



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ALGUNAS ALTERNATIVAS DE INTERVENCION
EN LA COMUNIDAD.**

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a :

MARTA ELENA VALDEMOROS ALVAREZ

CLARA INES PALACIO RESTREPO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción.....	2
<u>CAPITULO I</u>	
Psiquiatría Comunitaria.....	13
Historia.....	16
Estados Unidos.....	17
Francia.....	21
Canadá.....	25
Chile.....	25
México.....	28
Cuba.....	29
China.....	31
Fundamentos de la disciplina.....	34
El movimiento de la salud pública.....	35
Estructura Social.....	36
Modelos teóricos.....	37
Algunas consideraciones adicionales.....	41
Bibliografía.....	48

I N D I C E

CAPITULO II

Introducción.....	53
Investigación participativa.....	55
Historia.....	56
Fundamentos.....	58
Algunas aplicaciones.....	63
Grupo Operativo.....	65
Historia.....	66
Fundamentos.....	67
Algunas aplicaciones.....	70
Método de enseñanza de Paulo Freire.....	72
Historia.....	73
Fundamentos.....	74
Algunas aplicaciones.....	76
Bibliografía.....	79

CAPITULO III

Introducción.....	83
Características generales de las técnicas referidas.....	84
Características específicas de las técnicas referidas....	88
Modelo tentativo de integración de estas técnicas.....	93
Antecedentes.....	94
Posibilidades de conjugación de las técnicas.....	96
Bibliografía.....	98

I N D I C E

CAPITULO IV

Introducción.....	101
Discusión.....	102
Nuevos problemas.....	102
Viabilidad de estas alternativas.....	111
Bibliografía.....	118

I N T R O D U C C I O N

El interés por este tema se suscitó a partir de una práctica del módulo III, relativa a la Psiquiatría Comunitaria (del Área de Psicología Clínica), lo que incentivó la profundización de otras alternativas diferentes a las postuladas por aquélla para la intervención en la comunidad. La experiencia desarrollada en aquel campo, a partir de sus propias limitaciones y deficiencias, puso al desnudo la imperiosa necesidad de reformular buena parte del esqueleto teórico de aquella disciplina (Psiquiatría Comunitaria) y de suplantar muchas de las modalidades técnicas de su trabajo. El marco al que hacemos referencia y con el cual operamos, corresponde a la producción de la escuela americana, en particular, al material aportado por los autores Alfred Freedman, Harold Kaplan y Benjamín Sadock (1980), quienes sistematizaron y sintetizaron la producción teórica de Gerald Caplan, iniciador de la mejor labor de elaboración disciplinaria en su país. Este, fundamentándose en la incidencia de lo social en los procesos morbosos (estudios relativos a la II Guerra Mundial, a las condiciones socioeconómicas "pobres" y el desarrollo social concomitante; a la senilidad, delincuencia, alcoholismo, abuso de drogas, etc...), incorporó un nuevo enfoque psiquiátrico a la díada salud-enfermedad, concibiéndola como una resultante social. Por ello, lo básico de la acción terapéutica, fue planteado en términos de intervención en la comunidad y en torno a tres niveles diferenciados y articulables de prevención: primaria, secundaria y terciaria. El primero de los niveles de prevención, lo refiere este autor en función del vínculo del equipo

de salud (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, enfermera psiquiátrica y ocasionalmente, sociólogos, antropólogos y otros profesionistas) con diversos grupos humanos (escuelas, colonias, centros laborales, clubes), a los fines de la facilitación de la información relativa a la salud ("Promoción de la Salud" y "Educación Sanitaria"); todo ésto llevado a cabo mediante conferencias y pláticas. La prevención secundaria, la refiere en vinculación con el diagnóstico y el tratamiento, los que en los casos de mayor gravedad, requieren del uso del centro de salud; las modalidades terapéuticas son múltiples, incluyéndose diversas formas de terapia individual y grupal. La prevención terciaria, la define en torno a la rehabilitación de los pacientes hospitalizados, tras el propósito de prepararlos para su reinsertión y para garantizar la aceptación del medio; las variantes técnicas que propone en relación con ésto, son: el hospital de día, de noche y de fin de semana, hogares adoptivos e instituciones de retransición (residencias de rehabilitados), club de ex-pacientes, rehabilitación para el mundo del trabajo (talleres libres de competencia e industria supervisada).

A la luz de estos lineamientos e incorporado a un programa del Centro de Salud Mental Comunitario San Rafael, se efectuó una intervención breve en la colonia López Portillo. Allí, para facilitar la implementación de un programa de prevención primaria, se realizó previamente un reconocimiento de la población y sus condiciones de vida (censo). El programa promovido por el Centro contemplaba dos catego-

rías de labores: a) Conferencias relativas al alcoholismo, farmacodependencia, adolescencia, síndrome del niño maltratado, desarrollo normal y anormal del niño y b) canalización de pacientes hacia el centro. No obstante, el carácter empírico y directivo de la aproximación a esta comunidad (semejante a la desarrollada en todas las comunidades del Distrito Federal en las que hubo trabajo de esta naturaleza), determinó la parálisis del equipo interviniente, el cual tan sólo desarrolló una parte de la actividad programada (censo y canalización). Se interpreta de esto, que las causas que determinaron este desenlace fueron:

- a) Insuficiencia teórica del marco adoptado: la estrechez con que el autor antes mencionado define y propone modificar los postulados clásicos referidos a la génesis y desarrollo de la enfermedad mental, derivada de una concepción social que distorsiona la realidad y la dinámica de las comunidades (especialmente, de los sectores marginales).
- b) Implementación de técnicas inapropiadas: derivado de los aspectos antedichos, particularmente de la estimación social de que los "estratos inferiores de la sociedad" son incapaces de organizarse como grupos activos, las técnicas llevadas a cabo desde aquella teoría se estructuran exclusivamente en base a lo que el equipo de especialistas determinan como adecuado para dicha comunidad, condenando a ésta a la inercia. Una modalidad técnica directiva, la de las conferencias, se basa en el vaciamiento de información en un públi-

co expectante, cuya única participación se planteará al término de la misma, mediante preguntas.

Poniendo en duda la efectividad de los programas estructurados en base a un ciclo de conferencias, se citan dos referencias. La primera, dimanada de la O.M.S. y referida al efecto contraproducente de la mera divulgación de información acerca del uso y abuso de las drogas alucinantes(O.M.S., 1980), dado que por esa vía, lejos de reducir los índices de drogadicción, éstos se incrementan. La segunda, registrada en la ejecución de un programa comunitario del Centro San Rafael(en la Colonia Guadalupe, Octubre de 1981), en circunstancias tales de que, al dar comienzo a la tercera conferencia del ciclo, los disertantes fueron interrumpidos por el público(padres de familia de la colonia), exigiéndoles el tratamiento de los problemas que aquejaban a éstos.

c) La composición y funciones específicas del equipo de salud:Freedman, Kaplan y Sadock, formulan al respecto: "El nivel y la naturaleza de la responsabilidad profesional del psiquiatra y de su obligación de rendir cuentas en este sentido, varían de acuerdo con la subpoblación con la que esté tratando. Tiene la responsabilidad médica tradicional con respecto a sus propios pacientes y esta área es de su competencia exclusiva, con la ayuda de personal auxiliar que trabaja bajo su dirección. En otras áreas, tales como el trato de los delincuentes, colabora de igual a igual con otros profesionales como psicólogos, asistentes sociales, antropólogos, sociólogos, abogados,

maestros, policías, enfermeras y médicos generales" (1).

Gerald Caplan sugiere que: "El psiquiatra debe crear una red de contactos personales en la comunidad, con conocimiento y respeto de la estructura y cultura sociales existentes. Debe conocer todo el conjunto de problemas que interesan a los miembros de la comunidad, y no sólo los relacionados con la psiquiatría preventiva".(2).

Analizando estas categóricas afirmaciones, es posible arribar a dos conclusiones: el papel rector en la labor comunitaria le es asignado al psiquiatra, constituyéndose los demás profesionistas en auxiliares de aquél; en particular, el psicólogo clínico es confinado a tareas de exploración y de apoyo.

Esta concepción, en nuestra práctica comunitaria, se realizó a través de la aproximación a la comunidad, de estudiantes avanzados en Psicología y Enfermería Psiquiátrica (en una acción desarticulada e inconexa), quienes tan sólo brindarían información a la comunidad y garantizarían la consecuente canalización de pacientes hacia la institución psiquiátrica. Con preferencia, al psiquiatra se le asignó una función hegemónica: ser el principal soporte de la prevención secundaria y terciaria, en el Centro Comunitario; de ahí que no se requiriese su presencia en la comunidad.

Como resultado de esta experiencia comunitaria, se consideró necesario reformular las bases teóricas de la Psiquiatría Comunitaria y configurar un corpus metodológico adecuado. Se pensó que era posible es-

coger técnicas consagradas en otras áreas de la Psicología y en --- otras disciplinas científicas, pero que fueron implementadas individualmente en el campo de la salud (como por ejemplo la efectuada por parte de la S.S.A. en Cd. Netzahualcóyotl en septiembre de 1977, siendo responsable el Dr. Lemuel García Salgado, Coordinador de Comunidad y Area de Ciencias del Sistema de Salud de Cd. Netzahualcóyotl).-- En lo relativo a la formulación de las bases teóricas de la Psiquiatría Comunitaria, se toma como punto de partida el análisis histórico y social de su surgimiento. Al respecto, el Dr. Serge Lebovici (Director del Centro Alfred Binet de París y representante de la Escuela -- Psiquiátrica de Henry Ey) plantea: "En todos los países del mundo se habla de la tercera revolución psiquiátrica, que sería calificada ante todo de "comunitaria". Cuando se habla de revolución psiquiátrica se piensa principalmente en Pinel y en su idea de liberar a los locos de las cadenas que los tenían atados. Es la primera revolución. Se habla después de la introducción del psicoanálisis, de la introducción del conflicto humano en la Patología Mental, lo cual constituye la segunda revolución. Actualmente, en fin, muchos autores --en particular en Estados Unidos-- hablaban de una tercera revolución que asigna al psiquiatra un papel en la comunidad, que le hace trabajar en provecho de la misma"(3).

Reafirmando lo de Lebovici, se estima que la Psiquiatría Comunitaria--desplaza el eje de problemática de la salud, de lo individual.....--

a lo social: ésa es su aportación revolucionaria. En el pasado, la Psiquiatría permanecía confinada en el "asilo", alienándose de lo social. Actualmente, a través de la Psiquiatría Comunitaria, ha -- iniciado un movimiento encaminado hacia la fusión con los grupos -- humanos, en el hábitat natural de éstos. Desde dicha fusión, ha ges-- tado una nueva concepción en torno a la díada salud-enfermedad: la del "hospital sin muros".

Sin embargo, lo que se ha dado en llamar Psiquiatría Comunitaria -- presenta distintas manifestaciones a nivel internacional; de entre éstas, emerge la escuela americana como una de las más destacadas -- (la de mayor difusión en América Latina). Esta última, enfatiza la labor psiquiátrica en términos de trabajo interdisciplinario (acción conjunta del equipo de salud y otros profesionistas), reconociendo tres niveles de intervención: prevención primaria, prevención secun-- daria y prevención terciaria (Caplan, 1980). Como disciplina recien-- te (a la que tiene acceso el psicólogo clínico), su desarrollo so--- cial y sus técnicas son muy limitadas; en general, la atención que se le brinda a la comunidad es superficial, estableciéndose con -- ella un vínculo directivo, sin tomar en consideración la realidad de aquélla. El fundamento social de estas limitaciones teóricas, es-- tá vinculado a la circunstancia de que en dicho país, la Psiquia-- tría Comunitaria es sostenida por el estado, en un intento por pa-- liar la problemática de los sectores marginales. Otras corrientes están representadas por la Escuela Francesa de Psiquiatría Social (oficialmente identificada como "Sectorización de la Psiquiatría"), los movimientos sudamericanos de Psiquiatría Social (Colombia, Chi-

le, Argentina), la Psiquiatría Social Cubana y el movimiento de la Psiquiatría Comunitaria de la O.M.S. (cuyos principales programas se desarrollan en Oriente y Africa). El marco teórico que sustenta a cada una de ellas difiere del de las demás.

Contemporánea del movimiento de la Psiquiatría Comunitaria, se gestó la Escuela de la Antipsiquiatría. Ambos constituyen movimientos independientes y cualitativamente diferenciados, aunque ambos surgieron de la profunda crisis de la Psiquiatría Clásica, a mediados del siglo XX. La Antipsiquiatría representa la disidencia intramuros (se propone revolucionar al hospital psiquiátrico) y el cuestionamiento de los criterios de salud y enfermedad (¿qué es estar enfermo? y ¿quién es el enfermo?). La antipsiquiatría Italiana postula que en una sociedad fundada en la competencia y el despojo, se exacerban las patologías sociales; ésto representaría el patrimonio común de estos teóricos y de algunas corrientes de la Psiquiatría Comunitaria.

La Psiquiatría Comunitaria, plasmación de un movimiento incipiente, revela la tendencia manifiesta en todo proceso en el que se inicia un cuestionamiento del orden que le precediera. Como tal, ha transitado caminos cambiantes, diversos, posiblemente aún no sistematizados, lo cual no les resta significación ni valor. O sea que, desde la negación de las vías ineficaces que fueron consagradas por la práctica psiquiátrica anterior, se van esbozando formas tentativas, cualitativamente distintas, a partir de las cuales sea posible

interpretar la realidad sobre la que se pretende incidir, proporcionando además instrumentos más aptos. Esto no es más que el desenvolvimiento de un proceso profundamente dialéctico.

CAPITULO I

En virtud de que la Psiquiatría Comunitaria tiene escaso tiempo de existencia en todo el mundo, presentando aquí y allá un notable carácter de heterogeneidad y muchos rasgos de paralelismo en su desarrollo, se presenta en primer término la historia de su génesis y posterior desenvolvimiento, en aquellos países donde actualmente tiene un lugar concreto en el campo del conocimiento y en el área de su proyección social. Intentar definir qué es esta disciplina, sin tomar en consideración los factores políticos y sociales que hicieron posible su surgimiento en ciertos países capitalistas y socialistas, se constituiría desde un inicio, en una labor imposible. Por ello, para poder deslindar sus alcances, las equivalencias implícitas en las categorías usadas en distintos lugares, las diversas raíces que su origen reconoce, se impone la necesidad de un estudio histórico de su desarrollo.

Simultáneamente, el hacer historia obliga a definir un ámbito para dicho estudio, que en el presente trabajo se formula en los límites nacionales. Ello no implica una elección arbitraria, sino que señala más bien un prerequisite de la propia realidad: en primer lugar, la formulación del cuerpo teórico de la Psiquiatría Comunitaria (aún hoy, de carácter embrionario), representa la prolongación de las posibilidades reales que un estado despliegue para instaurar socialmente un amplio sistema público de sanidad; en segundo lugar, los países que en este capítulo se refieren, son los únicos que han dado impulso social a la mencionada disciplina.

En relación al último comentario realizado, se hace la salvedad de que también existen iniciativas de la O.M.S. al respecto, concretadas desde 1975, en programas de Salud Mental Comunitaria en Colombia, Sudán y la India. De ello no se presentó análisis alguno, dado que se carece de referencias documentales.

La organización del primer capítulo, se centra básicamente en dos aspectos: historia nacional de la Psiquiatría Comunitaria y fundamentos. En relación al primero, se introducen los siguientes bloques de análisis:

a) Historia de la Psiquiatría Comunitaria en los países capitalistas: entre ellos, se reconocen dos niveles diferenciados. El primer nivel (de países en los que el desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria es más prolongado y continuo), está representado por --- E.E.U.U. y Francia; es menester enfatizar que el analizarlos juntos no significa que sean homogéneos (las diferencias teóricas entre ambos son múltiples). El segundo nivel (corresponde a los países en los que la disciplina ha tenido un desarrollo incipiente o esporádico), tiene por representantes a Canadá, México y Chile.

b) Historia de la Psiquiatría Comunitaria en los países socialistas: emerge sólidamente el modelo psiquiátrico de Cuba, con amplio enraizamiento social y una producción teórica sólida. A diferencia de ello, China representa la situación más débil, por la pobreza de su marco teórico.

De este análisis, quedan excluidas Inglaterra y Rusia, porque no --
fue posible acceder a fuentes documentales que ilustren cómo se --
han construido sus respectivos modelos.

Por último, lo referente a los fundamentos incluye factores epistem
mológicos y teóricos, intervinientes en su génesis.

I.- HISTORIA

A) La Psiquiatría Comunitaria en los Países Capitalistas.

1.- Países de desarrollo sostenido:

a) ESTADOS UNIDOS.

El autor americano Caplan considera que el actual movimiento de la Psiquiatría Comunitaria desarrollada en su país, reconoce varios antecedentes, surgidos a lo largo de las primeras décadas del presente siglo.

El mencionado autor estima que de la diversidad teórica que existía a principios de siglo, en torno a la explicación de la naturaleza de la enfermedad mental, surgió en forma espontánea el intento de recabar y sistematizar la información relacionada con el medio social de los pacientes bajo atención psiquiátrica. Esta aproximación correspondió a la corriente culturalista manifiesta dentro de la Psiquiatría de aquella época; dicha escuela mantenía ciertas limitaciones teóricas clásicas: lo fundamental de todo cuadro patológico lo constituía el síntoma más que la dinámica de la enfermedad, el paciente era tomado en cuenta exclusivamente, en términos de su individualidad y no como ente social. Sin embargo, el interés que esta corriente desarrolló por reintegrar al paciente sometido a terapia a un medio propio, fue el umbral de su creciente contacto con el ambiente; posteriormente, este devino en el planteamiento de que, siendo posible incidir en el medio en aras de la rehabilitación, era asimismo factible ejercer influencia sobre aquél, para "anticiparse" a los efectos nocivos del medio, neutralizándolos. Con estos conceptos, Caplan, procura explicar las raíces teóricas más remotas de la Psiquiatría Comunitaria.

El señala como antecedentes históricos de la Psiquiatría Comunitaria al movimiento de Higiene Mental, a la Psiquiatría Militar nacida en la Primera Guerra Mundial y al movimiento de Psiquiatría Infantil, - gestados todos en las primeras décadas del siglo. A renglón seguido los mismos son analizados en base a los planteamientos de dicho autor.

Algunos años antes del inicio de la I Guerra Mundial, en 1908, un - distinguido grupo de médicos, psiquiatras, abogados, religiosos y - maestros fundaron la Connecticut Society for Mental Hygiene, iniciando el movimiento de Higiene Mental, muy influenciados por los conceptos de salud pública. En este movimiento, se desplazó la importancia del paciente visto durante un único episodio pasajero, a la vigilancia de la comunidad total, durante un período de tiempo indefinido; el objeto era la precoz detección, la atención temprana y el control de las fuerzas adversas a la salud, mediante la legislación, los servicios comunitarios y de salud pública.

La Psiquiatría Militar aparece un poco antes de que los Estados Unidos entrara en la Primera Guerra Mundial, para valorar el estado -- psíquico de las tropas estadounidenses y las tropas inglesas. No -- obstante, el proyecto fue condenado debido a una restricción importante en la cantidad de combatientes; de todas maneras, se estimuló la investigación y la puesta en práctica de técnicas terapéuticas - breves, la hipnosis, la persuasión y las técnicas grupales.

El movimiento de orientación infantil se inició en 1920, bajo el patrocinio de la fundación Commonwealth, trabajaron con premisas freudianas y con el supuesto de que un niño era más fácil de tratar que un adulto, lo que evidentemente no se confirmó. Con lo cual, las clínicas surgidas con tal propósito (brindar amplia atención a los niños), pronto volvieron a los cánones habituales de tratar un número limitado de pacientes. No obstante, estas clínicas sirvieron para la investigación y la formación de nuevo personal.

Según el Dr. Calderón Nárvaez (1980), Adolf Meyer se constituyó en uno de los antecesores más notables del Movimiento Psiquiátrico Comunitario Americano, quién en 1909 postuló un programa de intervención social, en el que la labor de las escuelas, de los organismos policiales, de los trabajadores sociales, médicos generales, debían confluir tras la función rectora del Hospital Psiquiátrico. Asimismo, asignaba a los médicos familiares un papel significativo en la reintegración de los ex-pacientes psiquiátricos a su medio originario. El financiamiento del mencionado programa, surgiría de la coordinación entre la iniciativa privada y los organismos de salubridad del estado.

Posteriormente, Calderón Nárvaez (1980), destaca que después de la II Guerra Mundial comenzaron a elaborarse en forma espontánea, es decir, sin ser promovidos por el estado, una gran diversidad de programas de salud mental comunitaria. Hacia el año de 1963 el presi-

dente Kennedy propone al Congreso un programa federal para el establecimiento de programas de salud mental dentro de la comunidad.

El último autor citado puntualiza: "Los servicios que se consideraban necesarios para proveer una buena atención en el campo de la salud mental," fueron los siguientes:

- 1.- Servicios de internamiento.
- 2.- Servicios de consulta externa.
- 3.- Servicios de hospitalización parcial, como el hospital de día, - el hospital de noche y la atención de fin de semana.
- 4.- Servicios de emergencia disponibles en cualquier momento.
- 5.- Servicios de consulta y de educación para agencias comunitarias y personal profesional.
- 6.- Servicios de diagnósticos.
- 7.- Servicios de rehabilitación, incluyendo programas educativos y - vocacionales.
- 8.- Servicios comunitarios de vigilancia y control, incluyendo guarderías, visita familiar y hogares sustitutos.
- 9.- Entrenamiento. (4).

La organización pública de los servicios psiquiátricos comunitarios de Estados Unidos, constituyó uno de los modelos fundamentales para la formación del Plan Nacional de Salud de México, especialmente, - del Subprograma de Psiquiatría Comunitaria.

A pesar de que en el presente capítulo se enfatiza la secuencia his-tórica de desarrollo, en términos nacionales, no se debe incurrir - en el error de interpretar que lo gestado en cada país fue indepen-

diente de lo alcanzado en otros (se realiza un estudio de la Psiquiatría Comunitaria en un ámbito nacional, para sistematizar mejor la información). Jacques Hochmann (1971) subraya la interdependencia de los procesos gestados a nivel internacional y dice al respecto: "la evolución de la Psiquiatría en Inglaterra que, por otra parte, sirve de modelo al movimiento norteamericano, la aparición de iniciativas originales en Quebec y el programa Holandés, para citar sólo algunos ejemplos, demuestran con bastante claridad las actuales características de una política que se desarrolla de manera casi simultánea en todos los países industrializados" (5).

b) FRANCIA.

Posiblemente, es la escuela francesa de Psiquiatría Social, la que presenta el marco conceptual más consistente. Sus orígenes se remontan al período de postguerra que continuó a la última conflagración mundial; este movimiento, sucesor histórico de la corriente nosográfica y clasificatoria, fue capaz de conservar las virtudes de esta última y de reformular sus abusos teóricos. El "sector", denominación con que fue identificado el nuevo movimiento psiquiátrico francés, fue institucionalizado por la circular del Ministerio de Salud Pública, el 15 de marzo de 1960; documento que asignaba servicios de Psiquiatría Pública oficialmente reconocidos, los que fincarían en un "sector geográfico determinado". Es decir, la denominación de sector correspondió a una zona específica de reclutamiento de enfermos mentales, canalizados hacia instituciones extrahospitalarias; la --

atención dispensada se orientaba en estos casos a la situación intra y extrahospitalaria. Obviamente, la práctica de la Psiquiatría Social no se inició en 1960, sino que fue gestada a lo largo de muchos años, a posteriori de la finalización de la guerra. La significación de los años 60 es otra; fue a partir de ese momento que el estado, expresión superestructural de una formación económico-social sólida (Francia es uno de los países más desarrollados y estables del mundo capitalista), reconoció a este movimiento psiquiátrico y produjo las modificaciones administrativas y jurídicas para proporcionarle a éste, buena parte de los recursos financieros y materiales destinados a la Salud Pública. Actualmente, el distrito XIII de París, dirigido por Ph. Paumelle y Serge Lebovici, es considerado el modelo por excelencia. El "sector" comenzó a identificarse a partir de la crítica a la función de la nosografía, dado que ésta había llegado a constituirse en el cuerpo teórico que otorgaba al psiquiatra un status propio, legitimando su aspiración de ser un profesionalista tan reconocido como los demás. Al mismo tiempo, el abuso de la nosografía otorgó a la sociedad un canal a través del cual justificar la segregación de aquellos que se constituyeron en depositarios de la alienación colectiva; de ese modo, la sociedad podría excluir y confinar a los enfermos mentales, confiriéndole a éste el significado de expurgación.

La crítica y la lucha contra esta situación no fue vanguardizada por el sector; muchas décadas antes, Freud sentó las bases de premisas teóricas y técnicas dirigidas a poner término a esa doble desvirtua-

ción social de la práctica de la Psiquiatría y cuestionó los límites entre lo normal y lo patológico. A pesar de ello, lo novedoso del sector se evidencia en la amplia proyección de su embate contra esta realidad social; a la luz de los lineamientos directrices de la Salud - Pública, estos psiquiatras, propulsores de la reforma hospitalaria, -comenzaron a interesarse por la ciudad y el campo, medios de los que proviene el enfermo. La labor psiquiátrica del sector se respalda en un equipo médico social y de enfermería; su punto de asentamiento en el área, son los dispensarios de Higiene Mental, en donde se reali--zan consultas que garantizan la postcura de los sujetos que previa--mente hubiesen recibido atención en el Hospital Psiquiátrico(asilo). Al respecto, G. Benoit objeta: "El sector" -se dice a menudo- corresponde a una concepción militar de la Psiquiatría. Impone al enfermo, determinado médico, servicio o equipo de dispensario. No toma en cuenta la "libre elección" y el "secreto" que fundamentan el ejercicio de la medicina. Y de hecho -en muchas oportunidades lo dejamos entrever-, el equipo de sector corre el peligro de reconstruir fuera del asilo una institución totalitaria del tipo del asilo. "El sector", como expulsión hacia afuera de una institución, se constituye a menudo sólo con sus pedazos" (6).

Asimismo, Hochmann enfatiza las irregularidades administrativas de - los últimos años, que han reducido los recursos financieros del sector y con ello, un alto porcentaje de sus proyectos. Además, agrega: "Los enfermos crónicos, disimulados en su familia o en algún hogar,-

serán menos visibles, menos escandalosos (quizás, también, mejor tolerados y menos desdichados). La relación de supervisión -que unía en el asilo al guardián y al vigilado- se hará discreta, menos pesada. La asistente social, el médico clínico, el maestro, los vecinos y, con seguridad, el policía, complementarán con el psiquiatra simplemente la función de supervisor. Diluida de esta manera, la supervisión será quizá menos dolorosa -tanto para el que vigila como para el que es vigilado-, pero más sutilmente alienante. Al término de un proceso de "psiquiatrización" del público, cada uno habrá interiorizado la ideología psiquiátrica represiva, se transformará en su propio psiquiatra y en el de su semejante, vigilando y reprimiendo su propia locura y la de su interlocutor. De esta manera se puede profetizar "el mejor de los mundos comunitarios" a la altura de la ficción de Huxley. Toda la sociedad se habrá transformado en un asilo, en una institución totalitaria" (7).

2.-Países de desarrollo incipiente:

a) CANADA.

La Psiquiatría Comunitaria en Canadá inició su desarrollo después de enfrentar al hospital psiquiátrico, punto de "estabilización" de los enfermos crónicos; apoyándose en la atención que ciertas familias de la comunidad puedan brindar al enfermo, proporcionándole alojamiento y comida, tratándolo afectivamente, acompañándolo y percibiendo un pago por él. En el momento presente, a este nuevo hogar llegan -- miembros del "equipo de asistencia a domicilio", responsables de la intervención terapéutica. A este sistema se lo designa con la categoría de "ubicaciones familiares".

b) CHILE

Entre 1958-1973, la práctica médica tuvo por objeto social, a diversas poblaciones, industrias e instituciones educacionales; sus instrumentos de intervención se apoyaron en el trabajo interdisciplinario, la actividad política, la prevención y la asistencia más generalizada, preconizada desde el ámbito de la Salud Pública. Esto se constituyó en un factor dinamizador de producción teórica, en tanto proporcionó experiencias que cuestionaron la práctica psiquiátrica, en particular, y de la medicina, en general. Esta etapa transcurrió entre los gobiernos de Jorge Alexandri(1958-1964), Eduardo Frei(1964-1970) y Salvador Allende(1970-1973); el golpe militar de 1973 dejó trunco este proceso.

En el centro de Demostración de Quinta Normal(1958-1965), un equipo de pediatras, internistas, personal de enfermería, trabajadores de higiene mental y de servicio social, llevaron a cabo una experiencia

entre los obreros de las principales ciudades del país, para brindar atención integrada en términos de salud (tanto física como mental).--

Los programas desarrollados incluyeron problemas tales como los suscitados en la evolución adolescente, en el trabajo escolar de los niños, en la relación madre-hijo, alcoholismo, machismo y homosexualidad. Dado que los promotores de esta experiencia eran marxistas, la contradicción tradicionalmente planteada en torno a lo individual y lo social, procuraron resolverla a través de definir a la familia como unidad de trabajo; es decir, dado un consultante, su problemática era inmediatamente insertada y analizada, en el medio familiar.

Otra experiencia de trascendencia fue el desarrollo del programa de Medicina Preventiva Integrado en la Clínica, el cual tuvo lugar en el hospital San Borja (1963-1969). Lo central del proyecto, se basó en la educación sanitaria de los adultos, planteada mediante la acción conjunta de los psicólogos, trabajadores sociales, médicos y sociólogos. Si bien la labor se centró en el paciente hospitalizado, su seguimiento en la post-cura y su reinserción en el medio, la magnitud de este trabajo se proyectó hacia la universidad e indujo -por la vía del cuestionamiento y la crítica de la formación institucionalizada- a la reforma universitaria de 1968.

Con estos antecedentes, durante el gobierno de la Unidad Popular, se oficializó un sistema de Salud Pública que incluía el ámbito psiquiátrico, apoyándose en un cuerpo teórico nacionalmente denominado Antropología Médica Social, el que gestaba una disciplina de alcance más -

específico: la Medicina Social Integral. Los programas impulsados des de este sistema, identificaban como problemas fundamentales en el terreno de la salud mental, al alcoholismo, la rehabilitación de enfermos crónicos, las neurosis, los desajustes de la adolescencia y de la niñez.

La Antropología Médico Social es la concepción básica que justifica el modelo de salud, en tanto proporciona reflexiones filosóficas relativas al hombre y las relaciones que ligan a éste con sus productos (la cultura es el producto humano por antonomasia). A través de la Antropología Médico Social, confluyen la dialéctica y la medicina de masas (medicina social), las que tienen como epicentro al hombre de extracción popular. La Antropología Médico Social pone énfasis en los componentes humanos globales que están presentes entre un paciente y su terapeuta, reformulando la relación biunívoca y proyectándola hacia dimensiones poblacionales. La Medicina Social Integral que se deriva de la disciplina anterior, procura desarrollar un análisis totalizador de todos los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, al vínculo bio-psico-social. Luis Weinstein expresa: "La medicina actual, así entendida, no es una isla idílica consagrada a la lucha contra el sufrimiento, es parte de la sociedad de clases, instrumento para el desarrollo y mantención de las fuerzas productivas" (8). Es decir, la Antropología Médico Social brinda el marco filosófico y la justificación social a la práctica de la Medicina y de la Psiquiatria; en tanto que la Medicina Social Integral, desarrolla el modelo médico consagrado por el ala progresiva del movimiento de la Sa

lud Pública. De ahí que, en relación a la salud mental, formulan el modelo preventivo instaurado por la Medicina (prevención primaria, secundaria y terciaria).

c) MEXICO

La influencia estadounidense se desarrolló en la Psiquiatría Mexicana, que se inició en 1965, con la transformación del Manicomio General de la Castañeda (bajo el gobierno de Díaz Ordaz, 1964-1970). Este hecho cobra significación, en tanto da los primeros pasos para iniciar la apertura hacia la comunidad; es decir, con la reforma hospitalaria, la institución psiquiátrica dejaba de ser fortaleza inexpugnable, convirtiéndose en un centro más ligado al entorno social.

El segundo paso trascendente, ha sido la instauración de centros, -- anexos a los hospitales de Salubridad ya existentes, desde los que -- intenta promover oficialmente programas de atención sanitaria de la comunidad. Esto se fundamenta en el Plan Nacional de Salud del año 1974; con orme a éste, la Secretaría de Salubridad y Asistencia determina las líneas directrices para la implementación de programas. -- Dado que no existe canalización de recursos financieros estables, la mayoría de dichos centros cuentan con el presupuesto delineado por -- algunas agrupaciones e instituciones privadas.

Paralelamente, se ha venido evidenciando otra tendencia, descentralizada, heterogénea, en gran medida espontánea. Desde las universidades, se ha esbozado un plan de intervención preventiva y de higiene mental, en diversos sectores de la población del Distrito Federal.

B) La Psiquiatría Comunitaria en los Países Socialistas.

a) CUBA

El "gran salto" psiquiátrico comenzó a darse después de la toma del poder, en 1959. A nivel de la formación profesional, se incluyó el Departamento de Psicología Médica en la Escuela de Medicina de la Universidad de la Habana (a partir de 1961), lo cual preparó el terreno para modificaciones subsiguientes en la práctica psiquiátrica. En 1962, se inició el primer Hospital de Día, en la Clínica Docente Comandante Manuel Fajardo(9); siendo ésta la primera experiencia de apertura a una práctica comunitaria; por su intermedio se realizaban sesiones psicoterapéuticas, ergoterapia y visitas a centros recreativos y culturales, efectuados por el personal psiquiátrico y pacientes (procedentes de la consulta externa y ex-internados).

Dado que el sistema sanitario creció en correspondencia con los avances logrados a nivel de estudios universitarios, es a partir de los años 69-70 que se realizan los cambios sustanciales: la transformación curricular y la delimitación de prácticas de campo, para los estudiantes de Psiquiatría (de modo tal, que fuesen efectivamente incorporados a la realidad de las comunidades). Ello implicó, más a largo plazo, la política de sistematización de la intervención en la comunidad, a través de la formulación de planes oficiales para la prevención. Esas son las raíces del Plan de Regionalización y Sectorización de la Asistencia Psiquiátrica, en el que se desarrolló una concepción integral de la medicina-curativa, proponiendo un programa piloto para la Habana Metropolitana, el que se generalizaría -

más tarde al interior de Cuba (el esquema de difusión correspondería a las rectificaciones introducidas a partir de los resultados logrados por la fase inicial del Plan).

El Plan mencionado en el párrafo anterior, postula que el Equipo Básico de Salud Mental (psiquiatras, médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales) debía permanecer en los policlínicos integrales; eran los estudiantes los encargados de establecer vínculos más extensos con las comunidades.

Conjuntamente con la adopción de programas oficiales, se fueron perfilando los "recursos asistenciales" (técnicas), de semejantes proyectos; dichos recursos fueron recortados de la práctica psiquiátrica de Inglaterra y E.E.U.U., siendo ampliados sus fundamentos y la concepción originaria a la que permanecieron ligados. Las técnicas de referencia son: el hospital de día, los círculos terapéuticos (clubes), la comunidad terapéutica y el taller protegido.

Cuba recibe el impacto del bagaje teórico occidental; la influencia rusa se traduce más bien en el "legado" de la Psicología Médica y en ciertas tendencias organicistas (de relevancia muy relativa) en la formación del Cuerpo Psiquiátrico. Su concepción relativa a la Psiquiatría Social, está íntimamente emparentada con la producción francesa; los cubanos definen a la Psiquiatría Social, como la ciencia gestada desde la confluencia de diversas disciplinas sociales: la Antropología, la Psicología (particularmente, la Psicología Social), la Sociología. Además, interpretan que por su intermedio, se hace el --

trabajo interdisciplinario.

b) CHINA.

La Psiquiatría presentaba un desarrollo insignificante antes de la Revolución, concluida en 1949; hasta ese momento, el total de psiquia--tras existentes en el país, se materializaba en unas pocas decenas.-- Desde 1949, se le dá impulso, aunque su crecimiento continúa ligado a primitivas tradiciones médicas nacionales, de forma tal que en el tratamiento de las enfermedades mentales se adoptaban diversas hierbas - medicinales del país. Por esos años, las explicaciones teóricas gestadas por la Psiquiatría occidental, eran completamente ajenas a China. En el año de 1953, se realizaron seminarios sobre materialismo dialéctico y pavlovismo, los que hicieron posible la estructuración de la - Psicología Médica, puesta al servicio de todas las ciencias médicas.- El autor chino Ting Tsan(10), analiza los orígenes de la Psicología - Médica, disciplina que por su naturaleza es considerada como la res--ponsable de la labor interdisciplinaria en el área de la salud mental. Ting Tsan sostiene que aquélla tiene como modelo originario al ruso,- dado que en ese país surgió y donde, en 1950, en reuniones de Acade--mias(de Ciencias y de Ciencias Médicas) se había consagrado como fun--damento teórico, la teoría del reflejo de Pavlov, concepción fundante de la Psicología Médica y de la Psiquiatría.

A partir de ese momento(1953), el impulso psiquiátrico en China, reco--noció un claro incremento cuantitativo(verificable a través del núme--ro de Instituciones Psiquiátricas y de terapeutas formados) y una crece

ciente articulación con las concepciones psiquiátricas existentes en otros países (particularmente, en Rusia), las que fueron yuxtapuestas a la filosofía del pasado. Esto último se pone de manifiesto en la interpretación de determinados cuadros clínicos; la clasificación y la terminología psiquiátrica que usan, corresponde tan sólo parcialmente y de modo muy rudimentario, a las categorías nosológicas occidentales; ésto es comprobable en el señalamiento que ellos mismos hacen, de las enfermedades consideradas prevalentes en China: la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva, el estupor mental y la neurastenia (en relación a esta última, no existe aproximación clínica equivalente en el cuerpo teórico occidental). A esta clasificación se le suma la formulación del reflejo pavloviano, como única explicación de la dinámica psíquica.

En 1958 se realizó la Primera Conferencia Nacional sobre Salud Pública, en la que se definió un programa global de salud mental, estando representados en dicho evento, todos los trabajadores del campo de la salud. Con posterioridad, durante la Revolución Cultural, se aprobó un programa mucho más extenso, el que se constituyó en la piedra angular para la ampliación del edificio de la asistencia pública sanitaria en China Popular (en este período se establecieron servicios psiquiátricos en los sitios más apartados, como Mongolia y Sinkiang). Actualmente, el personal psiquiátrico que se forma, reconoce dos niveles: un grupo selecto, minoritario, estudia en base a un programa extenso (egresan como psiquiatras), el segundo grupo, muy numeroso, es formado en base a un programa elemental que los habilita como auxi--

liares psiquiátricos(los denominados "médicos de pies descalzos"(11), quiénes tienen bajo su competencia, funciones médicas generales que ejercen en contacto con todas las comunidades existentes).

II.- FUNDAMENTOS DE LA DISCIPLINA.

Una primera aproximación al área de la Psiquiatría Comunitaria, puede inducir consideraciones distorsionadas: lo importante no lo constituye el hecho de que en los Estados Unidos se denomine como tal, mientras que las categorías usadas en Francia puntualicen a la Psiquiatría Social como disciplina y al "sector" como su ámbito de aplicación, ni que los chilenos delimiten la escuela de Medicina Social Integral. Lo relevante lo constituye el hecho de que en todos estos países se ha dado comienzo a un sistema que, sustentado por las necesidades sociales, procura satisfacer (al menos parcialmente las demandas sanitarias de los sectores mayoritarios).

Para precisar cuáles son las raíces teóricas de esta disciplina, se categorizan los siguientes factores:

A.- EL MOVIMIENTO DE SALUD PÚBLICA.

Dicho movimiento generó la corriente comunitaria en la Psiquiatría, impacto producido tardíamente (la ciencia que fue transformada en primer término, fue la medicina).

Pero a ello debemos sumar la influencia que ejerció, sobre el área de la salud mental, otro movimiento: el del desarrollo de la comunidad, el cual aportó técnicas grupales y procedimientos elementales para iniciar vínculos con los grupos humanos naturalmente constituídos. También esta corriente, independiente en sus orígenes, fue puesta parcialmente al servicio del movimiento de Salud Pública.

El Dr. Guillermo C. Cohen DeGovia (12) plantea que a partir del momento en que se comprueba que las epidemias y endemias constituían un grave peligro para la dinámica productiva de la sociedad capitalista (segunda mitad del siglo XIX), comienza a gestarse un movimiento dentro de-

la medicina, el que se propone combatir la enfermedad pública, para -- lograr un nivel de productividad máxima. Las categorías gnosológicas -- usadas en los orígenes, configuraban un modelo médico organicista, profundamente restringido a lo biológico, expresando por ende al materialismo mecanicista y vulgar; a partir del momento en que los estados capitalistas más avanzados instauran las primeras instituciones de Salud Pública, la concepción que las funda es la que acabamos de caracterizar (primeras décadas del siglo XX). En décadas siguientes, se produjeron un sinnúmero de cuestionamientos que promovieron saltos cualitativos en la concepción de la Salud Pública y la progresiva incorporación de otras -- ciencias junto a la medicina (ciencias sociales como: la Psiquiatría, la Psicología, la Antropología, la Economía, junto a disciplinas humanísticas, como la epistemología).

B.-ESTRUCTURA SOCIAL.

Sin embargo, no se puede hacer referencia a este movimiento, al margen de su signo político y de los intereses sociales que lo sustenten en -- una formación económica-social determinada. Al respecto, se debe tomar en consideración una divisoria social clara: en los países capitalistas avanzados, la creciente expansión de las instituciones de Salud Pública y por ende, de la Psiquiatría Social y la Psiquiatría Comunitaria, responde a un nuevo matiz de "garantizar la reproducción de la fuerza de -- trabajo"; mientras que en los países socialistas la instauración de un sistema de salud fundamenta la razón de existencia (entre otras muchas -- razones) del estado obrero. Es decir, en los países capitalistas más desarrollados, que gozan de mayor estabilidad, es posible disponer de una parte del presupuesto nacional, para destinarla a programas públicos de salud, en tanto esto permite mantener la capacidad de la población económicamente activa, alejando el "peligro" del incremento de la "desadap

tación social". A diferencia de ello, en el socialismo, la atención de la problemática de masas es la línea fundamental que desarrolla el estado, el que se reconoce a sí mismo como representante de aquéllas.

Los máximos exponentes de la Psiquiatría Social cubana señalan: "consideramos, que sólo una sociedad socialista como la nuestra crea las estructuras y condiciones básicas que permiten aplicar la "Psiquiatría Social" en toda su magnitud y desarrollar, de veras, los programas de salud mental"(13). No obstante, pese a que dichos países aseguran fehacientemente la creación y mantención de un aparato social destinado a satisfacer las demandas de toda la población relativas a la salud, ello no se transforma por sí mismo en garantía de los contenidos teóricos disciplinarios; en China, por ejemplo, el sistema sanitario está máximamente extendido, pero la calidad del servicio prestado es deficiente, a causa de la pobreza de la concepción que lo sustenta.

C.- MODELOS TEORICOS.

Cada una de estas expresiones nacionales, revela lo esencial de las diferencias existentes entre dichas posiciones(todo ello, interpretado a la luz de las condiciones sociales imperantes en cada país). Básicamente, es posible afirmar la existencia del modelo teórico transferido de la Medicina a la Psiquiatría, organicista y mecanicista. El modelo médico, insertado en la realidad psiquiátrica a modo de injerto, es insuficiente para abordar los fenómenos psíquicos; ésto es planteado en base al hecho de que, si bien lo orgánico y lo psíquico constituyen una unidad(denominada psicósomática), representan cualidades diferentes de

la misma, requiriendo por lo tanto especificidad en el esquema conceptual relativo a tales fenómenos. La escuela más representativa de esta posición, es la Psiquiatría Comunitaria estadounidense.

El cuerpo teórico de la Psiquiatría Social Francesa, representa la conjunción del desarrollo de diversas disciplinas: la Filosofía (en particular la Epistemología), la Sociología, Trabajo Social, la Antropología. Justamente por ello, los representantes teóricos del "sector", no se esfuerzan por definir nivel alguno de prevención (ésto último es característico del modelo precedente, el cual centra su estrategia en la delimitación funcional de la prevención primaria, secundaria, terciaria). De ahí que se pueda afirmar de manera categórica que los teóricos franceses han enriquecido sensiblemente el bagaje teórico de la Psiquiatría: Rogers Bastide es el primer autor que desarrolla un análisis sociológico de las enfermedades mentales; ésto representa un avance mayor que el alcanzado por los estudios epidemiológicos, aportados por el modelo médico (los que centralmente, ofrecen datos estadísticos relativos a las patologías), en la medida en que los desajustes psíquicos son analizados e interpretados en el marco del sector de clase que los genera, como así también de la consideración de la dinámica social en su conjunto.

El modelo teórico de Chile, se constituye en un nivel de fusión satisfactoria de la teoría médica epidemiológica y los principios de ciertas Ciencias Sociales (especialmente la Antropología, Sociología, Trabajo Social y la Economía). Emerge de su producción, la Antropología Médico Social, que materializa por un lado, las necesidades existentes de las masas y la tradición teórica del materialismo dialéctico, y por el otro, el innovador intento de construcción de un ámbito multidisciplinario. El éxito del proyecto fue indiscutible: se incrementó la producción teórica, se respon

dió a las demandas sanitarias de los sectores populares y aunque breve, - el modelo mostró su eficacia (su fin estuvo dado por el golpe militar y - no por una incapacidad intrínseca).

Por último, cabe destacar la concepción psiquiátrica consagrada en los - países socialistas. El basamento conceptual de la Psiquiatría (de Rusia - y China) lo constituye la teoría pavloviana del reflejo, a la que reinvin-dican como la expresión del materialismo dialéctico a nivel de Psicología y Psiquiatría (en esos términos ha sido formulado el problema de estas -- ciencias en congresos celebrados en ambos países). La teoría pavloviana, - se refugia en el intento de desterrar el dualismo (mente-cuerpo), a través de una variante reduccionista, en la que tan sólo tiene cabida la explica-ción neurológica referida a un sujeto concebido como una cadena de refle-jos.

Se hace evidente que la existencia de tales sistemas de salubridad en los países socialistas, garantizan un control permanente sobre toda la pobla-ción. Sin embargo, la debilidad de dicho sistema se expresa en el cuerpo teórico de la Psiquiatría a la que no basta autodefinirse como materialista dialéctica, dado que su pobreza conceptual no le permite interpretar - correctamente la naturaleza misma de los procesos patológicos y su etiología. Merece destacarse el caso de Cuba, país en el que se manifiestan ten-dencias teóricas menos rígidas e influencias de las corrientes psiquiátricas occidentales (Francia en especial).

Más allá de la heterogeneidad conceptual, las diversas metodologías exis-tentes, las limitaciones y deficiencias propias de estos movimientos, es -

imprescindible subrayar su importancia como primeros intentos de dar - respuesta a las necesidades y demandas insatisfechas en muchos secto-- res sociales, hasta el presente. Hacia el futuro, éste será uno de los problemas capitales que deberán ser socialmente resueltos.

III.- ALGUNAS CONSIDERACIONES ADICIONALES.

Las Naciones Unidas, a través de las instituciones que crearon para tal fin, han estado cumpliendo en el área de la salud una labor realmente catalizadora. Una de sus principales líneas de trabajo ha sido el implantar la estrategia de la participación comunitaria, a modo de negación del modelo clásico de salud, conforme al cual el paciente permanece en la pasiva actitud de ser depositario del conocimiento de su terapeuta. "Afortunadamente, se está prestando ahora más atención a una nueva estrategia que parece encerrar la promesa de -- llevar esos servicios básicos, particularmente la atención médica -- primaria, a números cada vez mayores de personas. Esta estrategia es la participación comunitaria que hace intervenir a toda la población de una comunidad en trabajos conjuntos destinados a mejorar sus propias vidas. Desde hace largo tiempo se han venido realizando actividades comunitarias en aldeas y ciudades dispersas por el mundo en de sarrollo. La innovación consiste en el reconocimiento mundial de la importancia de la iniciativa local y en un esfuerzo de alcance glo-- bal para aplicar este criterio básico en todas las aldeas y los ba-- rrios de tugurios y viviendas precarias, especialmente aquellos adonde de aún no llegan los servicios regulares del gobierno- y respaldar - este servicio con apoyo estatal y nacional. En otras palabras, debe - haber verdadera participación popular. ¿Cuál es la esencia de la ver dadera participación comunitaria? La idea es bastante sencilla. Se - basa en la presencia en una comunidad de personas locales que se co- nocen entre sí y que saben por experiencia personal cuáles son las--

necesidades de la comunidad. Eligen de entre ellas a las personas -- que estiman que podrían ayudarlas a aprender a cultivar más alimen-- tos, o a prevenir enfermedades o a mejorar por otros medios la comu-- nidad. Estos trabajadores de salud, de nutrición o de desarrollo co-- munitario pertenecen a sus comunidades y forman parte de ellas en -- forma real y permanente. Suministran servicios de los que ellos y -- los demás aldeanos desean disponer. La comunidad les dá apoyo, poniendo a su disposición un edificio, o proporcionándoles alimentos o un -- reducido honorario a cambio de sus valiosos servicios. Algunos de es-- tos trabajadores sólo se desempeñan a jornada parcial, dedicándose el resto del tiempo a sus propias tareas agrícolas o de otro tipo. La -- experiencia ha demostrado que este método de participación comunita-- ria dá resultado, en tanto que la introducción de programas de nivel local por "expertos" externos que no comprenden ni aprecian las necesidades, las tradiciones y las preferencias locales no tiene éxito.-- La mayoría de las campañas que se realizan actualmente en sectores -- tales como la educación para la salud tienen estas connotaciones agresivas. Tienden a suponer la existencia de un público pasivo al que -- hay que decirle en altavoz y repetidamente lo que tiene que hacer para que finalmente lo haga. Para promover una auténtica participación comunitaria se requiere un criterio algo diferente, basado esencialmente en el diálogo más bien que en la prédica".(14).

Al respecto, merece especial mención la labor sanitaria desarrolla-- da por el UNICEF en Kenia Occidental. Estas son las consideraciones que en torno a esas experiencias, sirvieron para definir líneas de -- trabajo: "En dos localidades, llamadas Tiriki y South Kabras, se ha

venido poniendo gradualmente en marcha un programa de salud comunitaria muy diferente en concepto de todo lo demás que se hace dentro de la estructura establecida de los servicios de salud de Kenya. Es la creación de una mujer médica, Miriam Were, que integra el personal de la Escuela Universitaria de Medicina de Nairobi... Los miembros de la comunidad han comenzado a resolver sus propios problemas de salud mediante un proceso que extiende el concepto de la participación popular más allá de lo previsto por sus más entusiastas promotores.. Miriam Were comenzó a hacer participar a gente común de la localidad en la solución de los problemas de salud locales por razones exclusivamente prácticas. A comienzos de 1975, necesitó a colaboradores que la ayudaran en una encuesta destinada a determinar cuáles eran las enfermedades más frecuentes en la zona y quiénes eran los principales usuarios del hospital, y no le era posible traer a encuestadores de Nairobi. "Fui a hablar con los notables y participé en grupos de debate y barazas (reuniones) y la población eligió a las muchachas que me ayudarían"... Esta experiencia de interacción con la población sentó la norma para todo lo que se hizo más tarde. Una vez que se hubieron elaborado en Nairobi los resultados de la encuesta, la Dra. Were hizo algo inusitado: regresó a Kenya Occidental especialmente para informar a la población de las principales conclusiones. Para ella, el proceso de considerar con la comunidad local lo que se está haciendo a medias, es la forma natural de proceder, no un componente llamado "participación de la comunidad" que debe incorporarse como otros en

un conjunto de desarrollo...Hasta ese momento, no se le había ocurrido a la Dra. Were que la comunidad podía contener dentro de sí misma la respuesta para algunos de sus propios problemas de salud.- Habiendo recibido una capacitación médica convencional, pensaba en la posibilidad de una actividad de extensión por parte del hospital local...Pero en Kenya, el 75% de la población se cuida a sí misma, atiende sus propios alumbramientos, etc., porque el 75% de la población no está en contacto con servicios adecuados de salud. Por lo tanto, es evidente que no tiene sentido que la profesión médica trate de sostener que tiene el monopolio de la salud cuando en la práctica eso es imposible...La Dra. Were distingue una diferencia crucial entre la cooperación comunitaria y la participación comunitaria. En el primer caso, decimos que en realidad conocemos las necesidades de la gente mejor que ella misma. Algunas personas creen que el problema fundamental de Kenya Occidental es la sobrepoblación. Otras estiman que es la nutrición y la baja producción agrícola. Pero si determinamos el problema sin intervención de la comunidad, no podemos hablar de participación comunitaria. En teoría, todos quieren apoyar la participación comunitaria, pero cuando se llega a los hechos, sólo la desean como un componente periférico de un programa de salud.- No comprenden que si se ha de lograr la verdadera participación comunitaria, no es posible preparar por adelantado un programa definitivo. El UNICEF fue lo suficientemente flexible para aceptar el criterio de la participación comunitaria...El proyecto comenzó a tomar --

forma a mediados de 1977. Se contrataron dos equipos para las dos localidades del proyecto. Cada uno consistía en un trabajador sanitario, un trabajador social y un enumerador estadístico, asignados al proyecto por los tres ministerios participantes: los de Salud, Servicios Sociales y Hacienda. Se designó a una supervisora del proyecto, del Ministerio de Salud, para coordinar el trabajo de los dos equipos. Los jefes locales recomendaron que en cada localidad se celebrara lo que se llama una baraza del jefe para presentar al equipo del proyecto e iniciar conversaciones acerca del proyecto con la población. Era éste un momento crítico para la participación popular en el proceso de adopción de decisiones. Se decidió que en la jurisdicción de cada liguru hubiera un comité de salud, y que la comunidad designara a una persona local para ocuparse de los primeros auxilios" (15).

Obviamente, esta experiencia se inspira en lo fundamental, en el modelo de la Salud Pública, destacado en páginas precedentes. Pese a estar dotado de implicaciones relativas al área médica, los aspectos técnicos centrales son generalizables a otras áreas de la salud.

Asimismo, el desarrollo de un programa análogo de Medicina Social en Ghana, proporcionó un interesante modelo de clínica comunitaria "ambulante": El Dr. E.N. Mensah, al exponer la insuficiencia de los servicios sanitarios en el distrito de Brong-Ahafa. A muchas aldeas sólo se puede llegar por senderos, y los servicios sanitarios a que tienen acceso los aldeanos son escasos o inexistentes. Para que se atiendan sus necesidades sanitarias más básicas, los pobladores tienen que

recorrer las largas distancias que los separan de los centros rurales más grandes. Por eso, se nos ocurrió crear el cargo de asistente de clínica comunitaria (ACC), desempeñado por una persona que la comunidad elige y que recibe una breve capacitación que le permite atender muchas de las necesidades sanitarias más comunes y más irritantes" (16).

También esta experiencia del UNICEF se inscribe en el mapa altamente desarrollado de la Salud Pública.

Pero, puede establecerse un marco general para el trabajo sanitario del UNICEF en los países por ellos calificados "en desarrollo". Es im prescindible advertir que los servicios que se refieren superan los alcances de una nueva atención a los niños. "La estrategia de los ser vicios básicos del UNICEF hace una importante contribución al mejora miento de la vida de los niños pobres de las ciudades. Este enfoque no sólo fomenta la nutrición, la salud, los programas de atención ma terno-infantiles, los suministros de agua limpia y los sistemas de eliminación de desperdicios, sino que también pone énfasis en la im portancia de ciertos medios destinados a lograrlos. Medios como tec nología apropiada, el empleo de para-profesionales y asistentes auxi liares locales, y participación activa de la comunidad. Estos enfoques concuerdan mejor con la forma como los recursos se organizan en las comunidades de bajos ingresos" (17).

IV.- BIBLIOGRAFIA.

- (1) Freedman, A.M. et al.
Compendio de Psiquiatría.(1a. edición).
España: Salvat Editores, 1980. Pag.748.
- (2) Caplan, G.
Principios de Psiquiatría Preventiva.
Buenos Aires: Paidós, 1980. Pág. 198.
- (3) Lebovici, S.
"La experiencia de la Salud Mental en la -
13a. circunscripción de París" en:
Trabajo Social Comunitario. Buenos Aires:-
Humanitas, 1973. Pág. 115.
- (4) Calderón, G.
Salud Mental Comunitaria.(1a. edición).
México: Trillas, 1980. Pág. 5
- (5) Hochmann, J.
Hacia una Psiquiatría Comunitaria. Buenos
Aires: Amorrortu Editores, 1966. Pág. 18.
- (6) Benoit, G.
Les tares originelles du secteur, ses dé-
viations et son destin. Comunicación al co
loquio de Courchevel, Information Psychia-
trique, enero de 1970.
- (7) Hochmann, J.
Hacia una Psiquiatría Comunitaria. Buenos
Aires: Amorrortu editores, 1966. Pág. 221
- (8) Weistein, L.
Salud Mental y proceso de cambio.Buenos -
Aires: Editorial ECRO, 1975. Pág. 164.
- (9) Córdova, A.
Teoría y práctica de la Psiquiatría Social
La Habana: Editorial Científica,1976.
Caps. I, II, III, XI.

- (10) Robert y Ai-li Chin. La Psicología en China Popular. Bogotá: Editorial Pluma, 1977. Págs. 65-91.
- (11) The revolutionary health Communittee of Human Provice. A Barefoot Doctor's Manual. Routledge & Kegan Paul, London and Henley, 1978 Págs. 9, 10, 11.
- (12) Cohen, G. La Psicología en la Salud Pública. (2a. edición). México: Extemporáneos, 1979. Pág. 15.
- (13) Córdova, A. Teoría y práctica de la Psiquiatría Social. La Habana: Editorial Técnico-Científica, - 1976. Pág. 10.
- (14) Noticias del UNICEF. "Participación Comunitaria: clave del desarrollo"
En la revista: Participación Comunitaria. - Número 98/1978/4. Pág. 3.
- (15) Noticias del UNICEF. "Decisión a la luz del día: atención médica comunitaria en Kenya Occidental!"
En la revista: Participación Comunitaria. Número 98/1978/4. Págs. 4, 5, 6, 7.
- (16) Noticias del UNICEF. "Autoayuda Comunitaria en Ghana: un manantial en una tierra sedienta."
En la revista: Participación Comunitaria. Número 98/1978/4. Pág. 20.

(17) Noticias del UNICEF.

"Esperanza es cualquier cosa que encontremos: el futuro de los niños urbanos pobres de los países en desarrollo".

En la revista: Año Internacional del Niño
1979. Número 97 1978/3. Págs. 25, 26.

C A P I T U L O I I

Introducción.

La Psiquiatría Comunitaria, en sus diversas modalidades y a través - de patrones nacionales diferenciados, presenta otro denominador co-- mún: el definir y poner en práctica una metodología marcadamente tra-- dicional, de corte "asistencial", verticalista, que reproduce el an-- tigo modelo clínico de la sugestión(en el que el papel del terapeu-- ta constituye el factor central, en el tratamiento del caso). Esta - situación, transforma al intento de apertura hacia la comunidad, en - un ensayo distorsionado, en el que se evidencia la tendencia a repro-- ducir los vicios y limitaciones muchas veces imperantes en la tera-- péutica individual, a una escala mayor(la de comunidad). Tales vicios se hacen evidentes en la supervivencia de técnicas terapéuticas que - se implementan frente a las crisis agudas(electroshocks, insulina, uso del bióxido de carbono), como también, la aplicación generalizada de técnicas psiquiátricas que se basan en el señalamiento de un modelo- de salud cuya referencia concreta y personal es proporcionada por el propio psiquiatra(sugestión, consejo, etc.). Tanto el primer grupo - de técnicas como el segundo, mantienen sumida la labor terapéutica - en el atraso; las primeras, a través de una "intervención salvaje",- no producen más efectos que el inducir una amnesia inmediata, dejan-- do simultáneamente al paciente, sensiblemente deteriorado(cada elec-- troshock produce una microlesión cerebral que nunca representa un -- episodio aislado, sino que es tan sólo un momento de un ciclo de --- electroshock; la insulina produce un estado muy próximo al coma orgá-- nico y el bióxido de carbono desencadena alucinaciones). Las segun--

das técnicas, expresan grados crecientes o decrecientes del principio de autoridad, que representa para el paciente una búsqueda de sus con flictos y la producción de cambios desde "afuera", desde su terapeuta. Se impone, por ende, la necesidad de buscar técnicas que realmente ha gan efectiva la meta de "edificar el centro de salud sin muros". De mo do tentativo, el presente capítulo postula tres variantes técnicas, cu yo origen se desarrolló en campos ajenos al de la salud, pero que -- tienen, sin embargo, la virtud de adaptarse a las modalidades de este último. Las tres técnicas, profundamente ligadas al curso espontáneo de actividad de los grupos humanos, ya han sido aplicadas -al menos - esporádicamente- al ámbito clínico.

Dado que la comprensión de los alcances de estas tres variantes y de las ventajas que ellas proporcionan, no puede ser escindido de su pro ceso evolutivo y del cuerpo teórico que las gestó, a continuación se analiza:

A.-La historia de cada técnica.

B.-Los fundamentos teóricos que las justifican.

C.-Algunas aplicaciones significativas y sus resultados correlativos.

Los casos reportados están vinculados al campo clínico, razón por la cual son escasos, dado que ciertas técnicas no han sido usadas clínicamente más que de manera ocasional.

I.- INVESTIGACION PARTICIPATIVA.

A) HISTORIA.

Yolanda Sanguinetti(1981) formula que las primeras experiencias que prepararon el terreno para el surgimiento de la investigación participativa, fueron desarrolladas por: Collier, Comisario de Asuntos de la India(1939-1945), quién privilegió el planeamiento social y la investigación, en el cumplimiento de sus labores.

-Kurt Lewin y sus alumnos(1946), quiénes aceleraron la marcha de las ciencias sociales, al conceder máxima importancia a la constitución de grupos y a las mutuas relaciones entre ellos entabladas. De lo que se deriva el carácter prioritario por él asignado a la investigación social.

Los antecedentes de la investigación participativa en América Latina fueron la creciente politización de la década del 60 y las consiguientes reacciones que esto produjo a niveles más específicos(el rechazo a las técnicas del desarrollo y a la organización tradicional de las ciencias sociales); ello indujo a gestar diversas formas de experiencias científicas, identificadas como auto-diagnóstico, auto-investigación, investigación temática, investigación-acción.

Existe acuerdo entre los autores que se dedican al estudio de esta técnica, al señalar que sus orígenes están íntimamente ligados a los cambios operados en el terreno educativo, en la década de los 60.

Francisco Vío Grossi, Vera Gianotten y Ton De Wit(1980), sostienen que para esa época,el concepto de auto-educación liberadora había comenzado a poner término a la relación paternalista y magistral entablada, por siglos, entre el maestro y el alumno y fundada en el secular

principio de autoridad. Al desestructurarse la organización de poder implícita en la educación, se inició la búsqueda (al calor de las movilizaciones populares y de los primeros fracasos políticos de años posteriores) de formas de investigación que permitiesen rescatar el conocimiento popular, para el logro de cambios sociales.

A partir de entonces, comienzan a surgir los precursores de la investigación participativa en diversos continentes: Orlando Falls Borda, - Aníbal Quijano, Alfredo Molano, Paul Oquist, en América Latina (quiénes sentaron sus bases epistemológicas), Yessef Kassan en Tazania, - Rajesh Tandon en la India, Budd Hall en Canadá (citados por Vío Grossi et al).

Posteriormente, el Consejo Internacional de Educación para Adultos, - propuso discutir acerca de la metodología y las técnicas de la investigación participativa, tras el propósito de construir una organización internacional que integrase múltiples regiones y que se apoyase en la investigación participativa (1977).

En 1977, en el Simposio Mundial de Ciencias Sociales de Cartagena, se discutieron los fundamentos epistemológicos de la investigación participativa, la que fue concebida como contrapartida de la investigación tradicional.

Actualmente, se desarrollan diversas experiencias de este tipo de investigación en México, Guatemala, Haití, Venezuela, Colombia, Honduras, Argentina, Chile y Perú (en este último país están extensamente - desarrolladas).

B).- FUNDAMENTOS.

En el Simposio Mundial de Ciencias Sociales de Cartagena(1977), Paul Oquist(1) presentó una categorización de las que él consideraba como posiciones epistemológicas básicas, manifiestas actualmente en la ciencia: el positivismo lógico, el estructuralismo, el empirismo, el pragmatismo y el materialismo dialéctico. Este análisis se efectuó en relación a las bases, acuerdos y desacuerdos en torno a los que se postula la investigación participativa. Dicho autor considera que de todas ellas, la que constituye el soporte de la investigación participativa es el materialismo dialéctico, dado que éste plantea la unión dialéctica entre la teoría y la práctica, en un contexto social e histórico determinado. Pese a que la posición medular del pragmatismo, también toma en consideración la unión de la teoría y la práctica, lo hace en un sentido ahistórico y asocial; por esa razón, Paul Oquist, aún no formulando consideraciones antagónicas, postula que el pragmatismo tan sólo tiene una aproximación limitada con la investigación participativa. El mismo autor destaca como posición epistemológica irreconciliable con la investigación participativa, al positivismo-lógico, dado que éste se esfuerza por limitarse a lo descriptivo, a lo cuantificable, procurando marginar en todo momento la posición ideológica del investigador en Ciencias Sociales.

Francisco Vio Grossi, Vera Gianotten y Ton De Wit(1980) afirman que dos son los aspectos centrales en los que se oponen la investigación tradicional y la investigación participativa: el esfuerzo de la primera por garantizar la "neutralidad valorativa" de las Ciencias So--

ciales y la negativa de la investigación clásica a asumir un compromiso(a pesar de que el mismo estuviese implícito, ligado al estado y a la mantención del sistema capitalista); de ambos aspectos, se deriva la elección de las técnicas e instrumentos de la investigación. El positivismo-lógico, fundamento esencial de la investigación tradicional, condujo a la elección del modelo de las Ciencias Naturales, como paradigma de las Ciencias Sociales, lo cual se expresó en una simplificación de la realidad a ultranza y en la persistencia del análisis ahistórico. Por todo ello, los mencionados autores consideran que comienza a perfilarse una nueva salida epistemológica, metodológica y técnica, proporcionada por la investigación participativa, en la que los sectores son metidos a la investigación, son simultáneamente objeto y sujeto de la misma, en tanto participan, junto al investigador, en fijar el curso y los instrumentos de aquélla. Asimismo, el investigador hace explícitos sus referentes ideológicos(independientes de la concepción burguesa) y orienta su actividad hacia la meta del cambio social. Esto reafirma la inviabilidad de la pretensión positivista de adoptar el modelo de las Ciencias Naturales, en las Ciencias So-ciales.

Precedentemente se destacó que la investigación participativa representa la fusión dialéctica de la teoría y la práctica. Al respecto, el autor brasileño Orlando Falls Borda(1980), plantea que a través de la investigación participativa es posible lograr un canal de fusión entre el saber científico y el saber popular(este último es el-

conocimiento adquirido empíricamente en la práctica social, al que - también se llama cultura folk). Dicho autor considera que este saber-popular ha sido peyorizado durante siglos, aunque sin embargo ha sido capaz de gestar instrumentos y productos de gran utilidad social.

Vío Grossi, Gianotten y Wit, anticipándose a posibles interpretaciones desviadas de tales formulaciones, comentan: "Algunos lo han entendido (al compromiso de la investigación con el cambio social estructural) como una adhesión irrestricta a las formas de analizar la realidad social surgidas al calor de los análisis de las experiencias revolucionarias exitosas. Son ellos una expresión de un mecanicismo intelectual y político que, a nuestro juicio, dificulta el desarrollo de lo esencial del trabajo intelectual, cual es el de cuestionar permanentemente lo aceptado... Otra forma igualmente limitada de entender este compromiso, es el de sobrevalorar el conocimiento popular y atribuirle características definitivas. De lo que se trataría, según estas personas, es simplemente de crear condiciones para que el pueblo exprese su voz, porque esa palabra es siempre científica. Nada más lejos de la realidad. El pueblo ha sufrido durante siglos una dominación que no ha sido sólo económica o política, sino también ideológica y por lo tanto, en el conocimiento popular hay una buena parte de ideología que le ha sido impuesta desde afuera. Lo que la investigación participativa postula es, sin embargo, que este conocimiento popular es un buen punto de partida para un proceso permanente de análisis de la realidad global que permita un proceso de disecación de la ideología, para el surgimiento de una nueva cultura" (2).-

Paul Oquist define a la investigación participativa, en los siguientes términos: "Es la producción de conocimiento para guiar la práctica y conlleva la modificación de una realidad dada, como parte del mismo proceso investigativo"(3).

Cabe destacarse en qué grados se cumple el supuesto de participación en la investigación, por parte de los grupos o sectores sociales investigados. Justamente, tomando en consideración los diferentes niveles de participación alcanzados hasta el presente, Emma Rubin de Celis(1981) presenta cinco categorías de investigación participativa:

1.-Participación en base a la devolución de información: consiste en la estructuración por parte de los investigadores, de todo el estudio, sin que se tome en cuenta el parecer o los criterios de la comunidad; a ésta tan sólo se la integra en la reflexión y discusión posterior a la presentación de frases generadoras(en los casos en los que se desarrolla una campaña de alfabetización concientizadora; por ejemplo, escogiendo palabras tales como basura, agua, alimentación, etc.) o a través de reflexión relativa a las conclusiones del estudio(cuando la investigación no es de alfabetización). Por lo común se siguen los mismos pasos de la investigación tradicional; sin embargo, este tipo de investigación, se propone producir cambios en la comunidad, a partir de la etapa final reflexiva (devolución de información), lo cual se orienta hacia el incremento de los niveles de conciencia de la misma.

2.-Participación a partir de la recolección de datos: se lleva a cabo

a través de la elección del tema por parte de los investigadores, el diseño de la investigación y la determinación del método; la comunidad participa tan sólo en la recolección de datos, siendo para ello previamente capacitada. A menudo este modelo se enriquece con la devolución de información. Se usa frecuentemente en programas de salud y educación.

3.-Participación en toda la investigación, exceptuando la elección del tema: el equipo de investigadores señala el tema; la comunidad diseña la investigación, recolecta datos, sistematiza y señala ulteriores conclusiones.

4.-Participación en todas las etapas de la investigación: La comunidad, transformada en sujeto fundamental, elige el tema, diseña el modelo a implementar, observa, registra datos, los analiza y reflexiona en torno a ellos. El equipo investigador cumple más bien, funciones complementarias y de asesoría.

5.-Participación total a partir de un modelo no-formal; la comunidad, además de ejecutar la investigación, en todos sus momentos, impone el descarte del método formal de investigación(en el modelo procedente aún se cumplían las etapas del método clásico). Tanto el tema como el método, se van descubriendo en el proceso mismo de la investigación. Se destacan las experiencias relativas a las narraciones históricas que las propias comunidades realizan.

C). ALGUNAS APLICACIONES.

Hasta el momento presente, se han reportado un número ilimitado de concreciones de la investigación participativa en todos los continentes y a nivel de distintas especificidades del estudio social. En el Simposio de Cartagena, se presentaron dos referencias nacionales de su aplicación en el ámbito clínico, las que son reportadas a continuación..

El caso de la Consejería Nacional de Desarrollo Social de Chile - - - (1970-1973):

Paul Oquist (consultor de la consejería) señala como primer evento importante en esa época y para ese país, la constitución de un grupo de jóvenes abogados a las más diversas tareas de promoción social (fomento de periódicos barriales, periódicos murales, brigadas de arte, grupos de teatro, constitución de comités de salud, comités de arrendamiento, juntas de vecinos, centros de madres). Por su alta movilidad, estos jóvenes fueron identificados popularmente como los "Saltamontes".

Posteriormente y reconociendo los antecedentes ya mencionados, el gobierno de Allende define una línea de intervención continua, a través de un organismo constituido para tal fin: la Consejería Nacional de Desarrollo Social. Esta institución tuvo a su cargo la investigación (en forma conjunta con las masas), de aspectos sociales tales como: la actividad económica de la mujer, la alimentación, el abastecimiento, la salud. En torno a esta última: "En materia de salud se organizó una campaña de educación y capacitación de "protección de la salud

del niño". Se formaron comités locales de salud y se movilizaron las mujeres de los Centros de Madres en una campaña en contra del alcoholismo y sobre todo, en contra de los expendios clandestinos de licores caseros en los barrios populares"(4).

Investigación-acción en la India:

En virtud de disponer de un reporte conciso de dicha experiencia, se transcribe fielmente lo que fuera informado por Pareeck, en el Simposio Mundial de Cartagena: "En una reciente monografía preparada por el Colegio de Administradores y Planificadores Educativos, se han descrito diecinueve proyectos experimentales en la investigación-acción que actualmente se desarrollan en la India. Esos proyectos tratan de la investigación-acción, mediante el cambio tecnológico, la educación, programas de cambio en las áreas de salud y agricultura, mediante el uso de la ciencia a nivel de aldea y el desarrollo de áreas tribales y rurales. La fundación Ford y otras agencias auspiciaron una serie de proyectos de investigación-acción, que sin embargo no tuvieron mucho impacto. Algunos proyectos iniciados por trabajadores voluntarios han tenido éxito, pero su efectividad continuada ha sido ampliamente utilizada en sistemas educativos en todo el país, para ayudar a maestros y directivos a comprender sus problemas, analizarlos y buscar soluciones...El área de mayores logros ha sido la de la salud, en varias partes del país; se ha utilizado un diseño común con variaciones de acuerdo a las condiciones de cada comunidad" (5).

II.- GRUPO OPERATIVO

A).-HISTORIA.

El iniciador del grupo operativo fue Enrique Pichon-Rivière(1980),--
quién tras largos años de estudios de los teóricos de grupos más no-
tables (Lewin, Bion), de la escuela kleiniana y de su trabajo en múl-
tiples instituciones psiquiátricas, constituyó hacia 1945,el primer
grupo operativo. En dicha ocasión, tal experiencia se gestó de mane-
ra relativamente espontánea, en tanto se reunieron las condiciones -
concretas para comenzar a configurar técnicamente, aquello que Pichon-
Rivière había conjugado teóricamente. En el Hospital Neuropsiquiátri-
co de Hombres de Buenos Aires(Argentina), desempeñando el cargo de -
Jefe de la Sala de Adolescentes, constituyó grupos para formar a es-
tos pacientes con el fin de atender las demandas diurnas y nocturnas
del hospital(debido a que el personal de enfermería había quedado ce-
sante); entonces, el grupo trabajó intensivamente durante una semana.
La segunda experiencia, fue más significativa que la primera, dado que
correspondió a un proyecto más madurado por el autor.Siguiendo la tra-
yectoria de Lewin, relativa al laboratorio social, Pichon-Rivière rea-
lizó en 1958, una experiencia de mayor amplitud con grupos reducidos-
de variada composición; la finalidad era la discusión sobre un tema;
el escenario geográfico fue Rosario(Argentina). Las personas allí reu-
nidas, reconocían diferentes procedencias: algunos eran universita--
rios, otros profesionistas, deportistas, artistas y algunos otros sec-
tores de clase media. Dando comienzo a la experiencia, se desarrolló
una exposición magistral(dando cuenta de los alcances de la labor a-
desarrollar), luego se constituyeron grupos homogéneos(con miembros-

que desempeñaban la misma actividad) y grupos heterogéneos (con miembros de diferente profesión); en cada uno de ellos, había un coordinador y un observador, quiénes se reunían continuamente con el coordinador general. Los grupos sesionaron varias veces y los que mejor funcionaron fueron los heterogéneos.

En una segunda etapa de evolución de la técnica, emergió la figura de Armando Bauleo, quién aportó aspectos inéditos que fueron incorporados a la teoría del grupo operativo.

Actualmente, ha tenido amplia difusión en México, España e Italia.

B.-FUNDAMENTOS.

La primera influencia notable para la gestación de la teoría del grupo operativo, fue recibida de la escuela de Kurt Lewin; ésta última, aportó a la Psicología una nueva interpretación de los principios gestálticos relativos a la totalidad, la estructura, dimensión que se desenvuelve hacia el interior de los grupos humanos: éstos son concebidos como una nueva realidad, no definible como sumatoria de individuos, si no como un campo configurado por variadas relaciones interdependientes, lo cual se constituye sobre la base de una dinámica continua (el grupo está permanentemente sujeto a cambios). Estos conceptos-fundamentales- de Lewin, habrían de signar ciertas categorías de la teoría de Pichon-Riviére; también para este último autor, el grupo representa una realidad diferenciada de la mera situación individual, dado que la dinámica de aquél se estructura como un campo en el cual las relaciones son interiorizadas de tal modo, que surge el sentimiento de pertenencia bajo la forma de "necesidad de los otros en ausencia de ellos". Puede decirse, que la categoría de E.C.R.O. (esquema conceptual, referencial y operativo que postula Pichon-Riviére, como un factor común y agluti-

nante en el grupo), obedece en parte a esta influencia, dado que dicho E.C.R.O. surge de la configuración total del campo, destacando las mutuas dependencias de sus miembros.

Lo sustancial de la concepción operativa de grupo, se deriva (con muchas modificaciones e introducción de nuevos conceptos) de la teoría grupal de Bion (1952), quién sostuvo que en los grupos humanos se reditan angustias primitivas, cuyo modelo (de naturaleza psicótica) remite al seno materno. Este planteamiento de Bion, centra la dinámica grupal en los contenidos emotivos; sin embargo, no se agota en ellos, sino que se desenvuelve en dos niveles identificables: el de grupo de trabajo (work-group) y el grupo de supuestos básicos (basic assumption group); el primero de ellos, representa lo que cada miembro asume claramente y se expresa en cooperación, mientras el segundo representa lo inconsciente, el caudal subyacente de ideas primarias. Estos conceptos de Bion, sirvieron de basamento para la formulación de lo manifiesto y lo latente, en el grupo; ésto no quiere decir que la categorización de dichos conceptos, en el seno del grupo operativo, sea independiente de los planteamientos que originariamente Freud sustentase en torno a los contenidos manifiestos y latentes (de los sueños), sino que fue a través de los antecedentes aportados por Bion, que fue posible llegar a la formalización de ambas nociones, en relación a la propia dinámica grupal.

Por último, Melanie Klein constituyó el soporte teórico más general, que fundamenta la interpretación clínica del grupo operativo. Ello, se plasmó como tendencia paralela e inevitable a la aproximación a Bion (ya que el propio Bion perteneció a la escuela kleiniana). De ahí que se afirme

que, en la pretarea, se articulan defensas (que configuran una enconada resistencia al cambio) características de la posición esquizoparanoide; justamente por ello, se generan conductas parcializadas, disociadas.--- Asimismo, en la tarea, se considera que la percepción global, la integración de aspectos, la personificación del sujeto y de los otros, dejan atrás a la posición esquizoparanoide, constituyendo una nueva posición (la depresiva). Los conceptos relativos a las posiciones esquizoparanoide y depresiva, así como las defensas y ansiedades a ellos asociadas, -proviene de la teoría de Melanie Klein.

La dinámica definida en el grupo operativo, se expresa básicamente a través de 3 momentos, los que según Pichon-Riviére, delimitan 3 situaciones terapéuticas distintas: la pretarea, la tarea y el proyecto (constituyen la aportación que Pichon-Riviére hiciera a la teoría del grupo). La pretarea es, en consecuencia, el abordaje del problema al que el grupo se enfrenta, aunque en un principio lo hace desde la simulación (hacen "como si" realmente abordaran el problema), para relegar los miedos básicos que toda nueva situación trae consigo. En la tarea, el coordinador redobla el esfuerzo por "hacer consciente lo inconsciente", pues cada sujeto ya ha dado un salto cualitativo hacia la integración de objetos totales. Esto último, hace posible fijar estrategias y tácticas para producir transformaciones (proyecto). La sucesión permanente de estos 3 momentos, mantiene un modelo de espiral, en la dinámica del grupo operativo. Resta destacar que en un grupo operativo cuya finalidad es el aprendizaje, la labor de interpretación del coordinador es postulada en torno a la tarea. En el grupo operativo constituido con fines terapéuticos, la interpretación del coordinador se centra en la transferencia (en correspondencia con la posición clínica psicoanalítica). Bleger postula que, en última instancia, todo grupo operativo cumple una finalidad terapéutica.....-

C) .-ALGUNAS APLICACIONES.

El uso de esta técnica, se ha registrado primordialmente en las áreas educativa y clínica. Las experiencias que se reseñan, han sido escogidas por haberse desarrollado en México, en el campo clínico (con lo cual, quedan excluidas un sinnúmero de situaciones, que sería imposible citar aquí).

Grupos Operativos en el ISSSTE, 1977:

La experiencia se realizó en una clínica en la que se dio comienzo a la labor de Psiquiatría Comunitaria. Originalmente, se constituyó un grupo de terapeutas, cuya demanda era determinar los problemas de salud de los derechohabientes y las posibilidades de canalización de los mismos. Posteriormente, se constituyeron nuevos grupos de naturaleza heterogénea, sujetos a técnicas clínicas, para garantizar un mejor funcionamiento de la institución; en ellos participaban personas de todos los departamentos, los responsables de los mismos, los médicos residentes, los archivistas y el propio director. Esto último se realizó en virtud de que a través del funcionamiento del primer grupo, se detectaron obstáculos en las relaciones internas de la institución, lo cual restaba a ésta, eficacia en el servicio. Como resultado de esta experiencia se logró una notoria mejoría en las relaciones institucionales.

Educación para la Salud, SSA en Netzahualcóyotl, 1974.

Esta experiencia se desarrolló por espacio de dos años, a través de un equipo integrado por residentes de Psiquiatría y Medicina, asignado a esa ciudad; dicho equipo, se había preparado para tal labor me--

diante la constitución de grupos operativos previos; el contacto con la comunidad implicó una extensa estrategia de acercamiento, en la que debieron ser dilucidadas múltiples resistencias (de la comunidad y del equipo mismo). Después de esto último, se hizo posible la constitución, en la comunidad, de grupos heterogéneos avocados a la tarea de abordar el problema de la salud; éstos, tenían por coordinadores y observadores a los residentes (de Medicina y Psiquiatría), quienes a su vez participaban en una instancia superior de coordinación, integrada por psiquiatras altamente especializados. Los problemas que trataron los grupos específicamente, eran de algún modo introducidos por láminas; de esa forma, se incluyeron aspectos tales como: alimentación, higiene, - desnutrición, cuidados del niño, etc. Pese a las resistencias iniciales, este programa había llegado a producir cambios significativos (especialmente, el consolidar estructuras grupales estables); sin embargo hacia 1976, la SSA congeló dicho programa, en virtud de haber aprobado otros proyectos como base de su nueva estrategia en la zona.

No se incluyen otras experiencias clínicas referidas al grupo operativo, dado que se dispone de escaso material bibliográfico al respecto. Ello no quiere decir que las experiencias realizadas sean pobres; de los numerosos casos de los que se tiene conocimiento de su desarrollo, no existe formalización teórica alguna.

III.- METODO DE ENSEÑANZA DE PAULO FREIRE.

A.-HISTORIA:

El método de alfabetización de este autor, no es simplemente una sumatoria de técnicas, sino que representa la prolongación de una teoría orientada - hacia el cambio. Fue gestada en un país socialmente convulsionado, en el que los contrastes violentos entre las clases, habían mantenido por años la movilización sectorial de las masas; entre los problemas capitales de éstas, - se contaba el problema del analfabetismo. Es justamente ello, lo que concita el interés y la labor investigadora de Paulo Freire, quién a la par de desenvolverse como catedrático universitario (de Historia y Filosofía de la Educación), inició hacia 1947 su tarea pedagógica con los pauperizados campesinos del Nordeste (de Brasil). Desde entonces en adelante, dá comienzo a su "laboratorio social", cuya población estuvo compuesta esencialmente por sectores rurales desposeídos y marginados de la instrucción. Por la doble vía de la -- aplicación crítica y la reformulación de los métodos que hacia esa época habían sido catalogados como "revolucionarios" en el campo de la pedagogía, Freire concibe y conforma su propia teoría (la que denuncia a aquéllos, como formas muy originales y novedosas de manipulación y sujeción de las masas). En 1962 ya consideraba probado su programa y método de aprendizaje. Dado que en Brasil existía entonces un interjuego de sectores que permitía cierto espacio social para prácticas como éstas, el gobierno federal (del Partido Trabalhista), legítima la iniciativa de Freire a nivel ministerial y convoca a la formación de coordinadores para capacitarlos en la aplicación del "sistema -- Freire" (1963-1964). Sin embargo, esta tentativa es abortada por el golpe militar, que paraliza dichas fuerzas e impone el primer corte en la labor investigadora de Freire, quién a partir de ese momento se dedicará a capitalizar - fuera de su país - la experiencia gestada a lo largo de décadas de su investigación personal.

B.-FUNDAMENTOS:

El primer aspecto relevante a destacar, radica en la corriente en la que se inserta como procedimiento de investigación. Los teóricos que estudian históricamente la investigación participativa (en contraposición de la investigación tradicional), consideran al método de Freire como la primera forma desarrollada de aquélla. Justamente, Freire se lanzaba a la búsqueda de las palabras generadoras en el seno mismo de la comunidad y en trabajo común con ella.

Las raíces trascendentales de la concepción de Freire, se ligan a las teorías sociales que fundamentan y promueven la liberación del hombre (en lenguaje marxista, se hablaría de teorías que formulan la lucha de clases). Ernani María Fiori expresa claramente los fundamentos de este pensamiento: "Es lo que pretendemos insinuar en tres chispazos.-- Primero: el movimiento interno que unifica los elementos del método-- y los excede en amplitud de humanismo pedagógico. Segundo: ese movimiento reproduce y manifiesta el proceso histórico en que el hombre -- se reconoce. Tercero: los posibles rumbos de ese proceso son proyectos posibles y, por consiguiente, la concienciación no sólo es conocimiento o reconocimiento, sino opción, decisión, compromiso" (6). Lo -- anterior, implica reconocer que el método es tan sólo un complemento de una teoría pedagógica que no puede desvincularse de la política y que no pretende imponer procedimientos artificiosos a los grupos humanos, sino, contrariamente, parte de la dinámica espontánea de éstos para definir una línea de acción coherente con dicha dinámica. Obviamente, esto conduce no sólo a romper el mito de la neutralidad cien--

tífica, sino también a tomar partido en términos sociales. Por último, los fundamentos técnicos del método, remiten de alguna manera a los sistemas globales de alfabetización producidos en este siglo. Pero, si bien la técnica de palabra generadora puede ser considerada una herencia que Freire recibe de la pedagogía contemporánea, lo fundamental estriba en que este autor califica a los métodos globales como altamente eficaces, aunque también representan un medio muy peligroso al servicio de la dominación de una clase. A diferencia de esto, Freire postula que las palabras generadoras de su método son importantes porque son tomadas de la problemática central de las comunidades y porque facilitan la sensibilización y la reflexión (tomar conciencia); un pedagogo que no participe de este pensamiento, verá en las palabras generadoras, tan sólo una parte de su realidad (la capacidad de cada palabra generadora para producir nuevos vocablos). Fiori puntualiza al respecto: "Las técnicas del método de alfabetización de Paulo Freire, aunque valiosos en sí, tomados aisladamente no dicen nada del método mismo... Inventadas o reinventadas en una sola dirección del pensamiento, resultan de la unidad que se trasluce en la línea axial del método y señala el sentido y el alcance de su humanismo: alfabetizar es concientizar" (7).

En lo relativo a los aspectos técnicos, Freire define: "Palabras generadoras son aquellas que, descompuestas en sus elementos silábicos, propician, por la combinación de esos elementos, la creación de nuevas palabras" (8). ¿Cómo se selecciona esta "muestra vocabular"? Primero se explora el universo vocabular de la comunidad; luego (siguiendo la línea de modificación y simplificación del método de palabras-generadoras, instaurada por Freire), se escogen aquellas palabras -- que sintetizan situaciones existenciales típicas del grupo, para lo cual se elaboran fichas que facilitan la labor del coordinador, permitiendo descomponer a cada palabra generadora en sílabas y sonidos, de modo que a partir de éstos se construyan familias fonéticas.

C.-ALGUNAS APLICACIONES.

Educación para la salud, SSA en Netzahualcóyotl, 1974:

Esta experiencia ya ha sido reportada en lo referente a grupo operativo. Complementariamente se utilizó el método de Paulo Freire en las sesiones grupales; el uso del mismo se puso de manifiesto en labores tales como la presentación de series de ilustraciones a través de las cuales, sus integrantes percibían el conjunto de connotaciones adscritas a las palabras generadoras seleccionadas. Estas últimas no eran verbalizadas por el coordinador en ningún momento, dado que él se limitaba en presencia de la lámina; a preguntar al grupo qué ideas les sugería; es decir, la palabra, obviada por el coordinador, generaba un conjunto de percepciones e ideas asociadas, a partir de las cuales se desarrollaba la educación sanitaria de sus miembros.

Es necesario puntualizar que el método de Paulo Freire ha tenido aplicaciones diversas (o sea, se lo ha usado para actividades independientes de la alfabetización). Sin embargo, la aplicación que se le dio en Netzahualcóyotl pone en práctica una interpretación muy original del método, afín en este caso, con la problemática de la salud.

Experiencia nacional de Guinea-Bissau:

Después de conquistar su independencia de Portugal, tras una ardua guerra anticolonialista, el partido triunfante (PAIGC), organiza las áreas de educación y salud en base al método de Paulo Freire (de 1973 en adelante). El gobierno del nuevo país, invitó en 1975 a Paulo Freire a colaborar con él; aquél aceptó y experimentó profunda sorpresa al comprobar el amplio desarrollo que su método había adquirido allí,

presentando al mismo tiempo, peculiaridades propias. Freire puntualiza: "De acuerdo con la política del Comisariado de Salud, que concede un lugar preponderante a la medicina preventiva, el Centro se preocupa al máximo por la educación sanitaria de las poblaciones y, siempre en colaboración con los comités de tabancas, celebra reuniones de estudio en que se discuten ciertos aspectos "mágicos" relacionados con la salud. Las "debilidades de la cultura" a que aludía Amílcar Cabral. Estas reuniones, o podría decirse, estos seminarios en que se discuten problemas sanitarios con el pueblo, celebrados a veces en terreno despejado, especie de pequeña plaza, que suele haber en el centro de las tabancas, a veces a la sombra de un árbol, o bajo las palotas o cobertizos construidos por la población, como los que ví albergando algunos de los círculos de cultura, se centran constantemente en el análisis de la práctica social de la comunidad. Toda práctica, en efecto, va desarrollando una comprensión del mundo, y, fiel al comportamiento que siempre caracterizó al PAIGC, el Centro hace de esa comprensión - el tema constante de su trabajo con las poblaciones. En último análisis, la superación de las "Debilidades de la cultura" que se constituyen en la práctica social requiere la transformación de esta práctica, a través de las alteraciones que se van dando en las relaciones sociales de producción. Pero como esta superación no es mecánica sino dialéctica, la acción política-pedagógica a ella aderezada no es sólo importante, sino fundamental. Por otra parte, y debido a eso mismo, los seminarios acerca de la educación sanitaria vinculan generalmente con

el análisis de la salud la comprensión crítica del esfuerzo de reconstrucción nacional, lo cual significa asimismo discutir la salud en sus relaciones con la producción, sobre todo con la manera como se dá la producción y las relaciones sociales que se van creando de acuerdo con los diferentes modos de producción. Son discusiones que necesariamente se prolongan en debates de orden político" (9).

B I B L I O G R A F I A

- (1) "Epistemología de la Investigación-Acción" por Paul Oquist.
En: Crítica y Política en Ciencias Sociales. Tomo I.-Págs.3-30.
Simposio Mundial de Cartagena. Bogotá, Colombia, 1978.
- (2) Vío, Francisco, Fals, Orlando, Gianotten, Vera et al.
Investigación Participativa y Praxis Rural. Mosca azul editores,
Lima, 1981. Pág. 13.
- (3) "Epistemología de la Investigación-Acción" por Paul Oquist.
En: Crítica y Política en Ciencias Sociales. Tomo I. Pág. 6.
Simposio Mundial de Cartagena. Bogotá, Colombia. 1978.
- (4) "La práctica de la investigación activa: El caso de la Consejo
ría Nacional de Desarrollo Social en la República de Chile, -
1970-1973". Por Paul Oquist.
En: Crítica y Política en Ciencias Sociales. Tomo II Pág.159.-
Simposio Mundial de Cartagena. Bogotá, Colombia, 1978.
- (5) "El papel de la investigación-acción en la elaboración de sis-
temas auto-renovadores" por Uday Pareek.
En: Crítica y Política en Ciencias Sociales. Tomo II. Pág.76.
Simposio Mundial de Cartagena. Bogotá, Colombia, 1978.
- (6) "Aprender a decir su palabra. El método de alfabetización del
profesor Paulo Freire" por: Ernani María Fiori.
En: Pedagogía del Oprimido. 25a. edición). México: Siglo XXI,-
1980. Pág. 5.
- (7) Idem. cit. Pág. 5.

- (8) Freire, P. La educación como práctica de la libertad. (29a. edición). México: Siglo XXI, 1982. Pág. 109.
- (9) Freire, P. Cartas a Guinea-Bissau. (2a. edición). México: Siglo XXI, 1979. Págs. 79-80.

CAPITULO III

Introducción.

Dado que la idea central que subyace al desarrollo de los capítulos procedentes, es que las técnicas puntualizadas pueden ser articuladas en una intervención clínica, a continuación se ofrecen los fundamentos que justifican aquel planteamiento. Para arribar a ello, el análisis se organiza en torno a:

- I.-Características generales de las técnicas.
- II.-Características específicas de cada una de ellas.
- III.-Modelo tentativo de integración.

I.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS TECNICAS REFERIDAS.

La investigación participativa, el grupo operativo y el método de -- Paulo Freire (se refieren los usos no alfabetizadores de este último), presentan rasgos fundamentales comunes, lo que los transforma en recursos compatibles y aptos para ser implementados en un plan unitario.

Todas estas técnicas son:

- a) No directivas.
- b) Activas
- c) Categorizan a los grupos humanos como agentes de cambio.
- a) No directivas.

El equipo técnico no impone un programa previamente elaborado, sino que éste se estructura a partir de las necesidades manifiestas en la comunidad y reconocidas por ésta. Específicamente, la técnica de Paulo Freire presenta características propias, dado que el uso de palabras generadoras, implica cierto grado de conducción; sin embargo, éstas representan tan sólo un medio para catalizar el proceso de concientización (esto último, gestado en los grupos mismos, es lo más importante). Además, si bien el equipo constituido para aplicar esta última técnica, es quien selecciona las palabras generadoras, al hacerlo, aquél abstrae de la problemática vivida por la comunidad y de los conflictos y necesidades verbalizadas por ésta, los vocablos nodulares para el trabajo conjunto; esto, si bien les asigna la responsabilidad de tomar una decisión, no es más que el corolario, la síntesis, de una larga interacción entre el equipo y la comunidad (es

te vínculo previo, puede desarrollarse a lo largo de algunos meses).

b). -Activas.

La comunidad abandona el rol pasivo que le fue asignado tradicionalmente, para plasmar una participación dinámica, la cual puede orientarse hacia diversos aspectos (recolección de datos, selección del método, registro y organización de la información, señalamiento de conclusiones) o hacia todos ellos. Sin embargo, la modalidad irreductible de la intervención clínica determina los límites precisos de dicha participación comunitaria; es evidente que la misma se centrará en la demanda inicial y en las formas concretas en que ésta se exprese (en Ciencias Sociales, esta fase de la investigación es denominada "recolección de información"), siendo una participación continua, ya que lo que la comunidad exprese de sí misma será el material de trabajo, la materia prima de la intervención terapéutica. Pese a ser visualizado como obvio este pensamiento, es trascendental fijarlo como norma básica, dado que las escasas experiencias de intervención clínica en la comunidad presentan mayoritariamente la tendencia inversa; es decir, preferentemente se ha definido a priori una línea de intervención terapéutica y una temática de la que quedan excluidas las de--mandas reales de los grupos.

c) Categorizan a los grupos humanos como agentes de cambio.

Las técnicas, como instrumentos metodológicos derivados de una teo--ría, reflejan los aciertos y distorsiones de esta última. Es por ello que las técnicas surgidas de la concepción funcionalista, se caracte--rizan por asignar a los grupos humanos un rol básicamente pasivo, el

que tan sólo se puede modificar, por el impulso externo de los equipos de profesionistas avocados al desarrollo de la comunidad. Antagónica con esta concepción, existe otra (materialista), que interpreta que los cambios se gestan únicamente desde los propios grupos humanos; las técnicas escogidas en el presente trabajo, se sustentan en esta última concepción y asignan a los profesionistas un rol no directivo, participativo, que haga posible la fusión del conocimiento popular -- con el conocimiento científico; es decir, esta fusión es el resultado de la acción conjunta de la comunidad y el equipo técnico, las que previamente habían tenido desarrollos paralelos. Las connotaciones específicas que esta concepción produce en el ámbito clínico, se expresan en consideraciones relativas a la impostergable necesidad de una demanda comunitaria -circunstancia gestada por un proceso inherente al gru po mismo- para la formulación de un acuerdo contractual entre la comunidad y el equipo terapéutico; dicha demanda no puede proceder del entorno del grupo, es decir, de afuera. Otro aspecto clínico correlacionable con aquella concepción, se refiere a que la búsqueda de las causas de lo patológico, remiten a los contenidos latentes que se generan en el mismo grupo.

II.- CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LAS TECNICAS REFERIDAS.

Las características básicas que particularizan a estas técnicas, si bien son definidas desde encuadres distintos y formuladas mediante categorías diversas, presentan sin embargo una notable tendencia hacia la homogenización.

Como ya fuera expresado previamente, la técnica de Paulo Freire re--
presenta una de las formas embrionarias de investigación participativa, cuya meta fundamental es la reflexión, o sea, el tomar conciencia acerca de la realidad que afecta la existencia. Fiori destaca lo si--
guiente, en relación a la técnica de Paulo Freire: "La reflexibilidad es la raíz de la objetivación. Si la conciencia se distancia del mun--
do y lo objetiva, es porque su intencionalidad trascendental la hace reflexiva...La conciencia del mundo y la conciencia de sí crecen jun--
tas y en razón directa; una es la luz interior de la otra, una comprometida con otra. Se evidencia la intrínseca correlación entre conquistarse, hacerse más uno mismo, y conquistar el mundo, hacerlo más humano. Paulo Freire no inventó al hombre; sólo piensa y practica un método pedagógico que procura dar al hombre la oportunidad de redescubrirse mientras asume reflexivamente el propio proceso en que él se va --
descubriendo, manifestando y configurando: "método de concienciación".
Estas palabras son llamadas generadoras porque, a través de la combi--
nación de sus elementos básicos, propician la formación de otras. Co--
mo palabras del universo vocabular del alfabetizando, son significa--
ciones constituidas en sus comportamientos, que configuran situacio--
nes existenciales o se configuran dentro de ellas. Tales significaciones

nes son codificadas plásticamente en cuadros, diapositivas, films,-- etc., representativos de las respectivas situaciones que, de la ex-- periencia vívida del alfabetizando, pasan al mundo de los objetos. El alfabetizando gana distancia para ver su experiencia, "ad--mira". En ese mismo instante, comienza a descodificar. La descodificación es -- análisis y consecuente reconstitución de la situación vivida: reflejo, reflexión y apertura de posibilidades concretas de pasar más allá"-- (1).

Uno de los objetivos centrales del grupo operativo, es hacer "conciente lo inconciente", es decir, lograr que lo latente se haga manifiesto (labor ininterrumpida, permanente). Pero, en el marco de esta concepción "lo consciente" debe recibir una lectura psicoanalítica, ya que no es una alusión a la conciencia histórica (conciencia de clase, conciencia de sí y para sí), sino que es una referencia de aquello, exiguo,-- limitado, distorsionado, que el sujeto conoce de sí mismo. Por otro -- lado, tal como se puntualizara en el capítulo II de este trabajo, asociada al momento grupal de la tarea, se encuentra la ansiedad depresiva, la cual -- lejos de ser un sentimiento melancólico de duelo-- se -- expresa a partir de un ensimismamiento reflexivo, resultado del in-- sigh; o sea, esta ansiedad depresiva se acompaña de autorreflexión-- y se externaliza mediante creación y productividad. A través de la -- concepción operativa de grupo, es factible dotar de una significación psicoanalítica a la meta de la investigación participativa, de modo -- tal de hacerla aplicable al campo de la salud.

Cualquier modalidad de investigación participativa (incluida la técnica de Paulo Freire) está siempre referida a los grupos humanos; no se trata de un estudio individual de casos, sino que la consideración de lo individual se desarrolla como una particularidad de lo global, dentro de lo que está inserto. Asimismo, la concepción operativa del grupo se refiere centralmente a una estructura grupal, en la que los individuos cuentan como miembros de la misma y no como elementos aislables, atomizables, sujetos a una interpretación independiente del grupo mismo.

En la concepción operativa, el coordinador no es el líder del grupo; si bien cuenta con una identidad clara y diferenciable y asume una tarea distinta de la grupal, consistente en interpretar el vínculo entre el grupo y la tarea y la relación de lo latente y lo manifiesto. Para la concepción de Paulo Freire, la existencia de un coordinador implica la ruptura del modelo tradicional del aprendizaje, basado en una relación vertical, paternalizante, magistral, entre alguien que todo lo sabe y un grupo ignorante, carente de conocimientos, moldeable a imagen de un maestro; en el lugar de este modelo, Freire subraya una relación horizontal, de interacción, entre el coordinador (del aprendizaje) y el grupo. En relación a esto, manifiesta Fiori: "En el Círculo de la Cultura, en rigor, no se enseña, se aprende con "reciprocidad de conciencias"; no hay profesor, sino un coordinador, que tiene por función dar las informaciones solicitadas por los respectivos participantes y propiciar condiciones favorables a la dinámica del -

grupo, reduciendo al mínimo su intervención directa en el curso del "diálogo"(2). Por último, es menester destacar que en cualquier tipo de investigación participativa, el equipo técnico cumple funciones de coordinación(en mayor o menor grado), aún cuando no se formule específicamente la categoría de "coordinador".

En lo substancial, cualquier de estas técnicas se transforma en un recurso orientado hacia la fractura, la dislocación, de las situaciones de pasividad, de adhesión a pautas convencionales. En la concepción operativa, lo convencional se expresa a través del concepto de "estereotipia"; vinculado a ésto, Bleger, comenta: "El grupo operativo tiende a lograr un vínculo óptimo que enriquezca la personalidad y la "tarea", rectificando pautas estereotipadas y distorsionadas. Al respecto, conviene además aclarar que la "simple" estereotipia o bloque del aprendizaje es de por sí y ya sólo por esto, una distorsión de la conducta(neurótica o psicótica)"(3).

Lo convencional y pasivo es interpretado por Freire en los siguientes términos:"De este modo, la educación se transforma en un acto de depositar, en el cual los educandos son los depositarios y el educador -- quien deposita...Tal es la concepción "bancaria" de la educación, en que el único margen de acción que se ofrece a los educandos es el de recibir los depósitos, guardados y archivarlos...Dado que en esta visión los hombres son ya seres pasivos, al recibir el mundo que en -- ellos penetra, sólo cabe a la educación apaciguarlos más aún y adaptarlos al mundo. Para la concepción "bancaria", cuanto más adaptados estén los hombres tanto más "educados" serán, en tanto adecuados al mundo"(4).

III.- MODELO TENTATIVO DE INTEGRACION DE ESTAS TECNICAS.

Existen experiencias precedentes en las que -al menos parcialmente- tuvo comienzo el intento de estructuración de un plan en el que dichas técnicas jugaron papeles complementarios. A continuación son -- presentadas, bajo el título de "antecedentes":

a) Antecedentes.

Netzahualcóyotl, SSA, 1974-1976.

Tal como fuera señalado previamente, en esta experiencia fueron combinadas la técnica de grupo operativo y la de Paulo Freire. A partir de la constitución de los grupos, éstos desarrollaron una primera fase de práctica operativa exclusivamente (en ellas se abordaron las ansiedades primarias, de forma tal que pudiese abrirse paso con posterioridad, una labor grupal más compleja). La segunda fase, se caracterizó por la combinación de la técnica operativa con el método de palabras generadoras; esto estaba ligado, de alguna manera, a la naturaleza del sector social en el que los grupos tenían sus raíces, dado que el material bibliográfico que normalmente se usa en los grupos de clase media (estudiantes, profesionistas, etc.), fueron sustituidos aquí por series de láminas. Esta última situación, ofrecía la ventaja de dinamizar el proceso de educación sanitaria, proporcionando material perceptual capaz de eslabonar sucesivas asociaciones que orillaban los alcances de la tarea. Ambas técnicas demostraron ser compatibles en una aplicación simultánea y de permanente fusión.

Reciente experiencia en la Colonia López Portillo, 1982.

En virtud de haberse desarrollado en fechas próximas, aún no existen

referencias documentales de la misma, aunque se encuentra en proceso de elaboración una tesis profesional fundada en esta intervención en la comunidad. Esta última estuvo precedida por la labor de un grupo - más amplio(aquél que fuera aludido en la introducción de esta tesis). Ante las limitaciones de la experiencia originaria(módulo III del área clínica del SUA), dos alumnos, después de la conclusión de aquélla, - proyectaron una intervención fundada en un esquema teórico referen--- cial más preciso, en el que sobresalían determinadas líneas directrices: en lo relativo a los contenidos, el estudio fue configurado como una interpretación psicoanalítica; lo referido a la selección de las técnicas, se estructuró sobre tres soportes(investigación participa- tiva, grupo operativo, Paulo Freire). El proyecto debía desarrollar- se a lo largo de seis meses de presencia en la comunidad, con un pro- grama para la educación de la salud. El punto de partida fue la labor exploratoria del grupo inicial; más tarde, se presentó una invitación abierta a la comunidad para la constitución de grupos. Un dato signi- ficativo está dado por la autoexclusión de los hombres, quiénes se -- mantuvieron al margen de aquéllos. Los grupos constituidos(inicialmen- te dos, que más tarde se fundieron en uno solo) se transformaron en- el vehículo de las resistencias de la comunidad. Las conclusiones re- lativas a la idea central del trabajo y al desarrollo evolutivo de - los grupos, están siendo elaboradas por quiénes ejecutaron el traba- jo, concluido recientemente. Se hace evidente que esta investigación proporciona un rico material, el que supera las fronteras de lo meto-

dológico, arrojando datos de cuya lectura pueden desprenderse formulaciones teóricas importantes(en lo relativo al psicoanálisis aplicado). Es importante enfatizar que esta experiencia es la primera que se desarrolla, con esta orientación, en asentamientos humanos espontáneos--(popularmente reconocidos como "Colonias paracaidistas").

b). Posibilidades de conjugación de las técnicas.

Por todas las razones aducidas anteriormente, un plan de intervención clínica en la comunidad, que integrase los recursos ya analizados, significaría un primer vínculo con ella, aunque éste no sería en modo alguno, el único. Por el contrario, implicaría la forma básica de trabajo, sobre la que se instaurarían variantes terapéuticas específicas--(las que no son incluidas en esta tesis). Este plan básico de inter--vención, en el lenguaje de la Psiquiatría Comunitaria estadounidense --sería definido como "prevención primaria"; sin embargo, aquí se excluye ese lenguaje porque se considera que la concepción que lo sustenta, es organicista, limitada, mecanicista; en contraposición a la categoría de "prevención primaria", en este trabajo se usa tan sólo la categoría genérica de "prevención", para suprimir cualquier connotación --conceptual que induzca la idea de secuencia histórica(derivada del vocablo "primario"), porque se considera que pueden desarrollarse simultánea y altamente integradas, tareas terapéuticas preventivas, de trátamiento y rehabilitación.

El plan clínico de referencia(basado en las técnicas ya mencionadas) tiene como elemento central al grupo; ello significa que se privilegia la dinámica de éste, aún cuando no se excluyan otros niveles de trabajo(por ejemplo, cuando las circunstancias lo requieran, se rea-

lizarán las canalizaciones necesarias hacia la terapéutica individual). Más específicamente, lo que dota al plan de su carácter clínico, es la inclusión de la técnica operativa, ya que el profuso material proporcionado por la técnica participativa(en continuo desarrollo) y por -- la técnica de Paulo Freire(que proporciona en este caso cadena de asociaciones grupales), puede ser interpretado, iluminado, comprendido,- en base a la concepción operativa.

A nivel ilustrativo, se transcribe lo que a través de la comunicación personal, Bauleo expresó recientemente en un curso de capacitación - desarrollado en el S.U.A.(Agosto de 1982): "En tanto se logre que el grupo familiar funcione efectivamente como grupo operativo, se desarrolla así una labor preventiva, en la medida en que se preserva a - aquél". Esto señala uno de los múltiples alcances clínicos de esta - técnica.

Es necesario advertir que al incluir técnicas surgidas en otros cam--pos de las Ciencias Sociales, se deben adaptar a las premisas generales del método clínico, de modo tal que no conduzcan a una interven--ción "contaminada". Por ejemplo, en tanto que para otras formas de investigación puede incrementarse el éxito y la efectividad de aquélla mediante la mayor convivencia entre la comunidad y los técnicos(siendo aconsejable que éstos últimos radiquen en esa zona), para el equi--po terapéutico, esa salida constituiría un factor de riesgo en su relación con ella.

B I B L I O G R A F I A

- (1) "Aprender a decir su palabra". El método de alfabetización -- del Profesor Paulo Freire", por Ernani María Fiori.
En: Pedagogía del oprimido. (25° edición). México: S.XXI, - 1980, Págs. 6, 11, 12.
- (2) Idem. Cit. Pág. 7.
- (3) Bleger, J. Temas de Psicología. (10° edición).
Buenos Aires: Nueva Visión, 1979, Pág. 65.
- (4) Freire, P. Pedagogía del oprimido. (25° edición)
México: Siglo XXI, 1980. Págs. 72 y 79.

C A P I T U L O 1 V

Introducción.

En esta etapa de la tesis, se formalizan un conjunto de pensamientos altamente polémicos, reunidos en el tópico "discusión". A posteriori, se perfilan problemas capitales asociados a la temática central de este trabajo, los que tan sólo son sugeridos como motivo de futuros estudios. Por último, se incluye un apartado en el que se valoran las posibilidades sociales e institucionales actuales, de implementar las propuestas contenidas en los capítulos precedentes.

I.- D I S C U S I O N .

Retomando uno de los primeros planteamientos, relativo a la generación de la Psiquiatría Comunitaria y la Psiquiatría Social, desde el movimiento de Salud Pública, se puede afirmar que tanto una como otra, representan un programa en la situación social del hombre. Sin embargo, ésta es una apreciación demasiado general, por sí sola no basta, sino que se imponen estimaciones más minuciosas, que tomen en consideración avances parciales, logros específicos, déficits. En concreto, existen autores que analizan críticamente los primeros trabajos comunitarios (experiencia de desarrollo de la comunidad y programas de atención psiquiátrica en Europa y de Africa, antiguo asentamiento de colonias del "viejo mundo").

Uno de ellos, Batten afirma: "Una vez formado, lo formado, la opinión del grupo influirá grandemente en la actitud y la conducta de sus miembros individuales y los trabajadores del desarrollo han de tomar ésto en cuenta. Un doctor funcionario de salubridad del Africa Oriental expone ésto muy claramente: En materia de mejoras sanitarias, lo que piensa el individuo es mucho menos importante que lo que piensa la comunidad. Para que un hombre se convenza de que debe cavar una letrina son necesarias dos cosas: primero, que se convenza de su valor y de la necesidad de tenerla; segundo, que esté razonablemente seguro de que su acto contará con la aprobación y, es más, la alabanza de sus vecinos y que se librárá de ser objeto del ridículo. Las modas proporcionan a la conducta un impulso muy fuerte tanto en Africa como Europa, y las modas existen lo mismo en los hábitos sanitarios que en

los vestidos. Sólo con la aproximación de un grupo a la educación sanitaria podemos esperar que se cree una moda de mejoras higiénicas. Este punto de vista ha sido apoyado por trabajadores experimentados en muchos países y en muchos campos además del sanitario. Así, Tannous dice de los fellahin árabes: El control social es fuerte y efectivo, y el fellah dudará en dar independientemente un paso nuevo. Frente a tales situaciones, los individuos manifiestan su conciencia de comunidad con testimonios como "toda la aldea está en favor de la nueva idea", la aldea está en contra de esa innovación", me gusta lo que usted sugiere, pero no puedo ponerme en contra de mi aldea". Es importante, -- por consiguiente, que la organización piense en interesar y en educar grupos y comunidades completos mejor que un número cualquiera de individuos"(1)

Lo cual, es coincidente con algunos de los aspectos que esta tesis enfatiza: es imposible desarrollar un trabajo comunitario prolongado si no se reúnen dos condiciones: a) Que la comunidad manifieste una clara demanda y b) que la intervención clínica reconozca como punto de partida la dinámica propia de aquélla, o sea, que no imponga presu-puestos ajenos a la realidad comunitaria. A ello se le debe sumar una consideración muy importante omitida por Batten: los organismos internacionales y los países capitalistas avanzados han fomentado progra-mas de esta naturaleza, en un intento por lograr a través de ellos, la integración política de los sectores oprimidos y desposeídos; ésto, -- que pretende ser silenciado por los teóricos de la burguesía, explica

en un sinnúmero de experiencias los motivos del fracaso, ya que - en su resistencia a dichos planes, las comunidades se cierran a la intrusión de "tales técnicos".

Por otra parte, haciendo un balance de los distintos niveles de desarrollo del sistema psiquiátrico público de los países socialistas (en lo relativo a la teoría, los recursos técnicos y su ampliación social), es fundamental discernir con claridad sus logros reales, sin apelar a planteamientos exitistas y distorsionados. Si bien es cierto que han llegado a edificar sistemas muy amplios, al alcance de toda la sociedad, han perpetuado formas de justificación teórica y técnicas terapéuticas consagradas por la psiquiatría tradicional; en el caso cubano, es posiblemente el más demostrativo: a pesar de haber incorporado la producción teórica de la Psiquiatría Occidental, legitiman procedimientos deficientes y factibles de ser sustituidos por otros en la intervención de las crisis patológicas agudas (electroshock, insulina). Es decir que, desde una "Psiquiatría del individuo" se produjo el salto hacia una "Psiquiatría de masas", heredando ésta las limitaciones más relevantes de aquélla.

En Francia, país con creciente producción teórica, subsisten de manera encubierta, problemas similares: también allí superviven formas atroces e inhumanas (electroshock, insulina). Además, la institución psiquiátrica continúa siendo el elemento central del siste-

ma, con la innovación adicional de haber ampliado su área de influencia. Es decir, el avance contrasta con el atraso, configurando un claroscuro ambiguo, en el que se produce mucho en el terreno teórico (profundizando el estudio epistemológico ligado a la Psiquiatría, realizando notables lecturas del desarrollo histórico de ésta, arrojando nuevas luces en torno a las categorías de lo "normal y lo patológico"), pero sin proyectos hacia la búsqueda de nuevas soluciones a nivel terapéutico.

En contraposición a esto, Italia ofrece un panorama menos homogéneo, posiblemente, más desconocido ante los ojos del mundo, pero capaz de producir movimientos radicalmente "subversivos" a nivel psiquiátrico, como la promulgación nacional de la "Ley Basaglia" que puso término al hospital psiquiátrico y reintegró al enfermo "crónico" a su medio de origen; con ello, se ha iniciado un esfuerzo infatigable para instrumentar nuevas técnicas terapéuticas (basadas en incrementos del trabajo grupal en la comunidad). La corriente psiquiátrica que desencadenó este proceso fue la "Antipsiquiatría Italiana". Al mismo tiempo, un aspecto de la realidad internacional emerge con fuerza: en los países que la movilización de las masas se ha incrementado en las últimas décadas, junto a los avances políticos se han activado diversas respuestas a las variadas necesidades vitales de aquéllas, entre las que destacan los requerimientos de atención sani

taria. Una vez más se subrayan las experiencias desarrolladas en Chile y Guinea Bissau; las primeras, han potenciado nuevos estudios en Psiquiatría Social, ensayando ciertos niveles de respuestas, mientras que las segundas, han puesto a la Medicina Preventiva al servicio de las más apartadas comunidades, aún aquéllas de organización tribal. Otro altamente significativo, es el de "Gheel" (Bélgica), donde desde el siglo XIII, se ha producido una permanente afluencia de enfermos mentales. En sus orígenes, este hecho tuvo un significado religioso: a ese lugar eran conducidos los enfermos para implorar a la Santa Dymphne, su curación. Dado que, desde entonces, aquéllos eran acogidos por los habitantes, de ese poblado, en sus propios domicilios, estos últimos fueron adquiriendo experiencia para asistirlos. De tal forma que, ya en el siglo XX, la comunidad de Gheel no sólo ha mantenido su capacidad terapéutica (en cada domicilio familiar se alberga a un enfermo y se dispone de los conocimientos necesarios para asistirlo), sino que esta labor ha cobrado total independencia de los factores religiosos que le dieron origen. La trascendencia de esta experiencia, radica en el cuidado y en el medio que se le proporciona al enfermo, basados ambos en la total prescindencia de la institución psiquiátrica. Un aspecto original de esta situación está señalado por el carácter marcadamente espontáneo de esta experiencia; esta comunidad, por sí sola, ha llegado de alguna manera a construir un "hospital sin muros".

Resta únicamente agregar que el trabajo comunitario en la sociedad capitalista está subordinado a las fluctuaciones --muchas veces sujetas a violentos giros-- que aquélla sufre. Con ello se quiere señalar que, circunstancias sociales que crean un espacio para la instauración de opciones de trabajo comunitario (aún cuando sean éstas, limitadas), pueden llegar a desaparecer o eclipsarse rápidamente, bajo la arremetida de "un cambio de timón" a nivel del estado. En el Cono Sur hay varias situaciones en las que este hecho se hace evidente. Es decir, si bien las fuerzas del capitalismo (interesadas ocasionalmente en mejorar los servicios de salud proporcionados a las masas) pueden propiciar o dejar crecer tendencias orientadas en tal sentido, --tan pronto como éstas escapen a su control, transformándose en un --"peligro" para su equilibrio, las cercenarán o las extinguirán.

A modo de advertencia, es fundamental tomar en cuenta que las ciencias sociales no constituyen un bloque compacto e irreductible. Esta observación es incluida para facilitar una correcta lectura e interpretación de los lineamientos básicos de la investigación participativa, de forma tal de prevenir la distorsión que posiblemente pudiera acompañar a la propuesta de un modelo general de aproximación a los fenómenos, en Ciencias Sociales. Puesto que cada ciencia tiene su objeto, presenta también formas muy específicas, para abordarlo. De ahí que ciertos recursos válidos en la investigación antropológica, a nivel de ejemplo, pueden ser prescindibles o inadecuados en la comunidad, en la investigación clínica.

II.- NUEVOS PROBLEMAS.

Así como el análisis del grupo requiere una consideración teórica - específica, dado que representa una realidad cualitativamente dis-- tinta que la individual y mucho más compleja que ésta, sucede algo-- similar con la comunidad. Sin embargo, no existen estudios clínicos consistentes y profundos que la aborden y que pongan término al pen-- samiento analógico por el que actualmente se procura explicar buena parte de los fenómenos clínicos comunitarios. Dicho pensamiento ana-- lógico se pone de manifiesto cuando, ante los vacíos relativos a la explicación teórica de la comunidad, se apela a las formulaciones - clínicas ligadas a lo individual. El otro aspecto de vital importan-- cia, se centra en el rol que debe asumir el miembro de un equipo te-- rapéutico, en la comunidad(en este caso, nos referimos, específicamente al psicólogo clínico). También en esto prevalecen las indefi-- niciones y los desacuerdos. El precisar los límites que aquél debe-- mantener en su relación con la comunidad, será el factor decisivo - para garantizar la labor terapéutica.

III.- VIABILIDAD DE ESTAS ALTERNATIVAS

Se impone ahora formular los alcances inmediatos de los posibles planes de intervención clínica en la comunidad, de forma tal de otorgarles una clara delimitación histórica que señale las metas factibles - en el "aquí y ahora", partiendo de los recursos y las instituciones-existent.

Como punto de partida, es necesario consagrar un lenguaje que, a la - par de eliminar ambigüedades, permita delinear en toda su riqueza, la dinámica de la labor comunitaria.

Por ello es que se ratifica la crítica del modelo heredado de la medicina, en él se legitiman tres categorías para conceptualizar tres niveles distintos de intervención (prevención primaria, secundaria y terciaria); las limitaciones fundamentales de este modelo, residen en que, - en la formal preocupación por definir líneas de acción articulables al modo de tácticas que se insertan en una estrategia militar, se cae en la rigidez y el mecanicismo de otorgar a los "rótulos" (prevención primaria, secundaria y terciaria) mayor jerarquía que la concedida a los aspectos dinámicos (riqueza de técnicas de intervención, elasticidad para enfrentar de modo dúctil, situaciones esencialmente cambiantes en la comunidad). Además, cada una de estas tácticas (prevención primaria, secundaria y terciaria), es concebida como un peldaño distinto de una - escala construída por tramos, en la que en el mejor de los casos, cuando la acción es simultánea, subsisten sin embargo diferentes planos de oportunidad. Por ejemplo, lo definido en términos de prevención primaria, señala exclusivamente el aspecto educativo-formativo que a partir

de la incorporación de información, haga posible mejorar las condiciones de salud futuras, mientras que todo lo ligado a la terapéutica, se identifica en el plano de prevención secundaria. De ahí que, para oponer a esta estrecha y mecánica concepción, categorías que hagan posible un lenguaje más fluido y dialéctico, se restrinja en este capítulo lo conceptual a dos categorías básicas: lo "preventivo" y lo "terapéutico", aspectos de la labor clínica que se encuentran estrechamente — unidos, al punto de hacer imposible cualquier intento de aislarlo; al mismo tiempo, constituyen una espiral dialéctica en la que se suceden ininterrumpidamente nuevas opciones de síntesis.

Habiendo definido ya un punto de referencia como el precedente, es posible introducir ahora proposiciones de trabajos, capaces de llevar a cabo, en el medio mexicano, las tareas concernientes a la Psiquiatría Social, en el marco de esta etapa histórica: ésto implica delimitar un plano de acción inmediato y no formular programas anticipadores inspirados, por ejemplo, en la realidad de los países socialistas. Al respecto, existen algunas instituciones avocadas a proporcionar servicios sanitarios a los más amplios sectores populares; en esta situación se encuentran todos los hospitales de la SSA, entidad rectora del Programa de Psiquiatría Comunitaria, el DIF(organismo que desempeña labores preventivo-terapéuticas en relación a la infancia, estableciendo vínculos con diversos sectores sociales), los Centros de Integración Juvenil(cuya función preventiva-terapéutica está referida al tratamiento de la farmacodependencia y el alcoholismo, en adolescentes y jóvenes)-

y los Centros Comunitarios anexos a diversos hospitales del Distrito Federal y del interior de México. Se abre allí un espacio susceptible de ser dotado de contenidos que efectivamente aporten al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, en tanto, no se incurra en la tradición psiquiátrica formalista, que acentúa el camino de las conferencias (inspiradas en el estilo de las clases magistrales de la universidad), de los estudios estadísticos esporádicos que tan sólo sirven para incrementar las ansiedades paranoides de la comunidad o cualquier variante preventivo-terapéutica inspirada en concepciones paternalistas, por las que se procura a menudo fracturar el curso evolutivo-histórico de la comunidad e imponer un modelo de salud totalmente ajeno a ésta.

Sin embargo, aún cuando lo señalado en el párrafo precedente se insinue como un canal futuro, si se toman en consideración los factores potenciales, el "poder llegar a ser" en la universidad, sin lugar a dudas, la institución que ofrece la mayor gama de posibilidades y recursos para un posible plan de intervención clínica a nivel comunitario. Los fundamentos de esta afirmación, remiten a una extensa población estudiantil, que por un sinnúmero de razones, se encuentran en uno de los momentos más dinámicos de formación: en ella, la mayoría oscila entre los veinte y treinta años, encontrándose en la etapa de sedimentación de su cuerpo de conocimientos y requiriendo de modo permanente, de cambiantes campos prácticos de confirmación de aquéllos. Por ello, puede asegurarse que la universidad cuenta con gran diversidad (que posibilita el trabajo interdisciplinario de varias carreras)-

y amplios recursos presentes, tanto humanos como materiales; de ahí que, puedan manifestarse los réditos de la labor universitaria, en un vuelco hacia la sociedad, dotando al servicio social de una organización y un sentido diferentes. A modo ilustrativo, se sugieren cambios tales que permitan al psicólogo clínico en su etapa final de formación, centralizar toda su actividad práctica en torno al servicio social, desarrollándolo en el seno mismo de la comunidad:— ésto implica, unificar todas las prácticas clínicas (en el SUA, prácticas de los módulos), con un servicio social ~~más extenso~~ (preferentemente de un año), en el que además de garantizar de manera permanente, el contacto con diversos grupos humanos, se lograse una sólida matriz de integración de aspectos prácticos que han mantenido cursos paralelos de desarrollo hasta el presente.

Dado que el aspecto central de esta tesis lo constituye un modelo técnico en el que se integran tres técnicas de evolución independiente, se retoma ahora dicho problema para enmarcarlo en el momento presente (el "aquí" y "ahora" aludido anteriormente). Como ya se señalara, la técnica central propuesta es la de grupo operativo, ya que a través de ella se confiere carácter clínico a la experiencia; sin embargo, no se debe caer en la estimación superficial y simplificadora, — de que se trata tan sólo de hacer un injerto, "trasplantado" de la clase media a otros sectores, experiencias de pretendida validez universal. Si bien, sí tiene cierto cariz general, la afirmación de la

y amplios recursos presentes, tanto humanos como materiales; de ahí que, puedan manifestarse los réditos de la labor universitaria, en un vuelco hacia la sociedad, dotando al servicio social de una organización y un sentido diferentes. A modo ilustrativo, se sugieren cambios tales que permitan al psicólogo clínico en su etapa final de formación, centralizar toda su actividad práctica en torno al servicio social, desarrollándolo en el seno mismo de la comunidad:— ésto implica, unificar todas las prácticas clínicas (en el SUA, prácticas de los módulos), con un servicio social más extenso (preferentemente de un año), en el que además de garantizar de manera permanente, el contacto con diversos grupos humanos, se lograse una sólida matriz de integración de aspectos prácticos que han mantenido — cursos paralelos de desarrollo hasta el presente.

Dado que el aspecto central de esta tesis lo constituye un modelo técnico en el que se integran tres técnicas de evolución independiente, se retoma ahora dicho problema para enmarcarlo en el momento presente (el "aquí" y "ahora" aludido anteriormente). Como ya se señalara, la técnica central propuesta es la de grupo operativo, ya que a través de ella se confiere carácter clínico a la experiencia; sin embargo, no se debe caer en la estimación superficial y simplificadora, — de que se trata tan sólo de hacer un injerto, "trasplantado" de la clase media a otros sectores, experiencias de pretendida validez universal. Si bien, sí tiene cierto cariz general, la afirmación de la

viabilidad la técnica operativa, lo que se presenta esencialmente cambiante y heterogéneo, lo constituyen los contenidos sobre los que dicha técnica se aplica; es decir, si lo que se pretende es lograr desarrollar grupos en estratos populares, se deberá abrir para ello un campo específico de estudio, capaz de interpretar esa realidad, de captar todos sus signos particulares, y de operar eficientemente sobre ellos. A nivel académico, ésto delimita nuevas necesidades: para que el universitario adquiriera dominio sobre las técnicas propuestas -en particular, la de grupo operativo- se deben ampliar y profundizar los conocimientos y las prácticas de ciertas materias (en el SUA, ciertos lineamientos de los módulos), de forma tal que realmente se le capacite a - nivel teórico y práctico para desenvolverse de manera adecuada, en los estudios de campo que realice en la comunidad. Lo fundamental lo constituye el hecho de que no existe espacio alguno en la Psicología Clínica, en la que las técnicas puedan ser subestimadas; el mismo criterio -fundamentados en la realidad y en fracasos precedentes es sustentado en el ámbito comunitario; de igual modo, es categórica la afirmación - de que nadie se forma solo, improvisando estrategias en el mismo terreno de acción, sino que, por el contrario, el estudiante de Psicología Clínica debe ser formado teórica y técnicamente por asesores especializados.

Reaformando planteamientos previos, se enfatiza la circunstancia de -- que el constituir grupos operativos en sectores obreros y marginales, - representa el máximo nivel de maduración en el dominio de estas técnicas, dado que además de requerir nuevas "lecturas" del fenómeno (formas

específicas de desarrollo de los grupos operativos en los sectores populares, lo que exige de nuevas interpretaciones), impone dejar a un lado conceptos a-priori que puedan llegar a contaminar las interpretaciones de los coordinadores, impregnándolas de contenidos esteriotipados.

En lo referente a las técnicas, esta tesis no pretende postular que el modelo aquí planteado constituya la única válvula de acceso a la comunidad. Tras la proposición concreta contenida en este trabajo, se perfilan dos estimaciones; la primera de ellas, radica en el firme convencimiento de que dicho modelo proporciona un sólido vínculo con la comunidad; la segunda estimación, complementaria de la anterior, puede sin tetizarse en una actitud abierta, que contempla la posibilidad de ingresar por otras vías, en la labor clínica comunitaria.

En relación a todo lo sugerido en este apartado, se subraya la trascendencia de todo plan clínico sustentado en la comunidad. Al respecto, nunca se debe incurrir en la actitud irresponsable de poner en marcha un proceso condenado desde sus orígenes al fracaso. Todo plan, desde sus inicios, consolida un compromiso expresable en términos de continuidad de las labores y de consistencia.

BIBLIOGRAFIA.

- (1) Batten, T.R. Las comunidades y su desarrollo.
México: Fondo de la Cultura Económica, 1981
Págs. 23 y 24.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- Ayudo, J. Et al. Cuida tu salud es un tesoro. Colección salud y educación popular. Cd. Netzahualcóyotl, México 1974.
- Basaglia, F. Scritti II. Torino: Einaudi Paperbacks 129, 1982.
- Basaglia, F. La maggioranza deviante. Torino: einaudi 1971. 6a. Ed. 1978.
- Pastide, R. Sociología de las enfermedades mentales. (5a. edición). México: Siglo XXI, 1979.
- Pauleo, A. Ideología, grupo y familia. Buenos Aires: Ediciones - Kargieman, 1974.
- Pauleo, A. Contrainstitución y grupos. Madrid: Fundamentos, 1979.
- Bender, M.P. Psicología de la Comunidad. España: Ediciones CEAC, - 1981.
- Bennett, G.C. Community Psychology: Impressions of the Boston conference on the education of psychologist for community mental health. American Psychologist, 1965, 20, - 832-835.
- Berlinger, G. Psiquiatría y poder. Barcelona: Granica editor, 1977.
- Bloom, B. The "medical model" miasma theory and community mental health. Community mental health journal, 1965, - 1, 333-338.

- Erito, M. La autoinvestigación: una técnica de promoción. -- Centro de capacitación e investigación aplicada para el desarrollo de la comunidad (CIADEC), proyecto VEN/13 PNUDO-UNO. Serie didáctica, N° 107, Venezuela. 1971
- Calderón, G. Salud mental comunitaria. México: Trillas, 1981
- Cancrini, L. Et al Psiquiatría y relaciones sociales. México: Editorial Nueva Imagen, 1979.
- Caplan, G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Ceballos, R. Et al Fundamentos y descripción del programa de educación básica intensiva. Editado por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), México, 1981.
- Cohen DeGovia, G. La Psicología en la Salud Pública. (2a. edición). México: Extemporáneos, 1979.
- Cueli, J. Dinámica del marginalo. México: Alhambra Mexicana, 1980.
- De Brassi, M. Los laberintos de la autogestión. Revista de Clínica y análisis grupal, año 2, N°2, Enero-Feb. 77, Págs. - 60-70.
- De Schuter, A. Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de adultos. México: CREFAL, 1981
- Facheux, C. Et al Psicología Social y compromiso político. Buenos Aires: Ed Rodolfo Alonso, 1971.

- Foucault, M. El nacimiento de la clínica. (7a.edición). México: -
Siglo XXI, 1980.
- Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. México:-
F.C.E., Tomos I, II. 1981.
- Freire, P. ¿Extensión o comunicación? (6a.edición). México: Siglo
XXI, 1977.
- Freire, P. La educación como práctica de la libertad. (29a.edi-
ción). México: Siglo XXI, 1982.
- Freire, P. Cartas a Guinea-Bissau. (2a.edición). México: Siglo --
XXI, 1979.
- Freire, P. Pedagogía del oprimido. (25a.edición). México: Siglo --
XXI, 1980.
- García de la Hoz, A. La evolución del concepto de grupo operativo. Revis-
ta de Clínica y Análisis grupal, año 2, N°2. Enero--
Febrero 77. Págs. 46-58.
- Goffman, E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1970.
- Gomezjara, F. Técnicas de desarrollo comunitario. México: Nueva Socio-
logía, 1981.
- Harari, R. Et al. Teoría y técnica Psicológica de comunidades margina-
les. Buenos Aires: Nueva Visión, 1974.
- Hochmann, J. Hacia una Psiquiatría Comunitaria. Buenos Aires: Amo-
rrortu editores, 1966.
- Jones, M. La comunidad terapéutica. Buenos Aires: Paidós, 1964.
- Kinserman, N. Práctica Social en el medio rural. Buenos Aires: Ed Hu-
manitas, 1975.

- Korchin, S. Modern Clinical Psychology. New York: Basic Books - Inc. Publishers, 1971.
- Lorretta, A. La Psicología en la Comunidad en Cuba. Seminario Internacional de Psicología en la comunidad. Ciudad Habana, Sep. 9-80.
- Margolis, J. Psicoterapia en grupos. En la revista neurología/neurocirugía, Vol. 18, Nos. 2 y 3, 1977.
- Menéndez, E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. México: Nueva Imagen, 1978.
- Menéndez, E. Cura y control. México: Nueva Imagen, 1979.
- Noticias del UNICEF. Participación comunitaria. New York, N°98, 1978/4.
- Nevitt, R. Et al. Comunidad, Psicología y Psicopatología. Buenos Aires: Editorial Jorge Alvarez, S.A., 1969.
- O.M.S. Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo. 16avo. informe del comité de expertos de la O.M.S. en salud mental, Ginebra, 1975.
- O.P.S. Discusión técnica de la XXII reunión del Consejo Directivo. Servicios comunitarios de salud y participación de la población. 1973.
- Paniagua, E. Et al. Educación básica intensiva. CONAFE: México, 1978.
- Pichon-Riviere, E. El proceso grupal. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
- Pichon-Riviere, E. La Psiquiatría una nueva problemática. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.

- Pucheu Regis, Et al. Diversos modelos de Psiquiatría Comunitaria. Revista de Psiquiatría AFM. Abril-octubre, 1977.
- Rodríguez L. La Psicología en la comunidad en Cuba. Conferencia - del I Seminario Internacional de Psicología en la comunidad, ciudad de La Habana, septiembre 9-12.
- Roosens, E. 1980.-Des fous dans la ville? Gheel (belgique) et sa therapie séculaire. Ed Presses Univesitaires de France, París, 1979.
- Sanguinetti, Y. El significado de los datos en la investigación par-ticipativa. Primer coloquio nacional, México, Nov. -- 1980.
- Sanguinetti, Y. Organización y Participación. Una evaluación de téc-- nicas de promoción. División de desarrollo de la comu-- nidad de la oficina central de coordinación y planifi-- cación de Venezuela, documento N°2, metodología, Caracas, 1973.
- Sanguinetti, Y. Las técnicas e instrumentos de la investigación parti-cipativa para proceso de cambio social en el medio -rural. Centro Nacional de Productividad, Asociación-- Mexicana de Educación para Adultos, A.C. México, Oc-- tubre, 1981.
- Sanguinetti, Y. La participación de la población en las investigacio-nes para los procesos de desarrollo y de cambio. Con-- greso Nacional de Investigación Educativa, México 1981.
- S.S.A. Plan Nacional de Salud. México, 1974.
- S.S.A. Líneas básicas de una educación para la salud. México 1974.

- Simposio Mundial de Cartagena. Crítica y Política en Ciencias Sociales. Bogotá: Punta de Lanza editores, 1978. Tomos: -- I y II.
- Sigerist, H. Hitos en la historia de la salud pública. México: -- Siglo XXI, 1981.
- Terris, M. La revolución epidemiológica y la medicina social. -- (2a.edición). México: Siglo XXI, 1979.
- Torres, P. Et al. Modelo I.M.S.S. Jalisco. De Psiquiatría Comunitaria; V reunión APM. Guanajuato, Agosto-Diciembre, 1977.
- Vío Grossi, F. Et al. Investigación participativa y Praxis Rural. Lima: Mosca Azul Editores, 1981.
- Weinstein, L. Salud mental y Proceso de cambio. Buenos Aires: Editorial ECRO, 1975.
- W.H.O. Social Psychiatry and community attitudes. N°177, -- Geneve, 1959.
- Zax, M. Introducción a la Psicología de la Comunidad. México: Editorial El manual moderno, S.A., 1979.