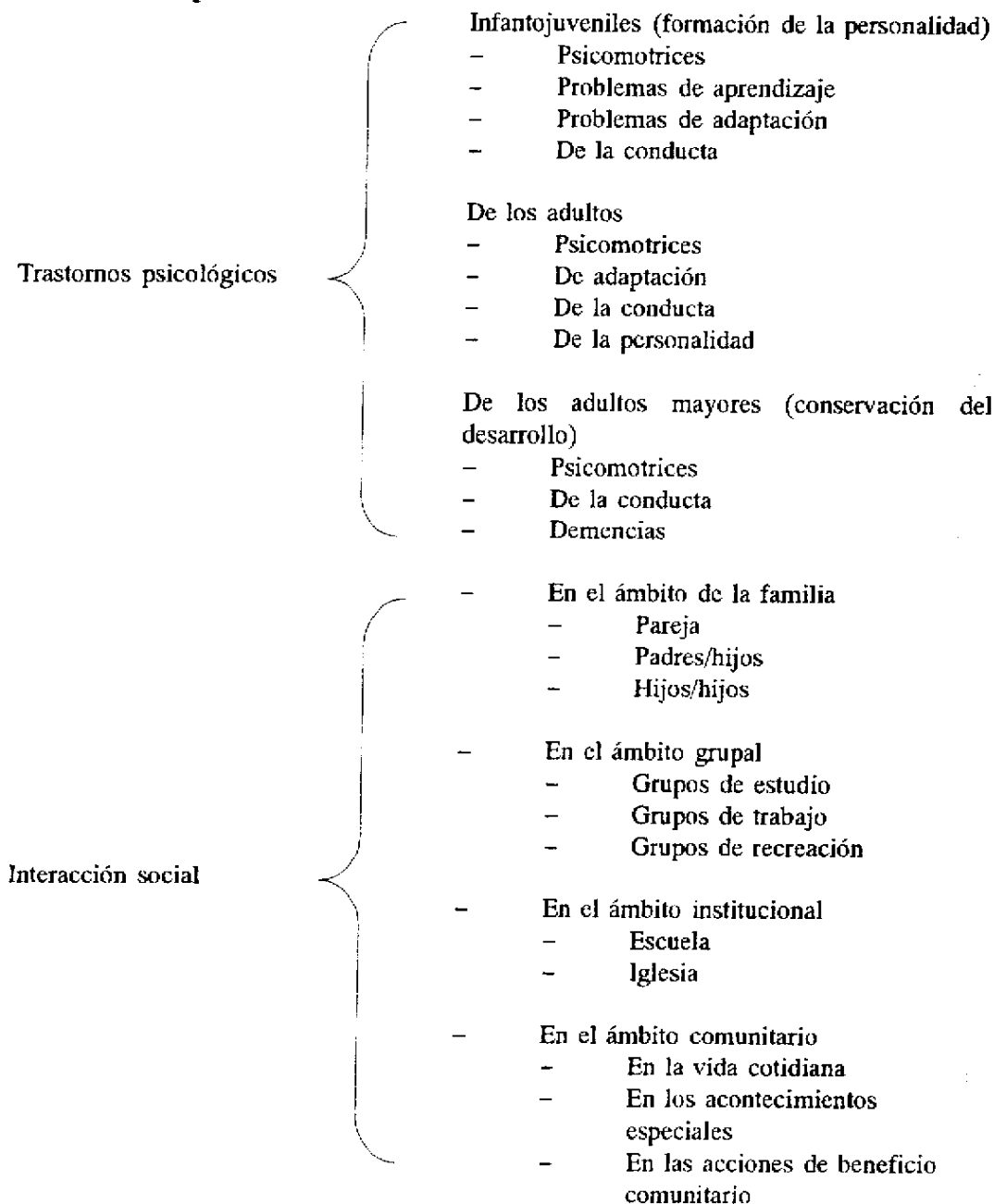
- c) Como variables dependientes, aquellos rasgos que son consecuencia de los cambios acaecidos por la acción efectiva de las variables independientes. Las variables dependientes estarán constituidas por los productos (bienes y servicios) que se espera obtener al desarrollar y operativizar el modelo.

Es importante indicar que los valores asumidos por estos rasgos, en cuanto a su mensuración, dependen del tipo de rasgo: Variables/fluctuantes; Constantes/sin variación, estables; y, Parámetros/escalas de medición referenciales.

En la problemática multicausal de salud mental comunitaria se identificaron las siguientes variables:

Variables Intervinientes o interrecurrentes –macro entorno–:

- | | | |
|-------------------|---|---|
| Socio-culturales | } | <ul style="list-style-type: none"> - Condición socio-familiar - Condición socio-laboral - Condición socio-cultural - Estructura social - Ubicación domiciliar - Organización social |
| Psico-sociales | } | <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de salud - Condición educativa - Condiciones de la vivienda - Tipo de trabajo - Nivel de ingreso - Servicios públicos disponibles - Equipamiento de la comunidad |
| De origen externo | } | <ul style="list-style-type: none"> - Universidad de San Carlos de Guatemala - Escuela de Ciencias Psicológicas - USAC- - Instituciones de desarrollo, gubernamentales y no gubernamentales, presentes en la comunidad - Políticas y programas estatales de promoción de la salud mental |

Variables independientes -insumos-:

De origen externo



- Fuentes bibliográficas y documentales en salud mental
- Formación teórico-metodológica y técnica de los equipos de trabajo presentes en la comunidad
- Calidad humana de los miembros de los equipos técnicos presentes en la comunidad

Variables dependientes -productos-:

- Opciones de respuesta ante la problemática personal
- Opciones de respuesta ante la problemática comunitaria
- Actores sociales cuyo grado de desarrollo integral les permita proyectarse hacia el bienestar de sus comunidades
- Práctica psicológica eficiente, conformación profesional y desempeño que dé respuesta a las necesidades de las comunidades
- Material bibliográfico y documental, basado en experiencias locales, que sirva de apoyo a las acciones de salud mental comunitaria
- Cumplimiento de los objetivos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, del Departamento de Práctica y de los Grupos de trabajo USAC 1994-98

7.1.1.2.2 Constantes

Como posible elemento o componente único que influye directamente en la problemática de salud mental y que, en términos generales, se ha expresado como un valor sin cambios o variaciones, se encuentra:

- Presencia en San Antonio Las Flores del Centro de Práctica Psicológica Supervisada, por medio de los Grupos de Trabajo USAC, durante el período 1994-1997.

7.1.1.2.3 Parámetros

El modelo propuesto requiere de unidades de medida o escalas mensurables que permitan la evaluación y control de las condiciones de los insumos -al ingreso-, la magnitud de las transformaciones -en el proceso- y la calidad de los productos o resultados -a la salida-. La evaluación y control periódicos realizados a través de tales parámetros permitirá establecer el estado de los "signos vitales", o sea la efectividad real del modelo (participación, acciones y cambios) y, simultáneamente, lo retroalimentará, favoreciendo los cambios metodológicos o estratégicos que sean necesarios para mejorar continuamente su funcionamiento.

Los principales parámetros identificados son:

Participación:

- Personas atendidas individualmente
 - Número de niños y niñas (edad)
 - Número de adolescentes (sexo y edad)
 - Número de adultos (sexo y edad)
 - Número de adultos mayores (sexo y edad)
 - Número de horas empleadas en atención psicológica por persona (promedio)
- Grupos atendidos
 - Número de grupos (especificando los distintos grupos)
 - Número de personas por grupo (sexo y edad)
 - Número de reuniones por grupo (tipo de grupo y actividad)
 - Número de horas empleadas en atención psicológica por reunión (promedio)

- **Asistencia a sesiones**
 - Número de asistentes (sexo, edad, grupo al que pertenecen)
 - Número de sesiones (tipo de grupo y actividad)
 - Número de horas empleadas por sesión (promedio)

- **Pruebas psicométricas aplicadas**
 - Número de niños
 - Número de adultos

Acciones:

De los miembros de la comunidad:

- **Consultas**
 - Espontáneas
 - Referidas
 - Obligadas

- **Sesiones de trabajo**
 - Invitación a participar
 - Solicitud de mediación
 - Solicitud de acompañamiento

- **Celebraciones compartidas**
 - Invitación a participar
 - Solicitud de acompañamiento

- **Actividades recreativas compartidas**
 - Invitación a participar
 - Solicitud de acompañamiento

- **Actividades de beneficio comunitario**
 - Visitas a autoridades locales
 - Visitas a autoridades municipales
 - Visitas a autoridades gubernamentales
 - De apoyo a las autoridades escolares
 - De apoyo a las autoridades locales

Del Grupo de Trabajo "USAC"

- Citas a sesiones
 - Invitación oral
 - Invitación por altoparlante
 - Invitación escrita
 - Invitación por volantes
 - Invitación por carteles

- Visitas domiciliarias
 - Por requerimiento
 - Por referencia
 - Por ausencia
 - Por necesidades evaluativas
 - Previas a un diagnóstico

- Elaboración de fichas y expedientes
 - Número de fichas de registro
 - Número de expedientes personales

- Sesiones informativas
 - A padres y madres de familia
 - A hombres de la comunidad
 - A mujeres de la comunidad
 - A jóvenes de la comunidad
 - A maestros de las instituciones educativas

- Cursos impartidos
 - A padres y madres de familia
 - A hombres de la comunidad
 - A mujeres de la comunidad
 - A jóvenes de la comunidad
 - A maestros de las instituciones educativas

- Talleres realizados
 - Con padres y madres de familia
 - Con hombres de la comunidad
 - Con mujeres de la comunidad
 - Con jóvenes de la comunidad
 - Con maestros de las instituciones educativas

- Horas de práctica
 - Número de estudiantes
 - Número de horas por estudiante
 - Número total de horas

Cambios o resultados obtenidos (como productos):

- Número de casos cerrados en la atención individual
- Número de casos cerrados en atención psicopedagógica
- Número de acciones de interés comunitario emprendidas por los grupos atendidos
- Número de proyectos de beneficio comunitario desarrollados
- Número de participantes convertidos en actores sociales
- Número de documentos elaborados
- Calidad de los documentos elaborados
- Calidad del servicio brindado por la Práctica Psicológica
- Cumplimiento de los objetivos de la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-

Cada uno de estos rasgos, características o atributos de la problemática ha sido sometido a una contrastación metodológica con los fundamentos teóricos de la ciencia psicológica desarrollados y expuestos en los capítulos iniciales (página 15-23), como paso previo para su respectiva delimitación, dosificación, conceptualización, exposición y consideración operativa futura, así como su posterior ubicación como fundamento teórico metodológico de la propuesta presentada en los apartados subsiguientes.

A continuación, y derivados de estos fundamentos, se hace referencia a los aspectos organizativos que, a su vez, serán los fundamentos de la base operativa del modelo.

7.2.2 Dimensión organizativa

El modelo propuesto se ubica en el entorno socio-cultural comunitario macro que ha sido descrito en páginas anteriores (lineamientos metodológicos, páginas 35-66). Es en ese contexto donde se manifiesta la problemática en salud mental cuya transformación se pretende.

Los insumos que ingresarán al sistema, como se expuso con anterioridad, serán todos aquellos elementos constitutivos del desarrollo humano, individual, familiar y comunitario en donde la salud mental se encuentra comprometida. La problemática a abordar será detectada, jerarquizada, seleccionada y categorizada por intermedio de las unidades que integran el sistema operativo (Unidades Operativas) que, de acuerdo a criterios previamente establecidos, son las responsables de procesar y transformar esos insumos.

Una vez los insumos ingresan al sistema, son precisamente las Unidades Operativas (ver procesos organizativos y operativos, página 67) las responsables de llevar a cabo el trabajo de transformar, técnicamente hablando, la problemática detectada en opciones de respuesta en las que, tanto la comunidad como los estudiantes practicantes y los docentes supervisores, en su calidad de equipo técnico a cargo de esas unidades, habrán de interactuar con el entorno macro antes mencionado, para que las decisiones en cuanto al abordaje de la problemática de salud mental, alcancen, finalmente, un alto grado de eficiencia y efectividad, con el imprescindible carácter sostenible que asegurará su permanencia.

Los resultados se expresarán en el sistema como productos observables y medibles cualitativa y cuantitativamente, en correspondencia con los objetivos planteados.

Estos productos, observables y medibles, deben reflejar tres elementos básicos: participación, acciones y cambios que, en tanto se verifique su presencia, constituirán la prueba de que el sistema funciona.

La retroalimentación (feed-back) se hará, previo control y evaluaciones en el proceso y de los resultados, para replantear continuamente los planes, programas y proyectos de trabajo que habrán de realizarse en lo sucesivo.

El modelo organizacional básico propuesto incluye:

- a) Como insumos, las variables independientes (identificadas en las páginas 82 y 83), que pueden resumirse en: Interacción comunitaria expresada en los diferentes ámbitos; Trastornos psicológicos; y, Libros y documentos especializados que sirvan de apoyo al equipo técnico;
- b) Como partes del proceso se incluyen: la Unidad de Coordinación; las cuatro Unidades Operativas (descritas en las páginas 67-70); la capacitación teórico-metodológica; y, la calidad humana del equipo técnico. Como elementos determinantes en el proceso, figuran las líneas de relación entre las unidades participantes; y,
- c) Como productos: los objetivos que se pretende alcanzar a través de los procesos de transformación, ya definidos anteriormente como variables dependientes (ver página 83).

Cabe enfatizar que son las relaciones funcionales de esta dimensión organizativa las que determinan la efectividad del sistema y que, en el modelo propuesto (ver página 91), éstas deben interpretarse de la siguiente manera:

- a) La línea amarilla representa el proceso de documentación que debe darse a partir de la Unidad de Coordinación y en relación directa y recíproca con cada una de las Unidades Operativas;
- b) La línea verde señala los procesos de atención psicológica individual que se dan a partir de las Unidades de Clínica y de Educativa (línea continua) e indica como los individuos involucrados en ellos pueden ser trasladados y/o absorbidos en el trabajo de otras unidades, pasando a participar o generando procesos comunitarios grupales (línea punteada), con el conocimiento y aprobación de la Unidad de Coordinación;
- c) La línea roja muestra como los procesos comunitarios grupales que se llevan a cabo en las Unidades de Recreativa y Social (línea continua) permiten detectar problemas individuales de salud mental que se transfieren a las otras unidades, en las que se da inicio a procesos de atención individual (línea punteada), después de conocidos y aprobados por la Unidad de Coordinación;

- d) La línea azul refleja las relaciones de coordinación que circulan en todos los sentidos, por todas la unidades involucradas en el proceso;
- e) La línea negra emerge tanto de la Unidad de Coordinación como de las Unidades Operativas hacia el círculo central reflejando la intención de alcanzar el objetivo claramente definido: La salud mental comunitaria; y,
- f) La línea gris señala las evaluaciones realizadas al interior de cada Unidad Operativa. Los resultados de tales evaluaciones son transferidos constantemente a la Unidad de Coordinación para permitir la retroalimentación y la inclusión de cambios y mejoras en las subsiguientes actividades.

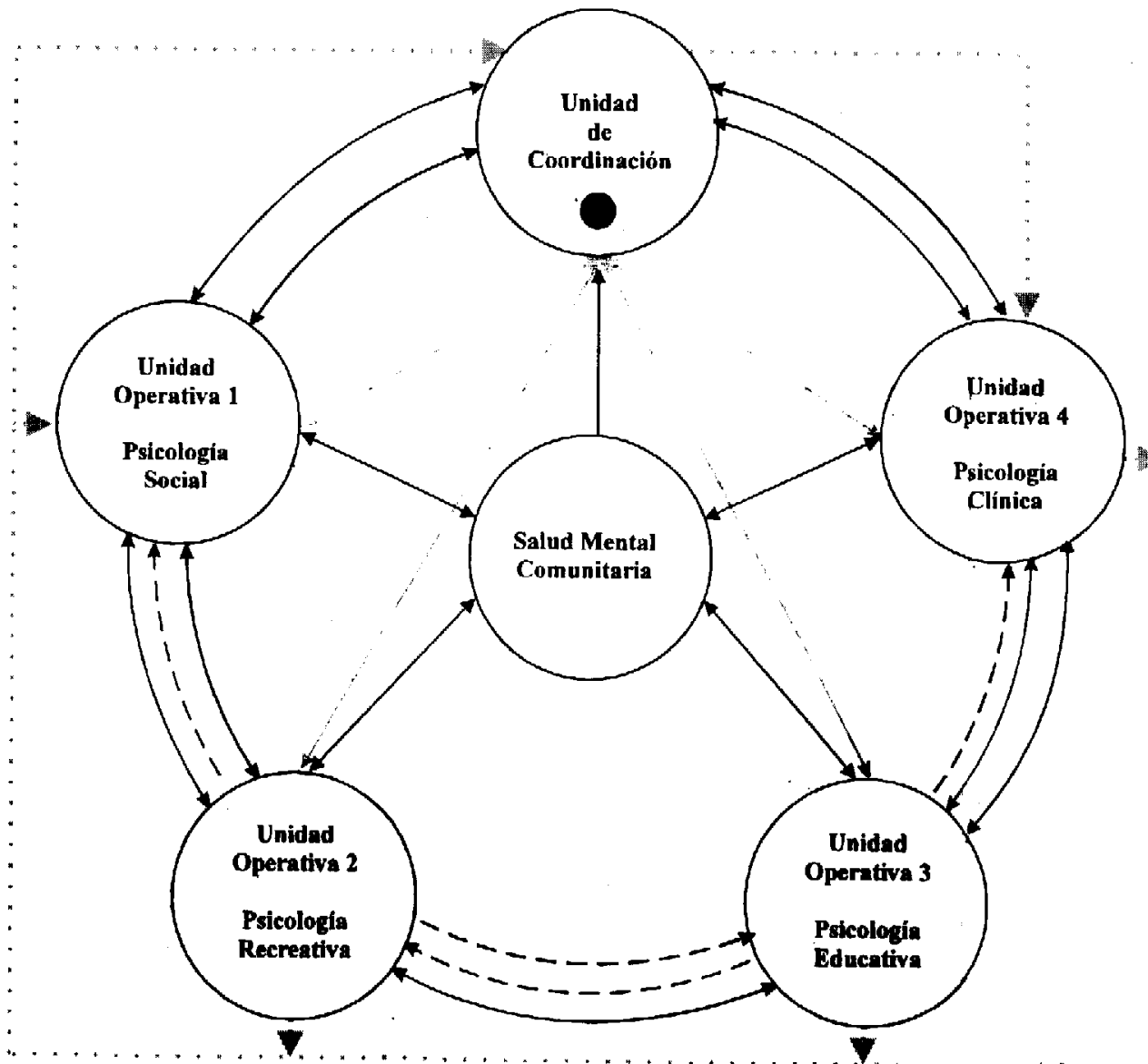
MODELO OPERATIVO

Insumos

- Interacción en el ámbito de la familia
Proceso "D" ●
- Interacción en el ámbito grupal
Proceso "B" ●
- Interacción en el ámbito institucional
Proceso "B" ●
- Interacción en el ámbito comunitario
Proceso "B" ●
- Trastornos psicológicos infanto-juveniles
Proceso "D" ●
- Trastornos psicológicos de los adultos
Proceso "D" ●
- Trastornos psicológicos de los adultos mayores
Proceso "D" ●
- Libros, documentos y materiales de consulta
Documentación ●
- Coordinación General ●

Procesos iniciales _____
 Procesos generados - - - - -
 Retroalimentación

Procesos



Productos

- Opciones de respuesta ante la problemática individual
- Opciones de respuesta ante la problemática inter-individual
- Opciones de respuesta ante la problemática grupal
- Opciones de respuesta ante la problemática social
- Actores sociales cuyo grado de desarrollo integral les permite proyectarse hacia el bienestar de sus comunidades
- Práctica psicológica eficiente que dé respuesta a las necesidades de las comunidades
- Material bibliográfico y documental, basado en experiencias locales, que sirva de apoyo a las acciones de salud mental comunitaria
- Cumplimiento de los objetivos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, del Departamento de Práctica y de los Grupos de Trabajo USAC.

7.2.3 Dimensión operativa

El Plan Estratégico Base (ver página 71) fue elaborado para definir objetivos, políticas y estrategias generales del trabajo en salud mental comunitaria.

A partir de los lineamientos generales incluidos en él, se procedió a elaborar la Propuesta Operativa del Plan de Atención Psicosocial 1997-2002 que, con un horizonte temporal de cinco años, se empezaría a ejecutar en 1998. Dicho Plan de Atención Psicosocial está basado en la experiencia de trabajo comunitario en salud mental obtenida en San Antonio Las Flores, intenta definir objetivos, políticas y estrategias específicas para cada una de las Unidades Operativas que funcionan en ese Centro de Práctica Psicológica Supervisada y sugiere una serie de programas que pueden ser implementados a partir de las necesidades de la población.

Como la metodología estratégica es, por definición, participativa, debe entenderse que son los propios interesados (o sea la comunidad), con el apoyo del equipo técnico en salud mental, quienes realizarán las acciones necesarias para determinar las opciones de respuesta aplicables a la solución de su problemática, contando para ello con sus propios recursos y experiencias e inmersos en su propio macro entorno socio-cultural.

Tanto las Unidades Operativas como los individuos, los grupos comunitarios y los comités específicos deben organizarse debidamente a fin de coordinar el trabajo y lograr, conjuntamente, que la "Imagen Objetivo" formulada (ver Anexo 5) se transforme efectivamente en realidad, al ejecutar eficazmente las estrategias metodológicas contenidas en la Propuesta Operativa del Plan de Atención Psicosocial.

Desde esa perspectiva, las Unidades Operativas adquieren un carácter de "facilitadoras" de la búsqueda de opciones de respuesta y el papel de los estudiantes-practicantes y los docentes-supervisores será, precisamente, aportar sus conocimientos y dominio técnico, así como su vocación de servicio para que la comunidad se sienta orientada y acompañada y visualice más fácilmente el camino a seguir.

En la fase final de este apartado, dedicado a la presentación y análisis de resultados, se llegó al punto crucial: el reto académico-intelectual: proponer un modelo estratégico y operativo, apoyado en la teoría sistémica, para abordar la problemática psicosocial de la comunidad con el propósito de alcanzar, como lo contempla el PNUD: elevar la calidad de vida de las personas, una vida digna es una vida con salud mental.

La efectividad del modelo ha sido verificada durante cuatro años (1994-1997).

En forma inicial como trabajo exploratorio, luego en la búsqueda de su sistematización y luego, durante 1998, en un intento de consolidación operativa.

En los años subsiguientes, la operativización del modelo deberá permitir que las personas de San Antonio Las Flores pasen a considerar la salud mental como un elemento importante en su vida, se preocupen por cuidarla y mantenerla y ejecuten acciones encaminadas a su promoción así como a mejorar su calidad de vida.

En cuanto a los psicólogos y otros trabajadores de la salud mental que lleguen a conocer el modelo que este trabajo propone y, particularmente, el Plan de Acción Psicosocial, se espera que encuentren en él la orientación necesaria para conducir sus pasos hacia un trabajo eficaz y eficiente en salud mental comunitaria.

De ser así, podrían producirse adaptaciones del modelo propuesto y nuevos modelos acordes a diferentes realidades y a diversas experiencias comunitarias así como a la preparación teórico-metodológica y técnica de los investigadores.

La razón de ser de cada uno de esos modelos, de igual manera que el que hoy se propone, es la optimización del trabajo comunitario para que las necesidades de salud mental de los pobladores sean atendidas prontamente, con apego a las políticas y estrategias que permitan agilizar tanto los procesos individuales y/o grupales como la elaboración de planes, programas y proyectos que promuevan la salud mental y el desarrollo integral de las personas que se involucren en ellos.

Con ese objetivo en mente, en las páginas siguientes se expone la Propuesta Operativa del Plan de Atención Psicosocial 1998-2002, el cual, en lo sucesivo, será aplicado de acuerdo a las condiciones de las comunidades que lo demanden y serán ellas, en términos de salud mental, quienes dirán la última palabra.

UNIDADES OPERATIVAS Y OBJETIVOS ESPECIFICOS	POLITICAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES PROPUESTAS	EVALUACION
UNIDAD DE COORDINACION - Coordinar las actividades ejecutadas por las unidades operativas. - Promover la capacitación y la integración al interior del Grupo de Trabajo USAC.	Metodología participativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover y propiciar la participación activa de todos y cada uno de los miembros del Grupo de Trabajo USAC. - Propiciar y estimular la participación de todos y cada uno de los miembros de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres - Sesiones de implementación grupal. - Sesiones para planificar, organizar y evaluar los planes, programas y proyectos a ejecutar en la comunidad. 	Participación Acciones Cambios
	Enfoque multi, inter y transdisciplinario.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar con otros grupos externos involucrados en el trabajo comunitario, ya sean éstos de la misma disciplina, de otra, o de muchas otras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en festividades colectivas. - Sesiones de trabajo con otros grupos comunitarios o extra-comunitarios que trabajen en la comunidad. - Coordinación de actividades grupales. 	Participación Acciones Cambios
	Acción invasiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la planificación, organización y ejecución de planes, programas y proyectos, simultáneamente, en varios ámbitos de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar las actividades realizadas en los diferentes ámbitos comunitarios: familia, instituciones, grupos y comunidad. 	Participación Acciones Cambios
	Relación trans-sectorial.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la interacción de los miembros del Grupo de trabajo USAC con todos los sectores que integran la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar la realización de actividades que involucren a todos los sectores de la comunidad. 	Participación Acciones Cambios
	Visión integral.	<ul style="list-style-type: none"> - Concebir a la persona humana como un ser bio-psico-social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atender la salud física de los miembros del grupo como paso necesario para alcanzar la salud mental. - Propiciar las condiciones grupales que permitan una sana e intensa interacción entre los miembros del Grupo de trabajo. 	Participación Acciones Cambios
	Encuadre psicológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear y mantener, al interior del Grupo de Trabajo USAC un sistema de necesidades y motivaciones. - Descubrir y desarrollar las potencialidades los miembros del Grupo de Trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Velar porque las actividades que se realicen, al interior del Grupo o con la comunidad, mantengan una concepción psicológica. 	Participación Acciones Cambios

**PLAN DE ATENCION PSICOSOCIAL
1998-2002**

PROPUESTA OPERATIVA

**SAN ANTONIO LAS FLORES,
MUNICIPIO DE CHINAUTLA**

VISION - IMAGEN OBJETIVO

PERSONAS MENTALMENTE "SANAS" QUE SE DEDICAN A ACTIVIDADES SOCIO-PRODUCTIVAS Y SOCIO-CULTURALES DE TODO TIPO, CAPACES DE ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE SU PROPIA VIDA, DE SU RELACION E INTERACCION CON EL ENTORNO, DE COMPROMETERSE, DE SER SOLIDARIAS, DE AMAR, DE SENTIR PLACER Y DE SUFRIR, ASI COMO DE RESPONDER, COMUNITARIAMENTE HABLANDO, ANTE LA PROBLEMATICA QUE LES AQUEJA.

MISION

**PROMOVER Y PROPICIAR LA SALUD MENTAL,
PREVENIR Y DETECTAR LA PROBLEMATICA PSICOLOGICA
Y, CUANDO FUERE NECESARIO, ATENDER A LA RECUPERACION DE LA SALUD MENTAL.**

OBJETIVOS

- Abordar la salud mental en los ámbitos familiar, grupal, institucional y comunitario.
- Trabajar la salud mental en los niveles individual, interindividual, grupal y colectivo.
- Planificar y ejecutar programas de salud mental comunitaria.
- Elevar la calidad de vida de los miembros de la comunidad.

UNIDADES OPERATIVAS Y SUS OBJETIVOS ESPECIFICOS	POLITICAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS	EVALUACION
UNIDAD OPERATIVA 1 AREA SOCIAL Continuación	Enfoque multi-inter y transdisciplinario.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar con otros grupos externos involucrados en el trabajo comunitario, ya sean éstos de la misma disciplina, de otra, o de muchas otras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de jornadas médicas (en todas sus ramas). - Preparación de proyectos de desarrollo de la infraestructura comunitaria. - Información sobre interacción con el medio (ecología). - Formación en salud reproductiva. - Acompañamiento en cualquier proyecto propuesto y desarrollado por la comunidad. 	Participación Acción
	Relación transectorial	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer contacto con todos los sectores de la comunidad, interactuando con ellos y con todos los grupos comunitarios, sean éstos formales o no. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres informativos. - Escuela para padres. - Academia de mujeres. - Capacitación de promotores(as) de salud mental. - Capacitación de promotores juveniles. - Talleres de salud mental. 	Participación Acción
	Visión integral	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar las acciones dirigidas a resolver los problemas bio-psico-sociales más relevantes en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de jornadas médicas (en todas sus ramas). - Preparación de proyectos de desarrollo de la infraestructura comunitaria. - Información sobre interacción con el medio (ecología). - Formación en salud reproductiva. - Creación de centros de capacitación para el trabajo. - Prevención de adicciones. - Prevención del maltrato. - Atención a grupos vulnerables. - Creación de ámbitos de refugio. - Acompañamiento en cualquier proyecto propuesto y desarrollado por la comunidad. 	Participación Acción
	Encuadre psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la problemática psico-social de la comunidad. - Crear y mantener un sistema de necesidades y motivaciones. - Descubrir y desarrollar las potencialidades de los miembros de la comunidad. - Coordinar acciones inter-trans y multidisciplinarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realización y/o actualización del autodiagnóstico en salud mental. - Mantenimiento de la concepción psicológica del trabajo a realizar. - Coordinación de acciones de atención y desarrollo bio-social que influyan en la conformación de la psiquis. - Concentración en actividades orientadas hacia el desarrollo integral y el cambio de actitudes. 	Participación Acción Cambio

UNIDADES OPERATIVAS Y SUS OBJETIVOS ESPECIFICOS	POLITICAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS	EVALUACION
UNIDAD OPERATIVA 1 AREA SOCIAL - Identificar la problemática psicosocial de la comunidad. - Promover la salud mental. - Propiciar la salud mental. - Acompañar a la comunidad en los procesos de desarrollo individual, grupal y comunitario.	Acción invasiva	<ul style="list-style-type: none"> - Conformar un equipo de trabajo teórica y metodológicamente preparado, capaz de actuar, simultáneamente, en varios ámbitos de la vida comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Selección del equipo técnico participante. - Implementación teórica y metodológica. - Elaboración de programas específicos. 	Participación Acción
	Metodología participativa	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar y estimular la participación de todos y cada uno de los miembros de la comunidad. - Identificar, respetar y revalorizar la cultura de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación sobre diferentes aspectos de la vida comunitaria. - Recuperación de la memoria histórica, a través de: a) entrevistas; b) testimonios; c) historias de vida; d) estudio de casos. - Revalorización de los adultos mayores. - Construcción y/o recuperación de la identidad. - Reconstrucción de las redes sociales. 	Participación Acción Cambio Productos escritos.
		<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar el trabajo de las organizaciones comunitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consideración de los recursos existentes. - Descubrimiento de las potencialidades. - Formación de líderes. - Formación de recursos en la comunidad. - Capacitación de promotores juveniles. - Apoyo a la organización comunitaria. 	Participación Acción Cambio
		<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a los actores sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación popular. - Constitución de círculos de interés. - Formación en derechos humanos, derechos de la mujer y derechos de la niñez. - Género. - Prevención de adicciones. - Prevención del maltrato. 	Participación Acción Cambio
		<ul style="list-style-type: none"> - Involucrar a las instituciones comunitarias en el trabajo de apoyo en salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación de escuchas responsables. - Capacitación de promotores(as) de salud mental. 	Participación Acción Cambio
		<ul style="list-style-type: none"> - Promover la organización local. 	<ul style="list-style-type: none"> - Activación de los sistemas políticos y legales. - Cultura de la paz (Percepción del otro, resolución de conflictos, etc). 	Participación Acción Cambio
		<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar para la autogestión y la autorresponsabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de los programas psicosociales que sean requeridos por la comunidad. 	

UNIDADES OPERATIVAS Y OBJETIVOS ESPECIFICOS	POLITICAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS	EVALUACION
UNIDAD OPERATIVA 3 AREA EDUCATIVA - Determinar la problemática psicopedagógica de la comunidad. - Promover programas de atención psicopedagógica que permitan la recuperación de la salud mental.	Visión integral	- Concebir al hombre y, especialmente al niño, como un ser bio-psico-social.	- Propiciar la salud física como paso necesario para alcanzar la salud mental. - Conocer las condiciones sociales en que el niño se desenvuelve. - Analizar las consecuencias psicológicas del ambiente del niño.	Acción
	Enfoque multi-inter y transdisciplinario	- Coordinar con otros grupos externos involucrados en el trabajo comunitario, ya sean éstos de la misma disciplina, de otra, o de muchas otras.	- Obtener evaluaciones neurológicas. - Realizar evaluaciones del medio familiar, escolar y social en que el niño se desenvuelve. - Propiciar las acciones dirigidas a resolver los problemas comunitarios más relevantes.	Participación Acción Cambio
		- Crear un sistema de necesidades y motivaciones.	- Estimulación temprana. - Escuela para padres. - trabajo de salud mental con los maestros. - Desarrollo de la psicomotricidad. - Desarrollo del razonamiento. - Enriquecimiento instrumental. - Educación especial. - Socialización y adaptación. - Orientación escolar. - Orientación vocacional. - Aplicación de pruebas psicométricas. - Filosofía para niños. - Formación de hábitos. - Hábitos de estudio. - Actividades lúdicas. - Celebraciones colectivas.	Participación Acción Cambio

UNIDADES OPERATIVAS Y OBJETIVOS ESPECIFICOS	POLITICAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS	EVALUACION
UNIDAD OPERATIVA 2 AREA RECREATIVA - Propiciar la salud mental. - Acompañar a la comunidad en los procesos de desarrollo individual, grupal y comunitario.	Visión integral	- Concebir al hombre como un ser bio-psico-social.	- Propiciar la salud física como paso necesario para alcanzar la salud mental.	Participación Acción
	Metodología participativa	- Sensibilizar a los actores sociales.	- Organización de eventos deportivos. - Organización de actividades recreativas. - Desarrollo de programas de interacción con el medio (ecología).	Participación Acción Cambio
		- Crear un sistema de necesidades y motivaciones.	- Capacitación para el deporte. - Uso del tiempo libre. - Tiempo de ocio. - Conservación del medio. - Recuperación del medio.	Participación Acción Cambio
		- Propiciar y estimular la participación de todos y cada uno de los miembros de la comunidad. - Promover la organización local.	- Celebraciones colectivas. - Organización de equipos deportivos. - Organización de comités de recreación y/o deporte. - Coordinación de actividades recreativas y/o deportivas extra-comunitarias. - Apoyo a proyectos de beneficio comunitario.	Participación Acción
	Relación transectorial	- Establecer contacto con todos los sectores de la comunidad, interactuando con ellos y con todos los grupos comunitarios, sean éstos formales o no.	- Celebraciones colectivas. - Organización de eventos deportivos. - Organización de actividades recreativas. - Formación de orquestas populares. - Desarrollo de programas de interacción con el medio (ecología).	Participación
Encuadre psicológico	- Crear y mantener un sistema de necesidades y motivaciones. - Descubrir y desarrollar las potencialidades de los miembros de la comunidad. - Coordinar actividades extra-comunitarias.	- Mantenimiento de la concepción psicológica del trabajo a realizar. - Coordinación de acciones de desarrollo físico que influyan en la conformación de la psiquis. - Realización de actividades recreativas y/o deportivas que favorezcan la salud mental. - Concentración en actividades orientadas hacia el desarrollo integral y el cambio de actitudes.	Acción Cambio	

UNIDADES OPERATIVAS Y OBJETIVOS ESPECIFICOS	POLITICAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS	EVALUACION
UNIDAD OPERATIVA 4 AREA CLINICA - Determinar la problemática psicológica individual - Promover programas de atención psicoterapéutica que permitan la recuperación de la salud mental.	Visión integral	<ul style="list-style-type: none"> - Concebir al hombre como un ser bio-psico-social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar la salud física como paso necesario para alcanzar la salud mental. - Conocer las condiciones sociales en que el individuo se desenvuelve. - Analizar las consecuencias psicológicas del ambiente del individuo. 	Acción
	Enfoque multi-inter y transdisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar con otros grupos externos involucrados en el trabajo comunitario, ya sean éstos de la misma disciplina, de otra, o de muchas otras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener evaluaciones neurológicas. - Realizar evaluaciones del medio familiar y social en que el sujeto se desenvuelve. - Propiciar las acciones dirigidas a resolver los problemas comunitarios más relevantes. 	Participación Acción Cambio
		<ul style="list-style-type: none"> - Crear un sistema de necesidades y motivaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación temprana. - Terapia de apoyo. - Terapias conductistas. - Otras terapias cortas. - Prevención de adicciones. - Prevención del maltrato. - Salud reproductiva. - Talleres de reflexión y análisis. - Sociodramas. - Psicodramas. - Terapia familiar. - Terapia de grupo. - Celebraciones colectivas. 	Participación Acción Cambio
	Encuadre psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Crear y mantener un sistema de necesidades y motivaciones. - Sensibilizar a padres y maestros haciéndoles tomar conciencia de las necesidades de los niños(as). - Descubrir y desarrollar las potencialidades de los niños(as) que estén recibiendo atención psicopedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de la concepción psicológica del trabajo a realizar. - Programas psicoterapéuticos adaptados a cada situación individual. - Programas psicoterapéuticos familiares o de grupo, cuando éstos sean necesarios. - Concentración en actividades psicoperapéuticas y/o de participación social que promuevan el cambio de actitudes. 	Participación Acción Cambio

UNIDADES OPERATIVAS Y OBJETIVOS ESPECIFICOS	POLITICAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS	EVALUACION
UNIDAD OPERATIVA 3 AREA EDUCATIVA Continuación	Relación transectorial	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer contacto con los padres de familia, los maestros y otros sectores que conformen el entorno del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Celebraciones colectivas. - Formación de grupos de estudio, deportivos y de festejos. - Formación de comités de padres de familia. - Organización de grupos de maestros. - Apoyo a proyectos de beneficio comunitario. - Preparación de programas psicoterapéuticos que contemplen la participación activa de padres y maestros. 	Participación Acción Cambio
	Encuadre psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Crear y mantener un sistema de necesidades y motivaciones. - Sensibilizar a padres y maestros haciéndoles tomar conciencia de las necesidades de los niños(as). - Descubrir y desarrollar las potencialidades de los niños(as) que estén recibiendo atención psicopedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de la concepción psicológica del trabajo a realizar. - Coordinación de programas y acciones que influyan en la conformación de la psiquis. - Involucramiento de padres y maestros en los programas de atención psicopedagógica. - Concentración en actividades orientadas psicopedagógicamente y que promuevan el cambio de actitudes. 	Participación Acción Cambio

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

- La salud mental de la población guatemalteca ha sido severamente afectada por una multiplicidad de causas económico-políticas y socio-culturales, entre las que destacan las precarias condiciones de vida de la mayoría de la población, el conflicto bélico recién concluido, la ineficiencia del sistema de salud y del sistema educativo, así como patrones culturales discriminatorios e intolerantes.
- El trabajo en salud mental comunitaria pasó por un período de aletargamiento forzoso, provocado por las condiciones políticas imperantes en el país. Tras el letargo, y al considerar el aumento de la vulnerabilidad de la población, se han propuesto, por parte de algunas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, un sin número de planes, programas y proyectos que se han enfrentado a una nueva problemática.
- La situación actual involucra, además de problemas de tipo estructural, la escasez de recurso humano, insuficiente formación académica especializada, poca funcionalidad de los materiales bibliográficos y documentales disponibles y falta de herramientas técnicas aplicables en el trabajo de salud mental con poblaciones no convencionales. Todos estos elementos conforman un escenario donde se evidencia la necesidad de contar con modelos estratégicos y operativos que puedan coadyuvar, en forma efectiva, en la búsqueda de respuestas a la problemática de salud mental de las comunidades guatemaltecas.
- El presente trabajo de investigación ha elaborado, en forma preliminar e inicial, un modelo para la planificación, organización, ejecución, coordinación y evaluación de planes, programas y proyectos de salud mental que atiendan las necesidades individuales, grupales y sociales de cada comunidad. Dicho modelo estratégico y operativo se fundamenta en la sistematización de las experiencias obtenidas en la comunidad de San Antonio Las Flores, municipio de Chinautla, departamento de Guatemala; en la información bibliográfica y documental recabada y consultada; y en las vivencias intra e intercomunitarias de los grupos de estudiantes practicantes que han trabajado en esa localidad durante cuatro años (1994-1997).

- Como elementos metodológicos relevantes para la realización de esta investigación, se consideraron:
 - a) Las características físicas, poblacionales, socio-económicas y culturales de la comunidad donde se realizó la experiencia de base;
 - b) La documentación producida en el Centro de Práctica, así como libros y documentos de origen externo;
 - c) Los procesos técnicos involucrados en el trabajo psicológico desarrollado en la comunidad;
 - d) Los procesos organizativos y operativos que permitieron la implementación de los planes y programas; y,
 - e) El tipo de planificación que orienta el modelo propuesto.

- En la comunidad bajo análisis, se han desarrollado cuatro procesos técnicos que cubren las tres perspectivas del trabajo en salud mental comunitaria: en, para y con la comunidad. Para su mejor visualización y comprensión, se elaboró un Diagrama de Flujo de cada proceso y un Diagrama General de Procesos que consolida los procedimientos utilizados en cada área de trabajo y que muestra las relaciones funcionales existentes entre ellos.
Los procesos técnicos llevados a cabo pueden clasificarse en dos grandes grupos: procesos de atención psicológica individual y procesos comunitarios grupales.

- El trabajo en salud mental se realizó a través de cuatro Unidades Operativas, definidas de acuerdo a las áreas de la Psicología aplicables en la comunidad estudiada, complementadas por una Unidad de Coordinación. Las Unidades Operativas corresponden a las siguientes áreas: Psicología Social, Psicología Recreativa, Psicología Educativa y Psicología Comunitaria.

- Las Unidades Operativas de Psicología Social y Psicología Recreativa se ocupan, en su inicio, de los procesos comunitarios grupales, en tanto que las Unidades Operativas de Psicología Educativa y Psicología Clínica atienden, en primera instancia, los procesos de atención psicológica individual.
Los procesos comunitarios grupales pueden dar origen a procesos de atención psicológica individual y, de igual manera, los procesos de atención psicológica individual pueden generar procesos comunitarios grupales.

- El modelo que esta tesis propone ha sido planteado desde tres dimensiones conceptuales: a) Dimensión teórico-metodológica; b) Dimensión organizativa; y, c) Dimensión operativa.
- El modelo propuesto se formuló conforme a los lineamientos de la planificación estratégica y se apoyó en la teoría de sistemas. A través de esa combinación fue posible definir con toda claridad los objetivos que se pretende alcanzar, precisar las acciones y la interacción entre los componentes del modelo y garantizar la obtención de productos en el campo de la salud mental comunitaria.
- El modelo sistémico organizacional propuesto incluye: a) Como insumos, aquellos elementos consitutivos del desarrollo humano, individual, familiar y comunitario donde la salud mental se encuentra comprometida; b) En el proceso, la Unidad de Coordinación y las Unidades Operativas, en su función de facilitadoras de los procesos individuales y grupales que permiten transformar la problemática de salud mental en opciones de respuesta; y, c) Los productos, observables y medibles mediante el uso de tres parámetros básicos que son: participación, acciones y cambios que, en tanto estén presentes, constituyen la prueba de que el sistema funciona.
- La propuesta operativa fue plasmada en un Plan de Atención Psicosocial que, con un horizonte temporal de cinco años, propone los objetivos específicos, las políticas y las estrategias que harán viable la ejecución de los planes, programas y proyectos que, seleccionados dentro del listado de actividades allí propuestas y definidos participativamente con la comunidad, se decida ejecutar en el futuro.
- Para la implementación del modelo propuesto, debe considerarse que son los miembros de las comunidades, con el apoyo del equipo técnico en salud mental, quienes deben realizar las acciones pertinentes para encontrar las opciones de respuesta aplicables a su problemática, contando con sus propios recursos y experiencias e inmersos en su propio entorno macro.

Desde esa perspectiva, el papel de los estudiantes-practicantes y los docentes-supervisores consiste en aportar sus conocimientos y dominio técnico, así como su vocación de servicio para que la comunidad se sienta orientada y acompañada y visualice más fácilmente el camino a seguir.

- La formulación, el diseño y la implementación de modelos estratégicos y operativos como el propuesto en este trabajo de tesis permite:
 - a) Contar con documentos y con herramientas técnicas que orienten el trabajo en salud mental comunitaria;
 - b) Reducir el nivel de frustración de los trabajadores de la salud mental comunitaria, para lograr su incorporación permanente a ese tipo de acciones;
 - c) Elevar la formación teórico-metodológica de los equipos técnicos de salud mental comunitaria; y,
 - d) Brindar una respuesta más ágil y eficiente a la problemática de salud mental de las comunidades guatemaltecas.

8.2 RECOMENDACIONES

La primera y única aspiración de quien sustenta este trabajo de tesis es ofrecer a quienes se encuentren interesados(as) en trabajar con las comunidades guatemaltecas, el panorama de su experiencia personal, presentado de manera tal que pueda orientar sus pasos en la difícil tarea de abordar la salud mental individual y social de una Comunidad.

Si esa aspiración se cumpliera y algún(a) trabajador(a) de la salud mental consultara este informe, se le recomienda:

- Identificar el tema-problema tratado en esta tesis, lo que le permitirá determinar si su interés y su preocupación tienen el mismo origen;
- Estudiar los objetivos de este trabajo para establecer si concuerdan o no con los suyos y, por ende, si el mismo puede serle útil o no;
- Informarse acerca de las experiencias nacionales en salud mental comunitaria reportadas en esta tesis, así como de la metodología que ha sido utilizada en cada una de ellas, anotando aquellos libros y documentos que aparecen como referencias bibliográficas y documentales que pueden constituirse en su punto de apoyo para el trabajo a realizar;

- Visualizar la "Imagen Objetivo" de su trabajo en salud mental comunitaria para compararla con la "Imagen Objetivo" del modelo. Si éstas son concordantes, puede seguir adelante;
- Revisar los procesos técnicos ejecutados en San Antonio Las Flores para definir si existen puntos coincidentes con las acciones que desea llevar a cabo en su comunidad. Si así fuera, analizarlos detenidamente, para proceder a su adaptación ya sea mediante su complementación o su simplificación;
- Observar el modelo organizativo propuesto para definir si puede ser transferido a otra población de manera mecánica, o decidir qué unidades deben operar en su propia comunidad;
- Consultar la Propuesta Operativa del Plan de Acción Psicosocial para analizar detenidamente sus contenidos y poder señalar algunos puntos claves. Por ejemplo:
 - a) ¿Las políticas propuestas son aplicables en su comunidad?
 - b) ¿Las estrategias incluidas pueden funcionar o deben ser replanteadas?
 - c) ¿Qué planes, programas y proyectos pueden ser requeridos por su comunidad?
 - d) ¿En qué momento se evaluará el trabajo a realizar?
 - e) ¿Cuáles serán los parámetros de evaluación?

Así analizado, el modelo propuesto puede servirle de referente teórico-metodológico y técnico que le permita agilizar el diseño de su propio Plan de Acción Psicosocial.

Sin embargo, y más allá del modelo, también deben plantearse al investigador las siguientes cuestiones:

- No debe descuidarse en el trabajo en salud mental el factor afectivo. Ningún modelo estratégico y operativo debe desplazar al respeto y a la afectividad como elementos fundamentales del trabajo con las personas de las comunidades;

- El modelo estratégico y operativo que este trabajo propone no es y no pretende ser nada más que una herramienta. Como toda herramienta, serán las intenciones y las manos de quienes la dirijan las que harán la diferencia entre "lo técnico" y "lo humano". En lo técnico, importa la precisión; en lo humano, importa la relación.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y DOCUMENTALES

- ALMEIDA, Eduardo, MARTINEZ, Manuel y VARELA, Magdalena, *Psicología social comunitaria*, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Puebla y Escuela Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán, México, 1995. 279 pp.
- CALDERON PEREZ, Felipe, *Investigación participativa*, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Guatemala, 1995. 77 pp.
- CASTRO DE BADILLO, et. al., *Administración de documentos, recurso de información*, Scott, Foresman and Company, Estados Unidos de América, 1989. 674 pp.
- CHAPLIN, J. P., *Dictionary of Psychology*, Dell Publishing Company, Inc., Estados Unidos de América, 1968. 537 pp.
- Diccionario Enciclopédico UTEHA*, Tomo VIII, Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana, México, 1953. 1,328 pp.
- EGAN, Gerard, *El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*, Grupo Editorial Iberoamérica, S.A. de C.V., México, 1981. 245 pp.
- ESPINOZA, Lair e HIDALGO, Edgar, *Una experiencia de participación comunitaria en las áreas precarias de la ciudad de Guatemala*, Editorial e Impreofset Oscar de León Palacios, Guatemala, 1994. 163 pp.
- GARCIA Manzo, Dr. Ricardo, *Seminario nacional de salud comunitaria, "Encuentro con la salud comunitaria del guatemalteco"*, Ministerio de Salud Pública, Guatemala, 1988. 164 pp.
- FLORES, Walter, *Problemática y opciones en salud mental en Guatemala*, Redd Barna, Guatemala, 1997.
- FONTECHA FRESNO, Marisol, *La salud mental también se aprende. Intervención desde un modelo integrado*, Ediciones Pirámide, S.A., España, 1993. 244 pp.

- GOULD, F. J. y EPPEN, G.D., *Investigación de operaciones en la ciencia administrativa*, Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., México, 1987. 783 pp.
- GUTIERREZ PANTOJA, Gabriel, *Metodología de las ciencias sociales - I*, Harper & Row Latinoamericana -Harla-, México, 1984. 132 pp.
- HIRSCHMAN, Alberto, O., *El avance en colectividad, experimentos populares en la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., México, 1982. 120 pp.
- LEMKAU, Paul V., *Higiene mental*, Fondo de Cultura Económica, México, 1972. 135 pp.
- Instituto Centroamericano de Administración Pública -ICAP-, *Conceptos de sistemas y ciencia de la administración*, materiales de la Maestría Centroamericana en Administración Pública, sin datos editoriales. 145 pp.
- KLINEBERG, Otto, *Psicología social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1963. 577 pp.
- MARIN, José Nicolás y MONTIEL, Eduardo Luis, *Estrategia, diseño y ejecución*, Libro Libre, Costa Rica, 1992. 321 pp.
- MARTIN-BARO, Ignacio, *Psicología social de la guerra*, UCA Editores, El Salvador, 1990. 520 pp.
- PAPALIA, Diane E. y WENDKOS OLDS, Sally. *Psicología del desarrollo*, McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V., México, 1990. 672 pp.
- PEREZ PIVARAL, José Roberto, *Instructivo para la presentación de trabajos y ejercicios de cursos*, Universidad de San Carlos de Guatemala, Editorial Universitaria, Guatemala, 1989. 20 pp.
- Prensa Médica Mexicana, *Memorias del cuarto congreso internacional de salud mental*, Dr. Alfonso Millan, editor, México, 1953. 566 pp.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD- *Informe sobre desarrollo humano, 1990*, Centro de Comunicación y Documentación entre Europa, España y América Latina "CIDEAL".

- RUBINSTEIN, J. L., *Principios de psicología general*, Editorial Grijalbo, S.A., México, 1984. 767 pp.
- SILLAMY, Norbert, *Diccionario de la psicología*, Los diccionarios del hombre del Siglo XX, Plaza y Janes, S.A. editores, España, 1976. 344 pp.
- SISTI, Elvio, *Salud mental de base*, UCA Editores, El Salvador, 1995. 179 pp.
- TECLA J., Alfredo y GARZA R., Alberto, *Teoría, métodos y técnicas en la investigación social*, Colección Técnicas No.9, Departamento de Publicaciones, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1979. 62 pp.
- UNICEF-SEGEPLAN, *Caracterización de las áreas precarias en la ciudad de Guatemala*, sin datos editoriales. 93 pp.
- WERNER, David y BOWER, Bill, *Aprendiendo a promover la salud*, Fundación Hesperian y Centro de Estudios Educativos, A.C., Estados Unidos de América, 1992. 622 pp.
- WHITTAKER, James O. y WHITTAKER, Sandra J., *Psicología*, 4a. edición, McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V., México, 1989. 785 pp.
- YOPO P., Boris, *Metodología de la investigación participativa*, Cuadernos del CREFAL 16, Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina, México, 1985. 64 pp.
- ZETINA CASTELLANOS, Waldemar, *El proceso de la investigación*, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, Guatemala, 1996. 59 pp.

DOCUMENTOS:

- Diócesis del Quiché, Equipo de Salud Mental, *Guía básica de tres experiencias de salud mental*, documento fotocopiado sin datos editoriales, Guatemala, 79 pp.
- Centro de Investigación y Educación Popular, *El método en la educación popular*, documento de trabajo, sin datos editoriales. 11 pp.

COMISION INTERINSTITUCIONAL PARA LA ATENCION DE LAS AREAS PRECARIAS -COINAP-, *Autodiagnósticos realizados en El Mezquitil y La Verbena*, documentos de trabajo, sin datos editoriales.

_____, *Encuesta familiar*, Componente de Salud COINAP/UNICEF, documento de trabajo, sin datos editoriales. 22 pp.

_____, *Evaluación de la primera etapa de la capacitación en salud mental, colonia La Verbena, 1993*, documento de trabajo, sin datos editoriales. 70 pp.

_____, *Políticas, programa de servicios básicos urbanos, políticas y estrategias para la salud comunitaria*, sin datos editoriales. 9 pp.

Proyecto PRODERE, *Desarrollo humano y salud mental, experiencias en Centro América*, Documento de trabajo del Seminario Taller, Honduras, 1994. 29 pp.

Declaración de Caracas, 14 de noviembre de 1990, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, reproducción fotocopiada, sin datos editoriales. 5 pp.

Grupos focales, Documento fotocopiado, capítulo 3, sin datos editoriales. 14 pp.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, *11° Seminario de Salud Comunitaria*, sin datos editoriales. 34 pp.

_____, *Módulo de capacitación en el componente psicosocial de la salud*, documento fotocopiado, sin datos editoriales. 119 pp.

_____, *Módulo para uso del equipo básico de salud, maestro y promotor escolar*, documento fotocopiado, sin datos editoriales. 2 pp.

_____, *Primer Encuentro Nacional de Salud Mental: Una alternativa para la paz y el desarrollo*, sin datos editoriales. 26 pp.

_____, *Programa Nacional de Salud Mental, plan de acción para la recuperación psicosocial en zonas afectadas por el conflicto armado*, documento fotocopiado, sin datos editoriales. 37 pp.

Ponencia central, II Encuentro Nacional de Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria y I Encuentro Latinoamericano de Salud Mental Comunitaria, Cuba, 1997. 17 pp.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD- *Informe sobre desarrollo humano, 1993*, Capítulo I. Documento de trabajo, sin datos editoriales. 44 pp.

Reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria, Memorias del Taller Internacional, Cuba, 1995. 208 pp.

ANEXOS

1. "Collage" de evaluación.
2. "Collage" de evaluación.
3. Croquis de ubicación de la Aldea de San Antonio Las Flores.
4. Croquis de la comunidad de San Antonio Las Flores.
5. Imagen Objetivo.
6. Glosario

ANEXO 1

"Collage" de evaluación



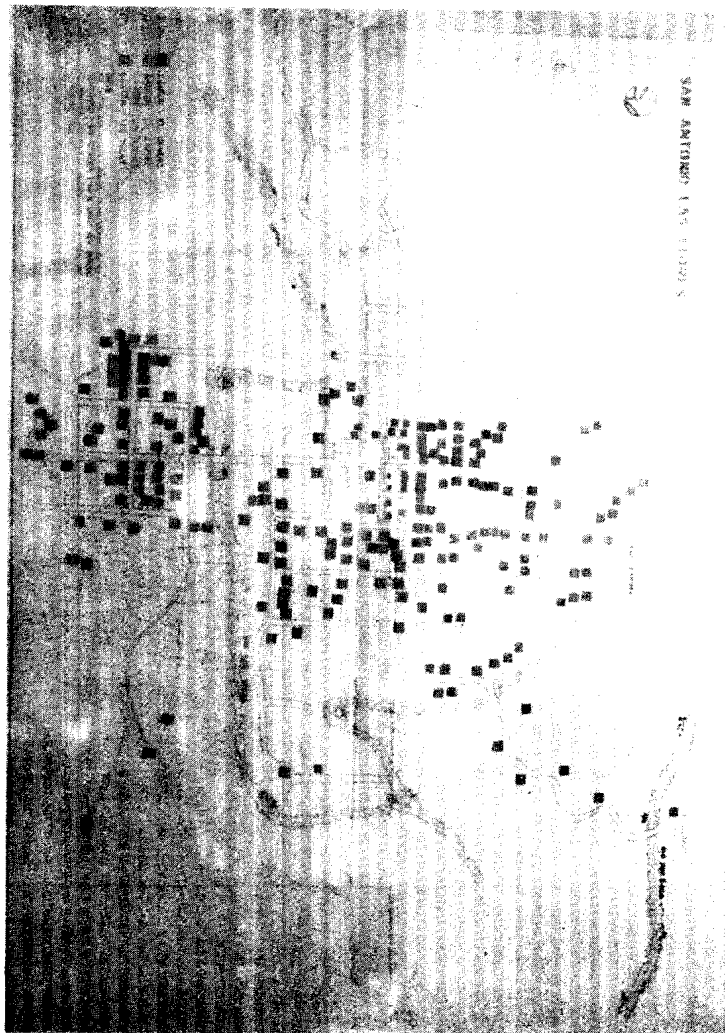
ANEXO 3

Croquis de ubicación de la Aldea de San Antonio Las Flores



ANEXO 4

Croquis de la comunidad de San Antonio Las Flores



ANEXO 6

Glosario

- Acción invasiva:** Aquella que promueve, simultáneamente, la planificación, organización y ejecución de planes, programas y proyectos, en varios ámbitos de la vida comunitaria.
- Activismo:** Fase del proceso de inserción comunitaria. La principal característica de esta etapa reside en la realización de gran cantidad de actividades encaminadas a lograr la aceptación por parte de los pobladores y de sus organizaciones comunitarias. Implica que la principal función de los técnicos es realizar acciones que satisfagan, en forma inmediata, las demandas para la solución de los problemas de los pobladores (sean o no de salud mental). Se promueve, además, lograr un mayor acercamiento entre ambos sectores (técnicos y pobladores).
- Activismo social:** Término utilizado como sinónimo de "promoción social" y que plantea, por lo tanto, actividades de desarrollo humano, no necesariamente de salud mental.
- Actores sociales:** En sentido estricto, quienes hacen ... en una sociedad. En el sentido que se le da al término para efectos del modelo organizativo, miembros de las comunidades que lleguen a percibirse a sí mismos como promotores del cambio. Esa percepción les hará asumir roles de liderazgo y les comprometerá, continuamente, en acciones de beneficio comunitario.
- Empoderamiento:** Traducción literal del inglés "empowerment". Término utilizado para denominar aquellos procesos en los cuales las personas y los grupos son capacitados para la auto-gestión, así como para administrar el poder que les es trasladado, paulatinamente, por las entidades que han posibilitado su desarrollo individual y grupal.

- Modelo operativo:** En términos generales, es aquel orientado a obtener productos o servicios finales. Es de aplicación inmediata, efectiva y evaluable en forma directa.
- Modelo estratégico:** Aquel concebido como un elemento unificador y consistente, que, a partir de la definición de una visión integral, un objetivo común y un horizonte temporal, permite formular una serie de políticas y estrategias globales que garantizan un desempeño eficaz y eficiente.
- Opciones de respuesta:** Variedad de respuestas posibles. Cuando un sujeto responde ante diversos aspectos de su problemática personal o de interacción social de una sola manera o cuenta con muy pocas respuestas, tal problemática puede no resolverse e, inclusive, agravarse. Si, tras un proceso de atención psicológica individual o de trabajo grupal de salud mental, el individuo logra mejorar su capacidad de respuesta y adquirir nuevas "opciones de respuesta", la posibilidad de enfrentar y resolver su problemática se multiplica, permitiéndole, a la vez, mejorar su calidad de vida.
- Si se piensa en el psicólogo como un facilitador de procesos, tanto individuales como grupales, también debe concebirse que su intervención se orienta a lograr que los sujetos con quienes trabaja sean capaces de transformar su problemática a través de una variedad de respuestas posibles.
- PIS:** Programa Integrado de Salud, patrocinado por una serie de instituciones nacionales e internacionales. Tiene como uno de sus principales objetivos el capacitar como Promotoras de Salud a mujeres que habitan en las áreas precarias urbanas y periurbanas de la ciudad capital. La capacitación que se les brinda pretende comunicar y difundir los conocimientos fundamentales sobre los diferentes aspectos que intervienen en el concepto de salud integral de las personas en sus comunidades. El programa tiene un enfoque educativo y preventivo.

- Modelo operativo:** En términos generales, es aquel orientado a obtener productos o servicios finales. Es de aplicación inmediata, efectiva y evaluable en forma directa.
- Modelo estratégico:** Aquel concebido como un elemento unificador y consistente, que, a partir de la definición de una visión integral, un objetivo común y un horizonte temporal, permite formular una serie de políticas y estrategias globales que garantizan un desempeño eficaz y eficiente.
- Opciones de respuesta:** Variedad de respuestas posibles. Cuando un sujeto responde ante diversos aspectos de su problemática personal o de interacción social de una sola manera o cuenta con muy pocas respuestas, tal problemática puede no resolverse e, inclusive, agravarse. Si, tras un proceso de atención psicológica individual o de trabajo grupal de salud mental, el individuo logra mejorar su capacidad de respuesta y adquirir nuevas "opciones de respuesta", la posibilidad de enfrentar y resolver su problemática se multiplica, permitiéndole, a la vez, mejorar su calidad de vida.
Si se piensa en el psicólogo como un facilitador de procesos, tanto individuales como grupales, también debe concebirse que su intervención se orienta a lograr que los sujetos con quienes trabaja sean capaces de transformar su problemática a través de una variedad de respuestas posibles.
- PIS:** Programa Integrado de Salud, patrocinado por una serie de instituciones nacionales e internacionales. Tiene como uno de sus principales objetivos el capacitar como Promotoras de Salud a mujeres que habitan en las áreas precarias urbanas y periurbanas de la ciudad capital. La capacitación que se les brinda pretende comunicar y difundir los conocimientos fundamentales sobre los diferentes aspectos que intervienen en el concepto de salud integral de las personas en sus comunidades. El programa tiene un enfoque educativo y preventivo.

- Psicología del sufrimiento cotidiano:** Algunos autores consideran que la psicología comunitaria puede definirse como "la psicología del sufrimiento cotidiano", incluyendo en este término una gran variedad de trastornos que son ocasionados por la incapacidad de un individuo de enfrentar determinada situación social de su vida diaria, ya sea que ésta se presente en el ámbito familiar, grupal, institucional o comunitario.
- Poblaciones no convencionales:** Deberá entenderse como tales a grupos de analfabetos, personas con escolaridad baja o con poco o nulo entrenamiento en la realización de cualquier tipo de pruebas.
- Relación transectorial:** Se plantea como la relación que debe establecer el equipo técnico con todos los sectores existentes en una comunidad, propiciando y estimulando, a la vez, la interacción entre los diversos grupos y sectores comunitarios. De aquí se deduce que no puede ser una relación establecida sólo con los líderes formales ni una relación unidireccional.
- Reproinsas:** Representantes del Programa Integral de Salud. Denominase así a las personas que han sido capacitadas dentro del Programa Integral de Salud. En San Antonio Las Flores han sido capacitadas 17 mujeres de la comunidad.
- Sistema:** Conjunto de elementos integrados que se encuentran en interacción. El sistema es un procesador que, actuando a través de personas, máquinas, instalaciones o/y otros recursos, transforma los elementos que entran en él, y les da salida. Todo lo que entra recibe el nombre de "insumo", los procedimientos de transformación son conocidos como "procesos" y a todo lo que sale se le denomina "producto". Existen, entre otros, sistemas naturales y artificiales, sociales, abiertos y cerrados, permanentes y temporales, estables y no estables, así como adaptativos y no adaptativos. Todos ellos, están siempre incluidos en un sistema más grande llamado "supersistema" y, simultáneamente, están conformados por sistemas más pequeños que reciben el nombre de "subsistemas".

Sistema de necesidades y motivaciones:

Conjunto de elementos, entre los cuales se incluyen la identificación de necesidades, la concientización acerca de derechos no ejercidos, la definición de nuevas necesidades y la motivación para su logro.

El crear y mantener un sistema de necesidades y motivaciones implica un proceso en el cual se debe demostrar que las personas necesitan más de lo que creen necesitar y que, en alguna medida, pueden alcanzar algunos satisfactores.

Sistematización:

Desde una visión primaria, se trata de un proceso que consiste en describir, ordenar y reflexionar analíticamente sobre el resultado de una experiencia, de un conocimiento que, a partir de la práctica, generaliza, teoriza y prioriza.

Profundizando en el contenido del término debe agregarse que se refiere a tratar un conglomerado de elementos como un sistema; o sea, como un conjunto de elementos organizados que se encuentran en interacción, que buscan meta o metas comunes, que operan sobre datos, materia u organismos, en una referencia temporal y que en un proceso de transformación producen nueva información, materia u organismos.

INDICE GENERAL

	No. pág.
Presentación a manera de Prólogo	i
Introducción	v
I. ANTECEDENTES	1
II. JUSTIFICACION	9
III. OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo general	13
3.2 Objetivos específicos	13
IV. MARCO TEORICO	15
4.1 Salud mental	15
4.1.1 Teorías básicas acerca de salud mental y desarrollo humano	15
4.1.2 Conceptualización de salud mental	16
4.1.3 Salud mental y sociedad	17
4.1.4 Acciones concretas de salud mental en Guatemala	19
4.1.5 Metodología del trabajo en salud mental comunitaria	22
4.1.5.1 Consideraciones generales	22
4.1.5.2 Metodología participativa	23
4.2 Modelos	25
4.2.1 Formulación y construcción de modelos	26
4.2.1.1 Estudio del ambiente	26
4.2.1.2 Formulación de una respuesta selectiva de la realidad	27
4.2.1.3 Elaboración de una representación física del modelo	27
4.2.2 Estrategias	28
4.2.2.1 Consideraciones generales	28
4.2.2.2 Modelos estratégicos	29
4.2.3 Sistematización	30
4.2.3.1 Consideraciones generales	30
4.3.3.2 El proceso de sistematización	31
4.3 Resumen	32

V.	PREMISAS Y PROPOSICIONES PRIMORDIALES	33
5.1	Premisas	33
5.2	Proposiciones primordiales	34
VI.	LINEAMIENTOS METODOLOGICOS	35
6.1	Descripción del entorno geográfico y socio-cultural	36
6.1.1	Descripción física	36
6.1.2	Descripción de la población	36
6.1.3	Condiciones socio-económicas	37
6.1.4	Aspectos culturales	38
6.2	Procesos de documentación	40
6.3	Procesos técnicos	41
6.3.1	Inserción comunitaria	42
6.3.1.1	Conceptualización	42
6.3.1.2	Caracterización	42
6.3.1.3	Operatividad	43
6.3.2	Interacción comunitaria	47
6.3.2.1	Conceptualización	47
6.3.2.2	Caracterización	47
6.3.2.3	Operatividad	47
6.3.3	Otras actividades realizadas para la comunidad	53
6.3.3.1	Conceptualización	53
6.3.3.2	Caracterización	53
6.3.3.3	Operatividad	53
6.3.4	Atención psicológica a la comunidad	57
6.3.4.1	Conceptualización	57
6.3.4.2	Caracterización	57
6.3.4.3	Operatividad	58
6.4	Procesos organizativos y operativos	67
6.4.1	Unidad de Coordinación	67
6.4.2	Unidad operativa 1 - Psicología Social	68
6.4.3	Unidad operativa 2 - Psicología Recreativa	68
6.4.4	Unidad operativa 3 - Psicología Educativa	69
6.4.5	Unidad operativa 4 - Psicología Clínica	69
6.5	Diseño de un Plan Estratégico Base	70
6.6	Resumen	73

VII.	PROPUESTA DE MODELO ESTRATEGICO Y OPERATIVO, A MANERA DE PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	75
7.1	Propuesta: Un modelo estratégico y operativo	75
7.1.1	Dimensión teórico-metodológica	76
7.1.1.1	Identificación del problema y de la "Imagen Objetivo"	78
7.1.1.2	Identificación de los rasgos característicos del problema	79
7.1.1.2.1	Variables	80
7.1.1.2.2	Constantes	84
7.1.1.2.3	Parámetros	84
7.1.2	Dimensión organizativa	88
7.1.3	Dimensión operativa	93
VIII.	CONCLUSIONES	103
8.1	Conclusiones	103
8.2	Recomendaciones	106
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y DOCUMENTALES	109
X.	ANEXOS	115

INDICE DE GRAFICAS

	No. pág.
- Gráfica del Proceso "A" Inserción comunitaria	45
- Gráfica del Proceso "B" Interacción comunitaria	51
- Gráfica del Proceso "C" Otras actividades realizadas para la comunidad	55
- Gráfica del Proceso "D" Atención psicológica a la comunidad	61
- Diagrama General de Procesos	65
- Plan Estratégico Base	71
- Modelo Organizativo	91
- Plan de Atención Psicosocial -Propuesta Operativa-	95