

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE QUITO

CARRERA: PSICOLOGÍA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE: PSICÓLOGA

TÍTULO O TEMA:

**“DISEÑO DE UN PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL EN
LA ZONA DE TIGUA, PROVINCIA DE COTOPAXI”**

AUTORA:

MARTINA ZURITA

DIRECTOR:

DR. JAIME TORRES

QUITO, ENERO DEL 2011

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de la autora

Quito, 11 de octubre del 2010

Firma

Martina Zurita

DEDICATORIA

Me gustaría dedicar esta Tesis a toda mi familia. A mis padres Patricio y Jacqueline, por su comprensión y ayuda en todo momento, porque me han enseñado a encarar las adversidades en el camino siempre con la frente en alto y sin perder la confianza en mí misma, sus palabras de aliento han hecho que llegue siempre hasta el final de mis metas. El orgullo que sienten por mí, ha sido la responsabilidad más grande que he tenido en la vida.

A mi compañero de vida, Francisco por su paciencia, por su comprensión, por ser esa persona generadora de ánimo en los momentos más difíciles, porque ha sabido siempre encontrar las palabras precisas para levantarme y lograr que dé todo de mí.

A los siempre queridos estudiantes del Colegio “Jatari Unancha” con quienes compartí momentos inolvidables durante tantos años, a sus padres y a todos los compañeros y compañeras de ese pedacito del Ecuador que siempre está en mi corazón, Tigua.

A todos, muchas gracias por su apoyo.

AGRADECIMIENTO

Son tantas las personas que han sido parte de este camino tan importante en mi vida. Este trabajo es solo el producto final de un largo recorrido en el que mucha gente ha estado presente de alguna manera y cada uno ha sido importantísimo para lograr lo que he logrado hasta ahora.

Gracias a mi familia que siempre ha estado presente en todo momento y que ha sido el pilar fundamental de mi vida.

Gracias de todo corazón, Jaime, por su paciencia, sus orientaciones, sus palabras de ánimo y por reconocer, en medio de todo, siempre lo positivo y el esfuerzo plasmado en este trabajo.

Gracias a todos mis maestros y maestras, esas grandes personas que desde su profesionalidad y sobre todo, desde su calidad humana, han motivado siempre en mí el desarrollo de una gran sensibilidad y un pensamiento crítico frente a la realidad que me rodea.

Como no agradecer a todos los amigos y compañeros que he conocido dentro y fuera de las aulas, gracias por todas las experiencias compartidas, por los encuentros casuales que propiciaron grandes y valiosas reflexiones y que, sin duda alguna, han aportado significativamente en este camino de aprendizaje y formación.

Gracias a todas y cada una de las personas que han apoyado desde distintos espacios y en distintas maneras la culminación de este trabajo tan importante para mí, como importante es la gente con la que lo realicé y a la que se lo dedico.

INDICE

INTRODUCCIÓN

1

ENFOQUE METODOLÓGICO

3

ANTECEDENTES DE LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO

4

CAPÍTULO I: LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA COMO MODELO DE COMPRENSIÓN DE LA SALUD MENTAL

1.1	APROXIMACIÓN HISTÓRICA DE LA PSICOLOGÍA	13
1.1.1	Orígenes Filosóficos	13
1.1.2	La Psicología en la Edad Media	16
1.1.3	El Racionalismo	17
1.1.4	Corriente Empirista – Asociacionista	19
1.1.5	La influencia de Kant	20
1.2	NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA	21
1.2.1	Psicología fisiológica o psicofísica	21
1.2.2	Comienzos de la Psicología Experimental	22
1.3	CORRIENTES DE PENSAMIENTO PSICOLÓGICO	23
1.3.1	Estructuralismo	23
1.3.2	Funcionalismo	24
1.4	COMPRENSIÓN DE LA SALUD MENTAL DESDE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA	26
1.4.1	Salud Mental y Vida cotidiana	28
	CONCLUSIONES	31

CAPÍTULO II: MODELOS DE COMPRENSIÓN DE LA SALUD – ENFERMEDAD

2.1	Concepción mágico- religiosa	34
2.1.1	Concepción naturalista del mundo	36
2.1.2	Modelo biologista e individual	37
2.1.3	Modelo salubrista	37
2.1.4	Medicina industrial.	37
2.1.5	Modelo médico – hospitalario	38
2.1.6	La racionalidad científica, el logos médico	38
2.1.7	Modelo campo de la salud o Multifactorial	39
2.1.8	Modelo de la complejidad	39
2.1.9	Modelo de la medicina social	40
2.1.10	Modelo salud- desarrollo	41
2.1.11	Modelo tecno-económico	42
2.2	APROXIMACIONES A LA COMPRENSIÓN DE LA SALUD MENTAL	43
	CONCLUSIONES	48

CAPÍTULO III: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

52

3.1.1 Perspectivas culturales y el papel de la participación en la promoción de salud mental 58

3.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR 64

Modelo de Atención en Salud 64

Modelo de Atención desde el presente proyecto de Promoción de Salud 68

CONCLUSIONES 72

CAPÍTULO IV: DISEÑO DEL PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD

Información básica 75

Contexto general 77

Datos operativos 78

Identificación del proyecto 78

Descripción del proyecto 89

Descripción de la estrategia del proyecto (MI) 95

Metodología Marco Lógico 99

Construcción de Matriz Marco Lógico 105

CONCLUSIONES 107

RECOMENDACIONES 110

BIBLIOGRAFÍA 111

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Las reflexiones que se realizan en este trabajo, parten de la idea de que la salud no es la mera ausencia de enfermedad sino el resultado de relaciones armónicas del sujeto consigo mismo, con la comunidad (instituciones sociales), el entorno (económico, político, cultural) y con la naturaleza, lo cual apunta al bienestar individual y colectivo. Así, la enfermedad, es el resultado del desequilibrio en el funcionamiento de este complejo entramado de relaciones.

Esta visión de salud y enfermedad se fundamenta en la idea de que es vital conocer los elementos básicos de la cultura de un grupo, así como las interpretaciones comunes de las causas de ciertos fenómenos, sus valores sociales, formas de organización y relacionamiento con el entorno y con el medio ambiente para lograr una visión integradora del ser humano.

Todas las culturas y grupos humanos desarrollan estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un sistema médico que proporciona las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar y otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad.

De ahí que salud y cultura se implican mutuamente, lo que se percibe como salud y enfermedad, sus causas, tratamiento, agentes médicos y prevención están determinados por cada cultura específica.

No se trata de reproducir o reeditar la misma forma de manejar la salud y la enfermedad como lo ha venido haciendo el Modelo Médico Tradicional, sino de entender, a partir de las prácticas cotidianas, como se entretajan las concepciones y representaciones respecto a este ámbito.

El generar una nueva aproximación a la salud y la enfermedad tal como es vivida por personas de diverso origen cultural, requiere necesariamente el desarrollo de un trabajo en conjunto con la comunidad y sus conocimientos, de manera respetuosa a la diversidad, abriéndose, entre otros aspectos, a la alternativa de que la medicina propia del mundo occidental no es el único modelo capaz de satisfacer las

necesidades de la población, y que sus médicos tampoco son los únicos agentes capaces de manejar la enfermedad, en tanto portadores absolutos del saber.

Entender la salud mental comunitaria exige visualizarla como algo más que una forma de consulta que se realiza fuera de los hospitales. Es mucho más que una atención extra hospitalaria o programas realizados para grupos “marginales” o como asistencia para pobres.

Significa romper con toda una concepción ideológica partiendo, en primera instancia, del reconocimiento de que hablar de salud mental es más que ausencia de trastorno mental; es trasladar la mirada del “sujeto enfermo” a una comunidad en conflicto; del hospital, a los centros comunitarios que no solo ofrezcan un servicio médico sino que se convierten también en escenarios de encuentro y del compartir de lo comunitario.

Lo mental comunitario se vincula al tema de las relaciones sociales, la familia, la tierra, el medio ambiente, los lenguajes, los símbolos; en fin, una perspectiva ecológica que integra el grupo familiar, la comunidad y el entorno natural de los sujetos.

El escenario en el que se realiza este trabajo es la comunidad indígena de Tigua, en la provincia de Cotopaxi.

Enfoque metodológico

El presente trabajo, desde sus bases investigativas se desarrolló, desde un enfoque cualitativo, que se distingue del cuantitativo por estar presente en una realidad cambiante y dinámica, lo que hace que el proceso de investigación sea flexible y se mueva al ritmo del movimiento de la realidad.

El que estudia esta realidad lo hace desde su ser sujeto y se pone en contacto con otro sujeto, esa relación estará mediatizada por el diálogo, permitiendo así que este sujeto pueda exteriorizar lo que siente, conociendo sus puntos de vista y permite también la interpretación y el entendimiento del actuar humano

No parte de la formulación de una hipótesis a ser comprobada, más bien se generan preguntas que se van desarrollando durante el proceso de investigación.

El proceso de inserción en la comunidad de Tigua, permitió conocer el campo de estudio y su dinámica, mediante el uso de técnicas participativas.

Mediante este enfoque se propicia el encuentro entre subjetividades distintas: la del investigador y la del miembro de la comunidad, mediante el diálogo y la posibilidad de conversaciones espontáneas y flexibles. Este elemento importante, remite necesariamente a pensar que en este proceso, la incorporación del conocimiento popular y su relación con el llamado conocimiento científico, es un eje básico. “La oposición entre ambas formas de saber ha constituido durante largo tiempo una de las dicotomías firmemente establecidas en las creencias acerca del proceso de conocimiento, generando una representación del mismo, de carácter bipolar, en la cual ambas formas de saber se encuentran, no solo, totalmente desligadas, sino además, muchas veces en franca oposición”.¹

El investigador, desde esta perspectiva, no es concebido como aquel que posee el “verdadero” conocimiento, sino que ya en el campo se conjugan los distintos tipos de conocimientos y saberes que vendrán a intervenir en el proceso investigativo. No se trata, entonces, de campos en oposición, sino que se desarrolla un proceso de interlocución.

¹ MONTERO, Maritza, *Investigación – Acción Participante. La unión entre el conocimiento popular y el conocimiento científico*, Revista de Psicología, Universidad Ricardo Palma, XXV Aniversario, 1994, Vol VI. Pág. 35

El tipo de estudio en este enfoque fue exploratorio y descriptivo:

- Exploratorio.- “Se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes”².
- Descriptivo.- “Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, su objetivo es indicar como se relacionan las variables medidas.”³.

El estudio exploratorio, permitió ir poco a poco abordando y conociendo la dinámica cotidiana de los miembros de la comunidad y sus percepciones en torno al complejo mundo de la salud y la enfermedad. Es también de tipo descriptivo, porque apuntó a la producción de datos acerca de la salud mental, desde los mismos comuneros, los mismos que posteriormente fueron interpretados a fin de identificar los aspectos relevantes para la elaboración del Proyecto de Salud Mental.

ANTECEDENTES DE LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO

El antecedente a partir del cual se genera este trabajo, radica en una investigación realizada en la zona de Tigua, durante el período septiembre 2007- febrero 2008, como parte de las prácticas pre- profesionales. La investigación titulada “*Imaginarios acerca de la salud mental: el rol del psicólogo en la comunidad*”, se trazó como objetivos:

- Conocer desde dónde se construyen los imaginarios en torno a la salud mental.
- Establecer el papel que juegan dichos imaginarios en la dinámica interna de la comunidad y
- Determinar si se le asigna o no un espacio al psicólogo dentro de la comunidad.

La investigación generó una serie de elementos en torno al tema, que sirvieron de base para el desarrollo de esta nueva propuesta que busca recoger todas las experiencias obtenidas en este camino de acercamiento a la comunidad y plasmarlas en un proyecto de Promoción de Salud Mental.

² HERNÁNDEZ R., Fernández C. , Baptista Pilar, *Metodología de la investigación*, McGrawHill Editores, 2006, Págs. 100

³ Idem

Experiencia de la Investigación

Población

La población con la que se trabajó la investigación inicial corresponde a 5 comunidades de la zona: Yaguartoa, Calerapamba, Chami Cooperativa, Ugshaloma Grande y Casa Quemada.

Muestra:

- a) de tipo no probabilística o intencionada.
- b) Los criterios mediante los cuales se eligió a la población fueron:
 - Miembros o ex miembros de las Juntas Directivas de las comunidades
 - Personas que vivan en las comunidades de la zona.
 - Que acepten voluntariamente participar de este estudio.
- c) El número para esta muestra fue de 10 personas.

Plan de Análisis

El plan de análisis, constó de dos fases: el análisis de datos y la elaboración del proyecto, que se explica más adelante.

Momentos de la Investigación

1.1 Diagnóstico.- Reconocimiento de la situación inicial

“El diagnóstico es una forma de investigación en que se describen y explican los problemas, con el fin de comprenderlos”⁴.

Como primera etapa del trabajo investigativo, el diagnóstico permite comprender los problemas en un determinado contexto, de tal manera que sea posible acceder a los conocimientos necesarios para planificar y realizar acciones. Las siguientes fueron las etapas del diagnóstico, desarrolladas en la investigación:

⁴ ASTORGA, Alfredo. MANUAL DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO. Tercera Edición. CEDEP Centro de Educación Popular. Quito, 1994. pag 31

1.1.1 Recogida de información.- Esta primera fase estuvo orientada al levantamiento de información sobre la zona, para lo cual se contactó con diferentes habitantes, conocedores de datos relevantes sobre su historia y sus principales características. Esta fase se realizó mediante conversaciones informales y entrevistas semi- estructuradas. (Ver Anexo 1)

1.1.2 El uso de informantes clave.- Son aquellos que disponen de información válida, relevante y utilizable acerca del tema o situación que se pretende estudiar. En este caso, las personas tomadas como informantes clave fueron aquellas que cumplieran el siguiente perfil:

- ❖ Adultos poseedores de un amplio conocimiento de la zona y su dinámica.
- ❖ Jóvenes involucrados en organizaciones juveniles con algún grado de relación con las dirigencias.
- ❖ Niños y jóvenes del Colegio “Jatari Unancha” de Tigua Yaguartoa, dado que allí se concentran miembros de gran parte de las comunidades de la zona.
- ❖ Personal del Hospital de Zumbahua “Claudio Bennati”
- ❖ Población infantil de la Comunidad de Ugshaloma Grande.

1.1.3 Utilización de recursos participativos.- al mismo tiempo que son parte del proceso de producción de conocimiento, son un medio para que la gente participe en la comprensión de su propia realidad y la solución de sus problemas. Entre los recursos participativos desarrollados se encuentran los talleres realizados con la población infanto- juvenil.

1.1.4 Uso de técnicas clásicas.- Otro de los recursos utilizados en la producción de datos para la investigación, fue la entrevista semi estructurada, realizadas a los informantes clave de las cinco comunidades tomadas como muestra.

El uso y la finalidad de cada técnica

Entre las técnicas que fueron utilizadas, están las siguientes: Observación participante, entrevistas semi-estructuradas y talleres participativos.

Observación participante.-

El objetivo de la observación participante es comprender las percepciones de la comunidad, además de promover la familiaridad facilitando la entrada y acogida en la comunidad.

Desde sus orígenes esta técnica está vinculada a los comienzos de la Antropología Social, Bronislaw Malinowski está considerado el precursor de ésta técnica. Es una de las técnicas más utilizadas en la investigación cualitativa. Consiste, en esencia, en la observación del contexto desde la participación del propio investigador o investigadora. La observación participante está presente durante todo el proceso investigativo y no precisa la elaboración de instrumentos estructurados.

Lo novedoso de esta herramienta es que proporciona descripciones de los acontecimientos, las personas y las interacciones que se observan, pero también, la vivencia, la experiencia y la sensación de la propia persona que observa, puesto que está inmersa en la cotidianidad de los sujetos. El investigador comparte con los investigados su contexto. La observación participante constituyó una técnica bastante portadora de información directa respecto a la dinámica, funcionamiento y organización de los miembros de la comunidad. Aportó con información muy precisa sobre las relaciones sociales, los universos de sentido plasmados en prácticas concretas.

Talleres.-

El taller como técnica propone un espacio y un tiempo de comunicación, reflexión y creatividad participativa, donde lo importante es el proceso y no necesariamente el producto terminado. El taller es protagónico, activo y vivencial, moviliza a los participantes para compartir y colaborar. Busca desarrollar una comunicación espontánea entre los participantes.

Los objetivos del taller procuran movilizar a los participantes para la posterior elaboración de los temas abordados en el taller, ya sea ampliando la información, solicitando posteriormente un asesoramiento o asistencia individual o grupal, o efectuando otras actividades complementarias.

Deberá planificarse a partir de un conocimiento al menos mínimo de la población a la que se destina: institución donde se efectuará y sus características, edades,

escolaridad y medio sociocultural y económico de los participantes, etc. La propuesta de taller es de prevención primaria, y se propone para ello una metodología primordialmente pedagógica.

La realización de un taller requiere el desarrollo de un clima de apertura y confianza recíproca, ayudar a que los participantes se sientan integrantes de un grupo, y concientizar su pertenencia al conjunto. Es importante la aceptación de cada cual y el respeto mutuo, promoviendo la participación de todos.

Esta técnica fue utilizada con la finalidad de obtener información acerca de los problemas más significativos de la comunidad a la vez que se constituyó en un medio para que la gente participe en un trabajo conjunto para la comprensión de su realidad apuntando a la resolución de sus propios problemas. Los talleres en el caso concreto de esta investigación se realizaron con niños y adolescentes del Colegio Jatari Unancha, bajo el título: “*Los imaginarios sobre la salud mental desde la perspectiva de los niños, niñas y adolescentes*”. El mismo taller se desarrolló con población infantil de la comunidad de Ugshaloma Grande.

Entrevista semi-estructurada.-

“Se basan en una guía de asuntos y preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, no todas las preguntas están predeterminadas”⁵.

Inicialmente, la observación participante permitió conocer la dinámica de la comunidad y la familiarización con ella. La entrevista semi-estructurada fue realizada a las diferentes personas tomadas en la muestra y se direccionaron, no solo a la producción de datos en torno al tema de investigación, sino a conocer aspectos relevantes sobre la historia de la comunidad.

Límites y alcances del método

El cuestionamiento a las técnicas tradicionales de investigación fue un elemento importante en este proceso, así como también la necesidad de promover la creación

⁵HERNÁNDEZ R., Fernández C. , Baptista Pilar, *Metodología de la investigación*, McGrawHill Editores, 2006, Págs.: 110

de nuevos medios de acercamiento a la población para la reflexión y producción de datos.

La encuesta, la entrevista rígidamente estructurada, en cuanto técnicas que llegan a “automatizar” las relaciones en la investigación, no generan resultados satisfactorios, por el contrario, reducen la relación a un proceso de obtención de datos específicos que no dejan conocer la realidad integral; convirtiéndose en recopilación de elementos puntuales que no explican los contextos.

Las particularidades de la zona con la que se ha abordado el tema de la salud mental, ha hecho aún más complejo el trabajo. Una de las mayores dificultades tiene estrecha relación con aspectos propios de la cultura y las formas de organización al interior de las comunidades, como es el interés por obtener resultados inmediatos.

En tal sentido, tratar de construir con la gente espacios de reflexión y análisis se convirtió en un verdadero reto, como también el transmitir la noción de “proceso participativo”.

Al parecer esta actitud se fundamenta en el hecho de que la participación en las comunidades se reduce a acciones muy concretas de los habitantes, no hay un verdadero empoderamiento en todos los miembros; en consecuencia la tarea de tomar decisiones es delegada solo a aquellos que han alcanzado ciertos niveles de autoridad, aquellos “que saben”.

Procedimiento para el análisis de resultados

Las técnicas para la producción de datos, antes mencionadas partieron de objetivos específicos orientados fundamentalmente a conocer aspectos cotidianos de la vida de los habitantes, las relaciones familiares, preocupaciones o necesidades y consideraciones sobre salud, en general, y salud mental, en particular.

De este modo, la interpretación de las distintas técnicas utilizadas se hizo mediante un análisis categorial.

El Análisis de datos se realizó en dos etapas:

- **Etapa descriptiva:** Se realizó un análisis de contenido categorial para lo cual se siguieron las siguientes fases:

Lectura y revisión del material

Identificación de citas

Codificación de cada cita

Categorización (Pre- categorización)

DESCRIPCIÓN DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. SALUD: Hace referencia a todo aquello que las personas relacionan con el tema de la salud tanto física como mental y las formas en que la comunidad afronta situaciones difíciles en torno a dicho tema.	1. Funciones del subcentro de salud
	2. Consideraciones de la comunidad
	3. Crisis Circunstanciales
	4. Problemáticas sociales
2. FAMILIA: Gira en torno a la forma en que se estructura la familia, los roles y funciones de sus miembros, las relaciones entre ellos, en general, sus condiciones de vida atravesadas también por distintas problemáticas	1. Estructura familiar
	2. Relaciones de pareja
	3. Problemáticas sociales
3. PREOCUPACIONES: Describe distintas temáticas que resultan preocupantes para gran parte de la comunidad: pobreza, migración, abandono (niños y ancianos), trabajo y explotación infantil (en las ciudades), enfermedades, factores ambientales (afectan la economía)	1. Problemáticas sociales
	2. Familia
	3. Salud
	4. Comunidad
4. COMUNIDAD Se refiere a las labores productivas que realiza la comunidad, relacionadas fundamentalmente con la agricultura; el nivel de organización y participación comunitaria y la migración como un	1. Actividades productivas
	2. Problemática social
	3. Organización Política

problema que afecta a toda la comunidad.	
5. REFERENTES CULTURALES	1. Imaginarios
Alude a las formas particulares en las que la comunidad percibe determinadas situaciones y la manera en que responde, desde sus referentes culturales, a acontecimientos adversos tales como: duelos, crisis circunstanciales, problemas matrimoniales.	2. Tradiciones (costumbres)

❖ Para ampliar información sobre esta etapa de análisis (Ver Anexo 5)

- **Etapa interpretativa:** En esta etapa se hizo una interpretación de todo el contenido a través del análisis categorial y la correlación con las vivencias cotidianas de los habitantes de la comunidad evidenciadas a través de la observación participante.

CAPÍTULO I

LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA COMO MODELO DE COMPREENSIÓN DE LA SALUD MENTAL

Introducción

En el presente capítulo se presenta, en primera instancia, el recorrido histórico de la Psicología, desde sus orígenes ligados a la filosofía, hasta su construcción como ciencia, sus elaboraciones teóricas sobre el sujeto y su mirada sobre la salud y la enfermedad en los diferentes momentos históricos. En segundo lugar, se plantea la comprensión de la salud mental desde la orientación teórica de la Psicología Comunitaria, como una alternativa para entender este complejo tema de forma integral.

“La psicología moderna tiene un largo pasado y una breve historia”⁶

Ciertamente la historia de la Psicología está llena de acontecimientos que, en cada época han ido estableciendo bases de reflexión y análisis, así como también controversias y contraposiciones, frente a la descripción de su naturaleza y su objeto de estudio desde diferentes enfoques.

La Real Academia de la Lengua define la Psicología como “la ciencia que estudia los procesos mentales en personas y animales”⁷, además la reconoce como “la parte de la filosofía que trata el alma, sus facultades y operaciones”. Esta acepción asumida a partir de las primeras reflexiones originadas en la filosofía ha sido mantenida para dar una cierta universalidad al concepto de la psicología más allá de sus distintos enfoques.

En contraposición a esta definición se encuentra aquella que desarrolla Watson, padre del Conductismo, en la cual afirma que la psicología no tiene que interesarse en el estudio de la mente o la conciencia humana, en lugar de ello debería estar orientada a la conducta de los individuos. Así nacen varias corrientes cuyo punto de análisis se inclinó a determinar el por qué de la conducta de los sujetos, sus efectos y herramientas de control.

⁶ MORRIS, Charles, MAISTO, Albert, *Introducción a la Psicología*, Décima Edición, 1997. pág 12

⁷ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Vigésima Segunda Edición, 2001.

1.1 APROXIMACIÓN HISTÓRICA DE LA PSICOLOGÍA

1.1.1 Orígenes Filosóficos

La psicología moderna encuentra sus raíces intelectuales en la filosofía, pues desde la antigüedad, los filósofos plantearon una serie de preguntas sobre la mente y el conocimiento. En su más antigua significación la Psicología, como tratado del alma, existe desde que el hombre comenzó a hacer filosofía y ciencia.

Los filósofos griegos presocráticos se preguntaron por el principio de donde venían todas las cosas que encontramos en la naturaleza: todo se explicaba por un principio vital. Mileto, ciudad de Jonia se convertía ya en el siglo VI a C en el centro más importante de la filosofía griega. Aquí surge la figura de Tales, quien empieza a preguntarse ¿qué son las cosas? ¿Por qué se mueven?, llegando a establecer que el principio de todas las cosas era el agua. La llamada escuela Jónica Naturalista o Escuela de Mileto incluía también a Anaximandro y Anaxímenes de Mileto, cuyos estudios giraron fundamentalmente en torno a la naturaleza.

Las reflexiones de estos primeros pensadores naturalistas van a plantear un gran salto en el pensamiento filosófico, se establece la primera gran ruptura epistemológica con el animismo o pensamiento mágico religioso que le precedió y se empiezan a buscar las causas de todas las cosas en la naturaleza misma, en el mundo sensible; por primera vez se trató de entender el mundo desde un punto de vista objetivo y de interpretarlo desde causas naturales, dando origen a un nuevo modo de relacionamiento con el cosmos, partiendo de que el movimiento y todo cuanto en la naturaleza se genera está motivado por principios vitales: agua, aire, tierra, y fuego, que se encuentran en la naturaleza misma y no fuera de ella.

En este sentido, a pesar de que todavía se mantenían y con fuerza los principios del animismo, en el cual el ser humano es percibido como un ente pasivo, que espera con conformismo aquello para lo cual está “predestinado”, se va abriendo paso a un nuevo modo de concebir al ser humano en tanto que, al encontrarse las causas de la vida en la naturaleza misma, éste es capaz de asumirse como parte de ese cosmos y jugar un papel más activo. Se destaca ya en estos primeros pensadores el “nous” o la facultad de pensar y de entender.

Pero los principales aportes a la psicología se remontan a la Grecia Clásica, a la filosofía platónica y aristotélica. Platón, discípulo de Sócrates formuló la distinción entre espíritu y materia; diferenció las ideas ubicándolas en un mundo particular, el mundo de las “ideas”, en contraposición al mundo sensible. Este pensador consideraba que el verdadero conocimiento consiste en la visión de las formas o esencias universales que existen más allá del mundo sensible. A cada clase de objetos sensibles, corresponde en el “hipeurráneo”⁸ una “especie” o “idea”, que es el modelo según el cual se crean las cosas de este mundo; por lo tanto, las ideas encierran el verdadero ser de las cosas que, por consiguiente no están en las cosas, sino fuera de ellas.

Así, la finalidad del ser humano sería, la liberación de aquello que lo ata: el cuerpo, para poder regresar al estado anterior de los seres perfectos. Éste, concebido más tarde como “cárcel del alma”, era un verdadero impedimento para el alcance pleno de la satisfacción. “El alma espiritual se hallaba encarcelada en el cuerpo material y los sentidos eran un obstáculo para conocer la verdad”⁹ por tanto, el hombre debía procurar en todo momento vencer las pasiones del cuerpo.

La teoría del conocimiento que parte de esta visión se basa en la reminiscencia de las ideas, es decir “saber es recordar”. Se establece una jerarquización a partir de este proceso de reminiscencia: quienes contemplan mayor cantidad de ideas son los sabios, aquellos que lo hacen en un menor grado son los tiranos y los que no contemplan las ideas, los animales.

Cabe señalar que hasta este momento de la historia del pensamiento griego no se desarrolla la noción de culpa, misma que surgirá más adelante cuando la Escolástica, influida notablemente por el pensamiento platónico desarrolle una corriente enmarcada en la doctrina cristiana, dando paso a una concepción del mundo y del hombre como dos instancias separadas y conflictivas.

Aristóteles, discípulo de Platón, rechazó el dualismo de su maestro e insistió en que los conceptos universales estaban potencialmente en la experiencia sensible, la

⁸ Hiper= arriba; uranos= mundo sensible.
Mundo de las ideas, de los seres perfectos

⁹ GONDRA, José María. *Historia de la Psicología- Introducción al Pensamiento Psicológico moderno*. Editorial Síntesis, 1998. pág 25

“idea” es la representación intelectual de un ser, no es un ser y no está en el hiperuráneo, mismo que no existe.

Aristóteles elabora una teoría dualista en la que materia y forma son dos co-principios que nunca se separan, la distinción es solo mental. Creyó en la existencia de un mundo, el *real*. Consideraba la naturaleza como algo sagrado, donde todas las cosas podían estar de dos formas posibles: en *acto*, cuando se tiene todas las propiedades en ese mismo momento y en *potencia*, cuando todavía no han desarrollado esas propiedades, pero lo harán más adelante.

Todo ser viviente se halla dotado de una forma substancial: su principio vital, llamado alma. Las plantas, pensaba Aristóteles, poseen alma vegetativa; los animales, alma sensitiva; el hombre, alma racional. El alma vegetativa, así como la sensitiva al terminar su ciclo vital, mueren, en contraposición a la racional que se caracteriza por su inmortalidad.

Aquí puede distinguirse otra diferencia fundamental entre la teoría platónica y la aristotélica: la unión cuerpo – alma en Platón es accidental, frente a la substancialidad a la que se refiere Aristóteles. Su estudio sobre el alma constituye una verdadera investigación científico-natural de los procesos biopsíquicos, identifica la “psique” con “vida”, atribuyéndole vida a un ser cuando en él se desarrollan procesos como: razonar, percibir, moverse, así como también cuando se llevan a cabo de forma adecuada los movimientos vegetativos, como la respiración, pulso, digestión y el crecimiento.

Los estudios de Aristóteles influyeron decisivamente en la tradición filosófica posterior. Desde la época de Platón y Aristóteles, al hombre le ha interesado comprender la conducta humana y los procesos mentales.

Estos filósofos dieron origen a dos grandes corrientes filosóficas, el Empirismo y el Racionalismo. Platón abrió paso al Racionalismo, que concibe a la razón como la vía principal para llegar al conocimiento de la verdad; frente al Empirismo, que encuentra sus raíces en Aristóteles, que postula primordialmente la observación de la experiencia sensible.

1.1.2 La Psicología en la Edad Media

Las reflexiones platónicas continuaron dando frutos en el pensamiento de **San Agustín**, quien consideraba que cualquier hecho natural, humano era fuente de pecado otorgándole una connotación cristiana a la teoría platónica. Para conocerse, el hombre debe mirar hacia dentro, no al exterior, postulaba San Agustín. En su interior descubriría la verdad, la huella de Dios en él para alcanzar el verdadero conocimiento. La “Ciudad de Dios” no está en el mundo material imperfecto, puesto que es un mundo de pecado.

El pensamiento platónico se vio trasladado, durante la Edad Media, al poder de la Iglesia. El Cristianismo adquirió el rol que antes asumía la filosofía; el castigo de los dioses, la ira divina y los malos espíritus de los antiguos animistas parecen haber encontrado su correlación en la teoría de la predestinación divina desarrollada por San Agustín, para quien Dios predestinó a unos hombres a la salvación y a otros a castigos eternos. En sus “Confesiones”, San Agustín deja notar la clara separación entre el mundo de los sentidos y el mundo que se encuentra más allá de éstos, y expresa: “las tentaciones que pertenecen a la concupiscencia de la carne y que todavía me incitan mientras gimo en esta cárcel de mi cuerpo, a todas estas es preciso añadir otra especie de tentación, la más peligrosa de todas que tiene por objeto el regalo de los sentidos. Hay en el alma otra especie de concupiscencia vana y curiosa, disfrazada con el nombre de conocimiento y ciencia, que se vale y se sirve de los mismos sentidos corporales”¹⁰.

La desobediencia a principios ya establecidos, desde este pensamiento, era la fuente del pecado y de la separación entre Dios y el hombre, “pecaba obrando contra el querer de mis padres y de aquellos maestros. Si yo desobedecía era únicamente por la atracción del juego...yo no te amaba entonces y me entregaba lejos de ti a fornicarios amores”¹¹. “Maldito seas oh río de las costumbres humanas, pues nadie te puede resistir, ¿cuándo te secarás?”¹².

Podría pensarse, entonces, en la obediencia como una nueva tecnología del yo, que exhorta al “yo” a construirse a sí mismo a través de ésta. Como manifiesta el filósofo

¹⁰ San Agustín. *Confesiones*, Colección Filosofía y Teoría Social. librosenred, 2007, pag 203.

¹¹ IBID, pag 13

¹² IBID, pag 17

francés Michel Foucault “la obediencia es un control completo de la conducta por parte del maestro, y no un estado final de autonomía¹³.”

Ya desde la línea aristotélica, **Santo Tomás de Aquino** (siglo XIII), expresa que el cuerpo es necesario para el conocimiento, pues éste nos llega a través de los sentidos. En teoría del conocimiento sigue fielmente a Aristóteles, se basa en el principio de la inexistencia de ideas innatas, bajo la tesis de que el conocimiento empieza con los sentidos, pues nada hay en la inteligencia sin que previamente y de alguna manera haya pasado antes por los sentidos.

Rompe con la concepción agustiniana y da crédito a la bondad del hombre, con capacidad de construir su propia “salvación” en el aquí y el ahora. Resalta conceptos aristotélicos, recupera el valor del hombre como ser bueno y su praxis como elemento primordial para dirigir su vida.

El pensamiento tomista constituyó el paso fundamental hacia el Renacimiento, destacó la actoría social y construyó a través de ésta una condición de emancipación.

En este nuevo contexto el conocimiento se empieza a cultivar fuera de la Iglesia, y se da un giro a la concepción del mundo, estableciendo un predominio de lo humano sobre lo divino.

Este pensamiento que encontró sus primeras raíces en las reflexiones aristotélicas y aún antes, en el pensamiento de Empédocles- contemporáneo de los filósofos presocráticos de la escuela Jónica Naturalista- lejos de pensar en la dependencia humana a leyes extrañas y leyes naturales, prioriza la acción como acto resultante de la conciliación entre los sentidos y las facultades de la razón.

1.1.3 El Racionalismo

Considerado el primer hombre moderno por su pensamiento, René Descartes (1596-1650), en su búsqueda de la verdad, decidió tomar como guía a la razón. “Además

¹³ FOUCAULT, Michel, *Tecnologías del Yo y otros textos afines*. Paidós Ibérica S.A /I. C.E- U.A.B, 1990. Pág 37

de ser el padre de la filosofía moderna, Descartes tuvo intuiciones que afectaron al curso que seguiría la historia de la psicología. Entre ellas destaca su visión dualista del ser humano. Por una parte estaba el cuerpo, una substancia material sometida a las leyes de la física, y por otro el alma, una substancia espiritual que caía fuera del ámbito de la materia”¹⁴.

La brecha existente entre cuerpo- alma, hallaría su punto de encuentro e interacción en la *glándula pineal*, situada en la mitad del cerebro, esta noción de influencia mutua, sería explicada mediante la doctrina del *interaccionismo*.

Este filósofo y matemático francés, también argumentó que debía existir un universo externo al Yo pensante, un universo no opaco a las facultades cognoscitivas del hombre. Escribe el famoso libro "*Discurso del método*" (1637), en el cual expone la duda como punto de partida de la filosofía. Solo la duda, plantea, puede llevar a una verdad absolutamente cierta, se puede dudar de todo (de lo que percibimos), excepto del hecho del pensamiento, el hecho de dudar.

La influencia de Descartes establecerá más tarde en el desarrollo de la Psicología el dualismo, desde el planteamiento de la rígida separación entre mente y cuerpo. Al preguntarse por la relación que tienen los elementos físicos con los psíquicos o espirituales, llega a la conclusión de que son dos elementos absolutamente distintos:

1. La mente o alma (*res cogitans*) es una substancia caracterizada por el pensamiento. Dando paso en el ámbito de la psicología, al mentalismo enfocado sólo a los fenómenos de conciencia.
 2. El cuerpo (*res extensa*), una substancia poseedora de los atributos y cualidades de la materia. Visión, a partir de la cual, se desarrolla en la psicología la teoría conductista, orientada al estudio exclusivo de la conducta.
- Atrás quedaba la antigua concepción del alma como principio vital, pues Descartes le atribuyó cualidades de raciocinio, una conciencia capaz de pensar.

Del mismo modo, la influencia de Galileo y sus principios de la mecánica, influyeron en su concepción del cuerpo en términos mecánicos, “un autómata parecido a las estatuas construidas por los fontaneros regios. Sus movimientos eran

¹⁴ GONDRA, José María. *Historia de la Psicología- Introducción al Pensamiento Psicológico moderno*. Editorial Síntesis, 1998. pág 26

automáticos, producidos por el flujo y reflujo de los Espíritus Animales en el interior de los nervios”¹⁵. Esta noción se constituyó en una base importante para el posterior desarrollo de la psicología del estímulo respuesta.

Entre las escuelas psicológicas derivadas del Racionalismo destacan el Funcionalismo, Psicoanálisis, Humanismo, Psicolingüística y Cognitivismo.

1.1.4 Corriente Empirista – Asociacionista

Mientras en Europa Continental se desarrollaba la filosofía moderna bajo la influencia de René Descartes, al mismo tiempo se expandía, en Inglaterra, una filosofía con orientación empirista cuyos máximos representantes fueron Francis Bacon, Thomas Hobbes, John Locke y David Hume. Los empiristas se opusieron a la teoría de las ideas innatas y desconfiaron del método deductivo.

Bacon y Hobbes establecieron las bases del Empirismo Británica. Bacon dio suma importancia al método experimental, estableciendo las bases del moderno experimentalismo; por su parte, el empirismo de Hobbes desemboca en un materialismo radical. Influido por la física de Galileo llegó a concluir que el ser humano podía ser concebido como una máquina en movimiento, los procesos mentales que en él se generan no son más que movimientos del sistema nervioso influidos por el mundo externo. Así, los sentimientos se reducían al placer o al dolor producidos por las impresiones sensoriales.

“Aunque no fue psicólogo y su obra psicológica era incompleta, su concepción naturalista de la mente, así como el énfasis en las sensaciones y en la asociación de los contenidos mentales, anticipaban la futura psicología asociacionista. Además Hobbes fue uno de los pioneros de las psicologías materialistas de los siglos XVIII y XIX”¹⁶. Según este filósofo social, cuando un hombre piensa en algo determinado, sin importar lo que fuere, lo que sigue a este pensamiento no es en absoluto tan casual como parece. Noción a la cual se acoge, posteriormente, la teoría Psicoanalítica elaborada por Freud.

¹⁵ IBID, pág 30

¹⁶ GONDRA, José María. *Historia de la Psicología- Introducción al Pensamiento Psicológico moderno*. Editorial Síntesis, 1998. pág 51

John Locke, en contraposición al materialismo y pesimismo de Hobbes sobre la naturaleza humana, intentó combatir el escepticismo. También combatió la teoría de las ideas innatas, afirmando que todo el conocimiento nace en la experiencia y se deriva de ella, el alma o mente humana es como una hoja en blanco sin escribir. Son los sentidos los que proporcionan ideas simples, que progresivamente se convierten en ideas complejas, por medio de procesos de asociación. La base del conocimiento son las ideas simples que proceden de la experiencia sensible, mientras que las ideas complejas no son más que fusiones y combinaciones de las anteriores. Locke hace la distinción entre experiencia interna (reflexión) y experiencia externa (sensación).

No todos los empiristas concedieron a la asociación de ideas un papel importante para la explicación de los procesos mentales. El asociacionismo se desarrolló plenamente con David Hume, quien explicó la unidad de los contenidos mentales solo a través de la asociación de ideas, redujo por completo el conocimiento al campo de las sensaciones, generadas en los sentidos.

Las escuelas psicológicas derivadas del Asociacionismo son la Psicofísica, Psicología Experimental, Conductismo.

1.1.5 La influencia de Kant

El alemán **Emanuel Kant** (siglo XVIII) rechazó el dogmatismo y el escepticismo, distinguió entre conceptos a priori (espacio y tiempo) y conceptos empíricos.

El mundo que conocemos es construido por la mente humana, explicó, y las cosas en sí mismas existen, pero nosotros las percibimos del modo como es capaz de percibir las nuestra mente.

Kant manifiesta su acuerdo en que los conocimientos comienzan en la experiencia, pero no todo él se origina en ella. El Empirismo como sistema filosófico que acepta la experiencia sensible como forma de entender la realidad, acepta uno de los requisitos de la ciencia, el elemento sintético. Según Kant, los juicios sintéticos son necesarios pero no suficientes. Sólo con ellos es imposible hacer ciencia, pues la experiencia no puede proporcionar la “necesidad” y “universalidad” que ésta exige. De ahí que el Empirismo sea un modelo incompleto.

El Racionalismo, por su parte, niega el valor de la experiencia para la ciencia, no obstante, la ciencia requiere de estos conocimientos sensibles para avanzar. Por lo tanto, el Racionalismo también es incompleto e insuficiente.

Kant se sitúa entre el Racionalismo y el Empirismo, afirma que ambos son verdaderos en lo que afirman y falsos en lo que niegan. Es verdad, como dice el primero, que nuestro conocimiento procede de la razón, y también es verdad que nuestro conocimiento empieza con la experiencia, como afirma el segundo. Es falso que solo la experiencia o solo la razón puedan explicar el conocimiento.

La teoría kantiana da paso al Constructivismo, como un intento por conciliar el Racionalismo y el Empirismo.

1.2 NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA

1.2.1 Psicología fisiológica o psicofísica

El resultado de la combinación de la Psicología, Fisiología y Neurología dio origen a la llamada Psicofísica o Psicofisiología, que manejó como método fundamental, el análisis experimental de los fenómenos de la conciencia. Enfocó su estudio hacia las funciones sensoriales, motrices y mecanismos nerviosos. Entre los principales representantes de este movimiento destacan los fisiólogos, Max Weber, Fechner y Helmholtz.

Weber basó sus estudios en la comprensión de los sentidos de la vista y el tacto. Fechner, que era físico fue quien acuñó el término **Psicofísica**, se dedicó al estudio de las sensaciones y ofreció grandes aportes para la psicología, puesto que intentó relacionar los fenómenos mentales con los corporales. Más allá de medir la sensibilidad, logró trascender hacia el estudio de los fenómenos psíquicos.

Siguiendo éstas bases, Helmholtz desarrolla rigurosos estudios sobre las sensaciones auditivas y ópticas, sus grandes aportes tienen que ver con la medición de la velocidad de la conducción de los impulsos nerviosos.

1.2.2 Comienzos de la Psicología Experimental

El desarrollo de las ciencias naturales durante la primera mitad del siglo XIX y la aparición del método científico-experimental, fue delimitando también el campo de lo psíquico como un conjunto de fenómenos observables empíricamente. Fue entre 1800 y 1850 que se produjeron desarrollos muy notorios en el campo de la fisiología, gracias a la utilización de la observación y de la experimentación.

Es así que, mediante este nuevo procedimiento, la fisiología de la época se propuso conseguir mayores avances en cuanto al estudio del ser humano y la naturaleza.

Fue en 1879 con la fundación del primer laboratorio de psicología experimental, que la psicología se establece como ciencia independiente y comienza a estudiarse realmente con el método científico-experimental. Su fundador Wilhelm Wundt intentó mediante éste método explicar la complejidad de la mente a partir de unidades básicas como las sensaciones, imágenes y sentimientos. Según él, la única forma de conocer lo que ocurre en la mente de un sujeto es mediante la experiencia inmediata, de ahí que el método utilizado y propuesto por uno de sus seguidores, haya sido la introspección.

Solo a través del propio sujeto, aseguraba Wundt, es posible conocer lo que ocurre en su mente. También incluyó el método de la observación con la finalidad de comprender procesos psíquicos superiores tales como el lenguaje. Külpe, discípulo y ayudante de Wundt, fue quien expuso como medio de investigación la introspección, demostrando la posibilidad del estudio de los procesos psíquicos superiores de forma empírica. Los comienzos de esta Psicología tienen su raíz más cercana en la Psicofisiología; los primeros psicólogos experimentales fueron principalmente fisiólogos.

Según Wundt, la mente o conciencia no es algo sustancial, sino un proceso. Elementos simples e irreductibles sobre los que descansa toda la actividad mental son las sensaciones, los sentimientos y las imágenes. Desde esta visión el fenómeno psíquico, lo anímico, pasa a tener un carácter de proceso, es decir, los contenidos de conciencia no se presentan como objetos constantes, sino fenómenos fugaces que,

continuamente, se suceden unos a otros. Así, los contenidos básicos constitutivos de la conciencia, están compuestos por unidades elementales, sensaciones y percepciones. Desde este contexto, la naciente psicología se dedicó básicamente al estudio fisiológico.

Sustentadas en los postulados de esta psicología, empiezan a desarrollarse varias líneas de pensamiento científico. En Alemania se expandió, básicamente, una Psicología sensorial y de las representaciones mentales. En Rusia recibió gran impulso la reflexología, fundamentada en el estudio de los reflejos frente a los estímulos externos. Asimismo en Francia e Inglaterra se desarrolló la psicología evolucionista, y en Austria y parte de Francia, la Psicología Psicopatológica y clínica.

1.3CORRIENTES DE PENSAMIENTO PSICOLÓGICO

1.3.1 Estructuralismo

Las bases de la Escuela Estructuralista se encuentran en la Fisiología y la estructura del cerebro y la mente humana. Esta corriente se opone al causalismo y al historicismo.

Nace de los asociacionistas, quienes buscaban conocer el funcionamiento de las sensaciones y percepciones. Wilhelm Wundt, psicólogo y filósofo, precursor del Estructuralismo y fundador del primer laboratorio de Psicología en 1879, en la Universidad de Leipzig, puso su interés en el estudio de las percepciones.

Uno de los mayores méritos que se le otorga a la escuela de Leipzig es la formación de estudiantes que se encargaron de difundir la ciencia. A uno de ellos, Edward Titchner, de origen inglés, se le atribuye el mérito de haber introducido la Psicología científica en los Estados Unidos, convirtiéndose en el líder de este campo en ese país donde más tarde, florecerían como oposición al estructuralismo, el funcionalismo y el conductismo. Titchner consideró la sensación como vía única para llegar al conocimiento, y a la asociación de ideas como principio básico de la unidad de la mente. El objeto de estudio desde la visión estructuralista es la conciencia, mediante la introspección o auto observación controlada.

De esta corriente de pensamiento se desprenderán posteriormente otros modelos conceptuales tales como el Psicoanálisis, el Humanismo, entre los más importantes,

cuyos aportes han constituido grandes avances en el entendimiento del ser humano, su mente y su conducta individual y social, a la vez que han generado nuevas controversias.

1.3.2 Funcionalismo

Es un sistema que se desarrolla como reacción al Estructuralismo. Se dedicó al estudio las funciones mentales en cuanto procesos distintos de los contenidos y trató de señalar su utilidad para el ajuste individual.

Esta corriente enfocó su atención en los procesos de adaptación que los sujetos lograban ante distintos ambientes y terminó por definir a la psicología como la ciencia de los procesos u operaciones mentales. Sus mayores representantes fueron William James, John Dewey y R.S. Woodwört. A James se le atribuye la iniciación de este movimiento, aunque fue Dewey quien lo fundó definitivamente. Influenciados fuertemente por el darwinismo, consideraban que la conciencia es producto de la evolución y la finalidad de la conducta consistía en lograr una mejor adaptación del hombre a sus ambientes.

La mente dejó de ser estudiada en términos de estructura y pasó a ser entendida como órgano para el ajuste del medio ambiente, llegando a darle mayor importancia a las aplicaciones prácticas de la psicología. La expansión de esta corriente de pensamiento al ámbito de la educación dio lugar al nacimiento de una corriente que propugnaba el análisis del pensamiento en términos adaptativos y con fines de resolución de problemas.

Una de las principales diferencias entre el Estructuralismo y el Funcionalismo radica en que el segundo sostiene una fuerte oposición al enfoque clásico de estímulo-respuesta, añadiendo al organismo como mediador entre estos dos elementos.

Aún cuando ambas corrientes utilizaran inicialmente el mismo método de investigación que era la introspección, el Funcionalismo llegó a rechazar este método y a hacer énfasis en la investigación experimental y la observación. Cabe señalar además que, al ser un enfoque empeñado en determinar las utilidades de la mente en la adaptación, amplió el objeto de estudio de la psicología, ya no era solo el estudio

de la conciencia sino también de la conducta y por lo tanto del mundo exterior en el cual ésta se materializa.

En síntesis, para el Funcionalismo, la mente es un conjunto de funciones al servicio del ajuste individual. La meta de la psicología, más allá del conocimiento teórico de la conciencia, debía ser el estudio de la actividad mental del individuo concreto y de sus efectos sobre la conducta.

COMPRENSIÓN DE LA SALUD MENTAL DESDE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

“La Psicología Social Comunitaria generada en los países americanos, tanto del Norte como del Sur y el Centro, desde sus inicios ha estado orientada casi siempre hacia la transformación social”¹⁷, así es como describe Maritza Montero el papel que ha jugado la Psicología Comunitaria desde su nacimiento, trazándose como meta fundamental una redefinición de la participación de los actores comunitarios en los procesos de transformación. Su objetivo fundamental radica en el “desarrollo del control y el poder de los actores sociales comprometidos en un proceso de transformación social y psicosocial que los capacita para realizar cambios en su entorno y, a la larga en la estructura social”¹⁸

Cabe preguntarse hasta qué punto los sujetos asumen protagonismo en la participación de los procesos de transformación, ¿de qué forma toman el control de estos procesos?

Al pretender otorgar a los propios sujetos la posibilidad de controlar sus acciones y tomar decisiones libres respecto a sus procesos de cambio, la Psicología Comunitaria plantea implícitamente el desarrollo de una conciencia política que sea capaz de redefinir las nociones de poder, democracia, ciudadanía, representatividad y participación comunitaria.

Desde esta perspectiva psicosocial comunitaria, las consideraciones en torno a la salud mental no están alejadas de una visión holística e integradora, sino enmarcadas en la influencia cultural, ambiental, política y económica.

La salud mental pasa a ser analizada en las relaciones interpersonales, contextuales y sociales superando, con ello, la visión de salud centrada en la enfermedad.

Reconoce la vida cotidiana -determinada por múltiples factores-, como el espacio donde se genera la salud o la enfermedad.

Mirar en este sentido la salud, ha permitido según lo explica la Psc. Alicia Rodríguez, que éste deje de ser abordado como un problema de médicos y de hospitales,

¹⁷ MONTERO, Maritza, *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria*. PAIDÓS. Buenos AIRES 2003, pag 143

¹⁸ IBID pag 144

convirtiéndose en un hecho político, “los profesionales de la Salud Mental -y particularmente los psicólogos enfrentan el desafío de transitar desde un abordaje en el ámbito institucional (hospitalario o educativo), centrado en el individuo y en su enfermedad, hacia el desarrollo de una intervención en el ambiente comunitario de los sujetos y centrada en la promoción de la salud”¹⁹.

Esta visión integradora establece nuevas líneas de reflexión en torno a la comunidad misma, otorgándole una importancia fundamental, en tanto es el escenario donde se desenvuelven los sujetos y en el cual su bienestar o no estará determinado por las condiciones de vida que lo rodean. Está sostenido por un modelo denominado bio-psico-social o integral.

Según Pichon Rivière el sujeto está “sano” en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez él mismo. Define la salud mental como una aptitud sintetizadora en la resolución de los conflictos que surgen en la relación con la realidad, es decir, el sujeto está “activamente adaptado” en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio, y no una relación rígida, pasiva, estereotipada. La salud mental consiste, en este sentido, en un aprendizaje de la realidad.

Ahora bien, es preciso reflexionar sobre uno de los elementos preponderantes del modelo de comprensión que ofrece la psicología comunitaria: su concepción de “comunidad”. Aún cuando se la establece como el escenario donde se desarrolla la vida cotidiana, ese espacio que crea un sentido de identidad común, que estructura vínculos y construye a los sujetos sociales, se lo enfoca siempre desde lo periférico, desde la marginalidad.

Indiscutiblemente este hecho tiene relación con el contexto en el que empieza a germinar la psicología social comunitaria, como reacción a la inequidad y las injusticias sociales promovidas por modelos tradicionales, en coherencia con su posicionamiento político. Pero, ¿qué sucede cuando el sentido de lo comunitario se restringe al abordaje de lo periférico?, ¿no se convierte acaso en un modelo que continúa excluyendo?

¹⁹ Ponencia presentada en el 1er. Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria, organizado por la Universidad Politécnica Salesiana, agosto, 2007. Publicado en la Revista Académica Alteridad. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. N° 2. Marzo, 2007. Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador.

2.3.1 Salud Mental y Vida Cotidiana

“Promover bienestar y no solamente curar; no atender única, específica y predominantemente factores patógenos a nivel individual, sino situaciones más generales de la comunidad”²⁰, así entiende José Bleger la intervención en salud, como un proceso que niega la enfermedad como punto central del proceso de atención y que postula en su lugar el énfasis en las condiciones corrientes de vida, en la cotidianidad, las situaciones y actividades más comunes que desarrolla la gente, para entender desde allí el origen de sus malestares.

Conocer la estructura, organización, las problemáticas y formas de vida en general, son tareas claves para abordar el complejo tema de la salud comunitaria.

Como expresa Pichon Rivière, se trata de “lograr un conocimiento objetivo de la realidad biopsico- social que es el hombre”²¹, tomando como punto de partida a “los sujetos en su realidad inmediata, en sus condiciones concretas de existencia, en su cotidianidad”²².

Referirse a los sujetos concretos y sus condiciones concretas de existencia, conlleva a abordar el tema de las relaciones que establecen éstos con otros sujetos y con la naturaleza misma pues, sujeto y sociedad están íntimamente ligados, son parte el uno del otro, están dentro de ese interjuego donde tanto la sociedad satisface las necesidades del sujeto, como el sujeto satisface las necesidades de la sociedad.

Ese mundo interno, dice Rivère al ser un sistema de vínculos es un sistema de interacción, de relaciones dialécticas que se modifican y se afectan mutuamente. “Si no hay contacto con el otro, si no hay otro cuerpo, otro sujeto, si no hay vínculo tampoco se desarrolla el proceso psíquico, no emerge lo representacional, no emerge el deseo.”²³

²⁰ BLEGER, José, *Psicohigiene y psicología institucional*, 1era edición, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968 pág 108

²¹ PAMPLIEGA, Ana. PICHON RIVIERE, Enrique. *Psicología Social y crítica de la vida cotidiana*. Segunda Edición, 1981. pág 9

²² IBID

²³ PAMPLIEGA de QUIROGA, Ana. *Proceso de constitución del Mundo Interno*. Buenos Aires. Ediciones cinco, 1992. pp. 12

La vida cotidiana está atravesada por la necesidad de establecer y mantener vínculos con los otros, se desarrolla en comunidad, dentro de una cultura, un espacio y un tiempo determinados; responde también a un proceso histórico específico, en la medida en que cada época, cada organización, establece distintos tipos de relaciones con el entorno.

Es en sí misma un modo de organización material y social, donde se desarrollan un sinnúmero de hechos, actividades, vivencias; donde se desarrolla la vida misma en su más espontánea expresión. De ahí que la vida cotidiana sea en esencia una experiencia de acción donde se construye el mundo subjetivo que, a la vez, es un mundo intersubjetivo porque se entreteje con los otros.

“No hay actividad psíquica desvinculada de la práctica, no hay procesos y contenidos psíquicos que no estén determinados desde las condiciones concretas de existencia”²⁴.

Así, queda planteado el carácter social de lo psíquico, al afirmar que lo que determina la subjetividad son las experiencias concretas de existencia, la acción y la práctica y no al contrario. La vida cotidiana implica la totalidad de los acontecimientos.

Para el materialismo dialéctico la idea de totalidad es fundamental para poder entender la realidad en su verdadero sentido: la parte expresa la totalidad a la vez que la totalidad se ve expresada en la parte, en una relación dialéctica. De ahí que sea inconcebible la idea de fenómenos o hechos aislados, a no ser que, como lo expresa Marx ese aislamiento sea solo “un medio para el conocimiento del todo”²⁵.

Para hacer posible esta tarea es necesario primeramente captar cuál es la diferencia entre lo aparente de la existencia y la estructura nuclear interna que la constituye. Puede decirse que, en poder superar esta forma de concebir la realidad, radica la relación dialéctica.

El conocimiento de los hechos y fenómenos, desde esta posición, no es posible más que, en un contexto que articule los hechos individuales de la vida social en una totalidad. La dialéctica de Hegel concibe la realidad como un todo, sin que ello afecte para nada a la relativa independencia de cada cosa en su singularidad.

²⁴ PAMPLIEGA, Ana. PICHON RIVIERE, Enrique. *Psicología Social y crítica de la vida cotidiana*. Segunda Edición, 1981. pág 11,.

²⁵ LUCKÁCS George. *Historia y Consciencia de clase*. Segunda edición, Grijalbo S.A. 1975. Pag 30

La dialéctica recupera la capacidad de las culturas antiguas para aprehender la realidad tal y como es, como un todo. Cuando la humanidad empezó a dominar la naturaleza y a conocerla mejor, fue que empezó a desarrollar otra herramienta intelectual: el concepto abstracto.

El ser humano dejó de ver las cosas en su totalidad, pudo descomponerla en partes, pudo analizarlas, pudo hacer abstracciones. Fue un gran avance para el desarrollo de las ciencias, pero al mismo tiempo, un enorme retroceso puesto que se perdió la riqueza que caracterizaba el pensamiento antiguo, la captación del entorno como un todo.

Según Hegel sólo la captación de la totalidad, donde se unen lo idéntico y lo distinto, sólo eso nos muestra la verdad.

El método dialéctico intenta visualizar a los sujetos reales, su desenvolvimiento y sus condiciones materiales de vida. No se parte de las representaciones o idealizaciones para llegar a comprenderlo en su materialidad, al contrario, se parte del hombre en acción, en su proceso de vida real. El sujeto, en su proceso de intercambio material, cambia su pensamiento y su vida misma empieza a determinar la formación de su conciencia; por ello la conciencia es un producto social, es conciencia del mundo inmediato, de las relaciones y vínculos con los otros, de uno mismo. “No es la conciencia de los hombres la que determina su ser, sino que a la inversa, su ser social determina su conciencia”²⁶

CONCLUSIONES

Tanto el Estructuralismo como el Funcionalismo y las corrientes que de ellos se derivaron, plantearon visiones del ser humano, de la conciencia, la conducta, la vida individual y social, de un modo sesgado y poco integrador.

Por un lado el Psicoanálisis, originado en el Estructuralismo, a través de su concepción de lo psíquico influenciado predominantemente por el inconsciente y los instintos sexuales en la conducta, le resta al sujeto protagonismo y lo convierte nuevamente, como ya lo hacían

²⁶ LUKACS, Georg. *Historia y Consciencia de clase*. Segunda edición, Grijalbo S.A. 1975. Pag 22,

antaoño los animistas, en un ser dominado por fuerzas extrañas, con la diferencia de que ahora esas fuerzas provienen de su propio “yo” y sin embargo le son ajenas.

Es rescatable, no obstante, el papel que le da a la cultura en la determinación del bienestar o no de los sujetos.

En su intento por superar esta concepción determinista surgen otras líneas de pensamiento que buscaron resaltar el valor del ser humano como ser consciente y de naturaleza diferente a los animales o a los fenómenos naturales, observables y verificables; sin embargo, también éstas cayeron en extremismos, al punto de validar la individualidad de los sujetos en detrimento de su construcción social.

Esta visión resulta importante en la medida en que, al considerar la individualidad, se opone a la elaboración de esquemas establecidos previamente con fines de predicción de la conducta como lo hicieron otras corrientes y otorga un papel más relevante al sujeto en la construcción de su propia vida, mediante el desarrollo de conceptos como responsabilidad, auto realización, entre otros.

Muchas de estas formas de pensamiento que se conocieron como humanistas desembocaron en doctrinas que (a través del discurso de la responsabilidad y la autorealización) llegaron, de alguna forma a “culpabilizar” al propio sujeto respecto a sus condiciones de vida, restando importancia a las condiciones externas que las generan.

Indudablemente hay que considerar que cada una de estas formas de pensamiento surgió en un contexto específico y ésta no fue la excepción, probablemente con fines de resiliencia y reparación social después de la Segunda Guerra Mundial, que es como nació esta corriente.

Del mismo modo las corrientes derivadas del Funcionalismo tales como el Conductismo, la Reflexología, entre otras, si bien contribuyeron desde nuevas visiones a entender la conducta y los procesos de adaptación, también generaron estudios incompletos sobre el ser humano y su naturaleza. Para el Conductismo la psicología debía ser una ciencia eminentemente pragmática, cuyo objetivo no podía ser otro que la predicción y el control de la conducta.

Basado en un esquema positivista intenta estudiar a los seres humanos y a los grupos de la misma manera que a los fenómenos naturales, sin percatarse de que éstos y los fenómenos sociales son de naturaleza distinta y mucho más complejos que un simple cuadro de estímulo – respuesta.

Aún cuando las ciencias experimentales, sobre todo la Medicina, la Biología, entre otras, se han visto beneficiadas por estos postulados, en el ámbito social, se han ido generando en base a estos principios, técnicas de dominio en los sujetos al considerarlos “máquinas” que responden al condicionamiento y cuya personalidad no es más que el conjunto de hábitos acumulados y adquiridos a través de este proceso, desplazando o dando menos importancia a las experiencias acumuladas a lo largo de la vida y la capacidad de reflexión previa a la reacción.

Una vez analizado el recorrido histórico de la Psicología, sus diferentes posturas y los distintos contextos en que se desarrollan, es preciso señalar que, la visión de la Psicología que pretende construirse a partir de estas reflexiones, no se enmarca en una determinada corriente o escuela. Por el contrario, se abre al análisis de los distintos enfoques, a la vez que promueve un cuestionamiento a los postulados que, distan mucho de lo que pretende ser un proceso integrador sobre el ser humano.

En tal sentido, este trabajo pretende ser una puerta de entrada a la discusión y a la construcción de una psicología diferente: que critique los modelos tradicionales que, si bien, han dado pautas de entendimiento respecto al sujeto y su comportamiento, no han logrado promover del todo su satisfacción, negando la posibilidad de empoderamiento sobre sus propios espacios.

Busca concebir también una psicología que deje de aliarse a los modelos políticos y económicos preponderantes para controlar a los sujetos, impidiendo que sean capaces de participar en las grandes y trascendentes decisiones. Que redefina los postulados de la ciencia, enmarcados en visiones positivistas, y que promueva la inclusión de otras formas de pensamiento que han sido catalogadas como “pseudo ciencias”, ocupando lugares secundarios, a lo mucho como fuentes históricas poco válidas o “folklóricas”, ignorando que, precisamente, allí se manifiesta la subjetividad y es fuente importante de reconocimiento de los malestares individuales y colectivos.

Al ser una ciencia relacionada con el psiquismo humano, tiene que contribuir a mejorar los niveles de vida, lo cual es un proceso que no pasa simplemente por el hecho de solucionar las emergencias sociales, sino abordar de raíz los orígenes de los malestares.

Una psicología que asuma con fuerza los espacios estatales y gubernamentales para que se responsabilicen y garanticen el cumplimiento pleno de los derechos de los sujetos y los

colectivos. Así también, que deje de “encasillar” a la gente, partiendo del reconocimiento de la diversidad cultural y, por lo tanto, no genere herramientas teóricas y metodológicas rígidas.

Por último, en el presente trabajo, se concibe una psicología que privilegia la promoción de la salud para prevenir la enfermedad, desde los espacios cotidianos de vida.

CAPÍTULO II

MODELOS DE COMPRENSIÓN DE LA SALUD- ENFERMEDAD

Las concepciones que una disciplina tiene en torno a su objeto de estudio no se alejan de los contextos social, cultural, político o económico en los cuales se desarrolla. Conocer los momentos históricos es fundamental para lograr un mejor entendimiento de las ciencias, su desarrollo y su concepción de los sujetos y de de la vida social en general. Por tanto, todo aquello que una ciencia determina como su objeto de estudio responde siempre a un objeto que ha sido construido en un tiempo y un espacio específicos.

En tal sentido, es imprescindible analizar distintos modelos o construcciones teóricas que, desde sus épocas y respondiendo a sus necesidades e intereses, han intentado dar respuestas al complejo mundo de la salud y la enfermedad.

2.1.1 Concepción mágico- religiosa

Las culturas antiguas asimilaban las cosas en su conjunto, como un todo cambiante y complejo, querían fundamentar todo alrededor de principios vitales y le atribuían vida a los ríos, océanos, montañas, cuerpos celestes. Creían que dentro de ellos obraba una fuerza o espíritu que los inducía al movimiento. No había distinción entre materia viviente y no viviente, porque todo tenía vida.

Estas culturas tendían a identificar su propio yo con el cosmos. La naturaleza y todos los elementos que la componían eran de vital importancia; terminaron otorgando atributos de la vida y de la conciencia que ellos poseían, a todo lo que les rodeaba.

Poco a poco, se produjo una transmutación de la energía vital de la cual estaban dotadas todas las cosas, a la construcción de los dioses, los mismos que fueron tomando fuerza en los mitos y leyendas con la finalidad de dar explicaciones a los misterios de la vida y la muerte.

En este contexto, el equilibrio entre el cosmos y el ser humano estaría regido por la relación armoniosa entre ambos; cuando algo falla en esta relación, se inicia una situación conflictiva. Esta concepción mágico-religiosa del mundo se extendió también a la comprensión de la salud y la enfermedad, que estaría ligada a la esencial relación entre hombre y naturaleza.

La enfermedad era atribuida a lo sobrenatural, los seres humanos como parte de un sistema ordenado debían mantenerse en armonía con el orden cósmico, lo contrario provocaría el castigo de los dioses.

Esta forma de entender el mundo y por sobre todo de entender la salud y la enfermedad conduce a la reflexión sobre algunos aspectos: por un lado, el asumir las cosas como una totalidad le permitía al ser humano saberse a sí mismo una pequeñísima parte dentro de la inmensidad del universo, lo que le posibilitaba mantener una relación armoniosa con el cosmos, la naturaleza y su entorno en general.

Lo mágico de esta forma de ver el mundo no puede, de ninguna manera, ser considerado ilógico o incivilizado como lo han pretendido muchas corrientes a lo largo de la historia, sobre todo, una vez expandido el pensamiento occidental.

El nacimiento de la ciencia encuentra sus fuentes precisamente en la fantasía, en el deseo de crear, y se crea primero en la imaginación. Entonces, podría pensarse que es precisamente la fantasía, lo mágico, lo que ha llevado a construir la ciencia.

El animismo presenta otras formas de científicidad, lo que todavía es difícil de aceptar para el pensamiento predominante, así como el hecho de que estos pueblos hayan desarrollado pensamientos tan profundos y tan válidos como aquellos difundidos por occidente.

Por otro lado, aquí ya se plantea una visión de la salud en términos de integralidad, es decir, si bien la enfermedad estaría provocada por la invasión de algún espíritu extraño determinando una alteración en la fisiología o el funcionamiento del cuerpo, lo contrario no implicaría necesariamente salud, pues ésta se evidencia en la posibilidad de mantener relaciones armoniosas con el cosmos y no solo estar libre de algún proceso de enfermedad.

El ser humano frente a la poderosa fuerza de los espíritus que en determinado momento podían invadirlo, se convertía en un ser débil y pasivo. Pese a ello, es interesante analizar cómo, aún cuando la fuerza que lo atacaba le era extraña, podía combatirla con aquello que no le era extraño ni ajeno: los elementos de la naturaleza, éstos eran utilizados para llevar a cabo los rituales que lograrían restablecer la salud perdida.

2.1.2 Concepción naturalista del mundo

En el siglo VI a.C. se conforma una teoría naturalista del ser humano, en la antigua Grecia primaba este concepto, donde la misión del artesano consistía en restaurar el orden natural que la enfermedad había alterado. El médico, “poseedor del saber”, y hombre virtuoso, imponía al enfermo el camino a seguir para restaurar la salud.

Hipócrates pensaba que todos los desórdenes tanto físicos como psíquicos estaban originados en lesiones o desequilibrios de los fluidos o “humores del cuerpo”, lo caliente, lo frío, lo húmedo y lo seco. Tras largos estudios de cuerpos humanos, llega a afirmar que el cerebro es la fuente o el origen de los problemas emocionales y se convierte en el primer estudioso en elaborar un listado de enfermedades mentales y sus “curas”.

Nace con Hipócrates una rudimentaria teoría de personalidad basada en cuatro temperamentos: melancólico, colérico, optimista y flemático.

Dentro de esta misma línea de pensamiento, Galeno cuestionó la presencia de los dioses en la enfermedad. Afirmaba que ésta se debía a un problema de regulación ética y estética, de exceso o carencia, concepción que se mantiene vigente hasta aproximadamente el siglo XIX en que se introduce la racionalidad científica.

2.1.3 Modelo biologista e individual

Más tarde, en los siglos XVI y XVII se sitúa la salud- enfermedad en una versión somático fisiológica, introduciendo el concepto de salud como ausencia de enfermedad, los métodos empleados desde este enfoque eran la exploración del cuerpo, exámenes de signos y síntomas, entre otros análisis.

La enfermedad era entendida, en términos fisiopatológicos, como una alteración funcional o estructural de órganos, tejidos o sistemas situándola, básicamente, en términos biológicos. Si bien la enfermedad encuentra su espacio de expresión en el cuerpo, este enfoque le otorgó el centro de la atención, misma que se constituyó en una práctica médica desvinculada de la situación de salud de los sujetos en su contexto.

Propone un estudio de la salud - enfermedad en términos anatomo- clínicos (cuerpo- órgano), para lo cual fue indispensable recurrir a un modelo de causalidad que permitiera conocer los orígenes de la enfermedad y emprender la búsqueda de la cura.

2.1.4 Modelo salubrista

Este modelo se desarrolla en el siglo XVIII, aproximadamente en 1770, es un esquema filantrópico ligado a la curación moral.

Nació, desde este modelo, la llamada medicina urbana dando paso a una de las medidas de prevención del contagio que caracterizaría a los siglos posteriores: el encierro. Se configura una ideología en torno a la limpieza social, la salubridad y la higiene, la necesidad de eliminar los desechos y evitar epidemias.

2.1.5 Medicina industrial.

En la época de la revolución industrial, siglo XIX, en un mundo en que se valoraron por sobre todo la ciencia y la técnica, se intensifica el encierro. La salubridad y la limpieza siguen siendo principios importantes. Toma fuerza un proceso de distribución de los espacios con fines de evitación del contagio, de modo que los antiguos leprosarios vienen a constituirse ahora en casas de internamiento.

Paradójicamente, el encierro en Europa surge como una respuesta frente a las crisis económicas desatadas en el siglo XVII, “fuera de las épocas de crisis, el confinamiento

adquiere otro sentido. A su función de represión se agrega una nueva utilidad. Ahora ya no se trata de encerrar a los sin trabajo, sino de dar trabajo a quienes se ha encerrado y hacerlos así útiles para la prosperidad general”²⁷. De este modo el internamiento se convierte en la forma más eficaz para separar a los “asociales” y, sin embargo, no perder los beneficios productivos que estos podían generar.

2.1.6 Modelo médico – hospitalario

Se desarrolla a partir del modelo industrial, también durante el siglo XIX influido notablemente por el Positivismo. La medicina empieza a asumir el concepto de curación y localización de la enfermedad y continúa en la labor de combatir lo infecto-contagioso, aunque va perdiendo fuerza el modelo salubrista que enfatizaba la necesidad de “separar” aquello que contagia y causa la enfermedad.

Este modelo plantea la necesidad de la manipulación del cuerpo por parte del médico, quien empieza a desarrollar todo un conocimiento sobre éste.

Gracias a las investigaciones de Pasteur y Kitch en el ámbito de la medicina, el papel del hospital cambia en su concepción tradicional, deja de ser el “lugar del buen morir” para convertirse en el espacio de la intervención sobre el cuerpo, el lugar de la curación.

2.1.7 La racionalidad científica, el logos médico

Una vez fundamentado el manejo de la salud- enfermedad en el conocimiento del cuerpo, empieza a crearse una especie de relación saber- poder en función de los saberes que el médico había logrado en torno a éste.

Se instaura el discurso clínico como creador del nuevo “jardín de las especies”, es decir, se configura toda una serie de estrategias con la finalidad de mantener el control a partir del cuerpo. Es así que, paralelamente, se establece la confesión como una de las formas más eficaces para descubrir los secretos referentes a su manejo.

Bajo esta mirada se instrumentaliza el cuerpo y se instaura la ciencia como una tecnología.

²⁷ FOUCAULT, Michel, *Historia de la locura en la época clásica* Fondo de cultura económica, Bogotá Colombia, 2000. Pág 107

2.1.8 Modelo campo de la salud o Multifactorial

Este modelo empieza a considerar para el estudio de la salud distintos aspectos de la vida de los sujetos: lo biológico, el entorno, el medio ambiente, el estilo de vida.

El enfermo viene a constituirse en el centro de la práctica médica y se expanden tres conceptos novedosos: prevención, curación y rehabilitación. Nacen los sistemas de salud pública. Pero, así como otros modelos que han recibido la influencia del enfoque positivista, también éste pone énfasis, sobre todo, en una atención biológica e individual, orientada al tema de la “cura”, es decir, la enfermedad como centro.

A pesar de su intención de elaborar un modelo incluyente y holístico termina construyendo, al igual que los anteriores, prácticas médicas desvinculadas de la situación integral de salud de la comunidad. Su aparente carácter integrador no esconde más que una enajenación de la significación de “contexto”, que se reduce a ciertos, dejando de lado elementos estructurales que influyen en las condiciones de vida de los sujetos.

Se extiende una concepción de la salud vinculada a los sectores más vulnerables, fundándose una especie de “clientelismo” respecto a los servicios en salud.

2.1.9 Modelo de la complejidad

El modelo multifactorial sienta las bases para dar origen a un nuevo enfoque que postula el conocimiento de la complejidad social, para emprender el entendimiento de la salud y la enfermedad. Propone una nueva mirada al tema de la enfermedad, situándola desde un escenario de adaptabilidad a situaciones que generan malestar, producto de la ruptura de vínculos.

Metodológicamente se plantea la deconstrucción del saber y la técnica, así como también exige mirar la cultura como lugar de conflicto. El cuerpo y lo biológico, desde esta perspectiva, serían solo la “expresión objetiva de la intersubjetividad en conflicto”, no el lugar mismo donde se origina la enfermedad y en el cual hay que buscar las causas y las curas.

Se amplía, entonces, la comprensión de la enfermedad, que pasa a ser vista como una realidad económica, política y relacional.

2.1.10 Modelo de la medicina social

Los postulados del modelo de la complejidad promueven el desarrollo de nuevas corrientes de pensamiento, conscientes de la necesidad de ampliar la concepción de la salud hacia otros ámbitos que no sean meramente el de los servicios sanitarios.

Es así que durante el siglo XX, en Europa, comienza a desplegarse la llamada medicina alternativa. El alemán Rudolf Virchow propuso que la medicina debía ser considerada como una ciencia social, por tanto, le correspondía enfocarse a las condiciones colectivas de la enfermedad²⁸.

Paralelamente en América Latina, bajo la influencia teórica del materialismo dialéctico, florece una nueva forma de comprensión del sujeto y su vida social determinada por la estructura económica.

La vinculación entre la estructura social y la enfermedad, producto de la integración de las dos tesis antes mencionadas, da paso al nacimiento de una nueva corriente de epidemiólogos sociales que, a partir de la crítica de la epidemiología dominante, exploran nuevas aproximaciones teóricas y metodológicas, que incorporan a la explicación de la enfermedad la influencia del ambiente e instauran una economía política de la salud.

Nace un modelo social que hallaría, posteriormente, en el campo de la Psicología su correlación en el llamado enfoque comunitario que empieza a concebir al ser humano como inseparable de sus circunstancias sociales, económicas y culturales. Este modelo se orienta en la noción de que la enfermedad no es un estado en sí mismo, sino más bien un proceso y que la prevención y promoción de la salud son el camino, más allá de la atención de lo patológico.

A partir de esta perspectiva, la relación individuo-ambiente en la producción, prevención y tratamiento de la enfermedad adquieren especial relevancia a la vez que

²⁸ Howard Waitzkin. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la Medicina Social. Volumen 1. N.- 1. Junio 2006

vienen a ser sustentadas, en la primera mitad del siglo XX por los avances logrados en el área de la Psiquiatría.

2.1.11 Modelo salud- desarrollo

Frente a las graves crisis producidas en varios países después de la Segunda Guerra Mundial, empieza a desplegarse un nuevo modelo de atención en salud que pretendió hacer frente a la situación de países que contaban con menores posibilidades de acceso a los servicios sanitarios. Pese a este afán de reconstrucción social, poco a poco se fue consolidando una noción de desarrollo enmarcada en el crecimiento económico, la potenciación y aprovechamiento de recursos naturales, la industrialización y la competitividad.

Se reanuda el modelo filantrópico, asistencialista y se plantea como eje central la equidad e igualdad sanitaria, ligada al discurso de la prevención.

Bajo estos parámetros se generan corrientes sociológicas, políticas y económicas que pretenden determinar los estándares de desarrollo de las naciones, vinculados a su grado de riqueza, acrecentando de manera desmesurada las diferencias entre unas y otras naciones: las “desarrolladas” y las “subdesarrolladas”.

En tal sentido, el aparecimiento de instituciones no gubernamentales, fundaciones, entidades financieras internacionales y demás tipo de organizaciones, caracterizaron este modelo de atención. No obstante, su labor fue y sigue siendo limitada, no solo por el hecho de centrarse únicamente en el paliamiento inmediato de la necesidad sino, sobre todo, porque muchas de estas instituciones siguen respondiendo a modelos neoliberales que priorizan el crecimiento económico que, dicho sea de paso, toma en cuenta ciertos indicadores estadísticos pero ignora otros, tales como el desempleo, la marginación, la carencia de servicios sociales, etc.

Así se dio paso a la expansión del populismo sanitario caracterizado por atender a los sectores más desfavorecidos socialmente, pensando que las condiciones de pobreza que azotan a los “países del tercer mundo”, sobre todo, a poblaciones rurales e indígenas, se deben precisamente a su condición de culturas “primitivas”, “no civilizadas”.

En el ámbito específico de comunidades rurales- en el caso de nuestro país- empiezan a proliferar centros de salud sin la más mínima planificación y posibilidad de sostenimiento por la ausencia de personal médico, así como también programas y proyectos de “desarrollo” que se estructuran sin el conocimiento ni la participación de todos los miembros de la comunidad y sin tomar en cuenta sus necesidades reales.

La pobreza se convierte en el blanco perfecto hacia donde apuntan distintos organismos, con la finalidad de paliar en algo sus efectos. Ésta es pensada en términos de salubridad y no como resultado de procesos económicos inequitativos.

2.1.12 Modelo tecno-económico

En el marco de los nuevos enfoques del siglo XX, se desarrolla una visión de la salud relacionada al ámbito político- legal, ubicando a la salud como derecho y obligación universal con reconocimiento legal y participación del Estado, cobrando fuerza la implementación de los sistemas de seguridad social promovidos por los gobiernos.

Insertado en la lógica del mercado promueve la venta de servicios y seguros de salud. El paciente pasa a ser un “cliente” que consume todo lo que el nuevo mercado de la medicina empieza a promover, desde luego, en tanto tiene las posibilidades de acceder a ellos, puesto que se fortalece la estratificación económica de estos servicios.

El médico, por su parte, pasa a convertirse en un empresario de la salud y ésta en una mercancía más.

La innovación de estos servicios y, con ello la incrementación de los costos, se produjo ya iniciado el siglo XXI. Donde se producen mayores avances en la medicina, gracias a los nuevos descubrimientos en la neurofisiología, embriología, genética, entre otras.

2.2 APROXIMACIONES A LA COMPRESIÓN DE LA SALUD MENTAL

Para la OMS la salud mental es “un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y

participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en su medio ambiente físico y social”²⁹.

Cabe preguntarse, frente a esta definición, ¿qué alcances tiene el hecho de apuntar hacia una síntesis satisfactoria de las tendencias instintivas de los sujetos? Acaso, ¿la salud mental, desde esta definición, implica de alguna manera la renuncia a los instintos en favor del orden y la armonía? ¿No está de por medio una idea todavía bastante moralista respecto a la salud mental? ¿No está sano mentalmente aquel sujeto que problematiza o cuestiona y que es capaz de mirarse a sí mismo y a su ambiente, no desde la estática idea de la armonía sino desde la constante reflexión de sus condiciones de vida?

Otra definición plantea lo siguiente: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”³⁰. En este concepto se establece que la posibilidad de tener conciencia se relaciona con la salud mental, así como también la capacidad de interrelación con el entorno y su dinámica; entonces, la patología surgiría cuando las presiones sobrepasan los límites de resistencia de los sujetos o las formas de reacción ante determinadas situaciones se dan en escenarios de conflictividad.

Según Bohoslavsky, citado en un texto de la OMS(2005), “salud mental incluye equilibrio interno, coherencia, capacidad de ponerse en el lugar del otro, aceptación del rol, tomar al otro como un objeto total, dar y recibir afectos, tener confianza en sí mismo y confianza en el otro”³¹.

¿Por qué la aceptación de un rol determinado es sinónimo de salud mental? entonces, ¿un sujeto que se acopla a roles mediados por procesos sociales y económicos inequitativos está sano mentalmente y aquel que se resiste a ello está enfermo?. ¿La comprensión de la otredad que se expresa en esta definición, ¿significa aceptación indiscriminada?

²⁹ ELIZALDE, Frances. *Salud Mental: un ensayo de visiones en la historia*. Conferencia para el Congreso Nacional de Terapia Gestalt. Madrid, mayo del 2002, pág 5.

³⁰ Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de salud mental: conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Ginebra, OMS, 2005

³¹ IBID, pág 6

Es imprescindible reconocer el hecho de que la salud mental implica, como afirman los conceptos anteriores, un cierto nivel de equilibrio interno y con relación al entorno, sin embargo, a pesar de estas definiciones, resulta sumamente complicado establecer una definición oficial de salud mental, puesto que las diferencias culturales y percepciones subjetivas frente a los acontecimientos del entorno, hacen difícil poder definirla.

A pesar de la inexistencia de un acuerdo en torno a este tema, en general, se ha llegado a establecer que la ausencia de un desorden mental específico, no es necesariamente un indicador de salud mental.

Para un mejor entendimiento de la salud mental, es primordial conocer los distintos enfoques desde los cuales ha sido analizada, así como los contextos históricos en los que éstos se desarrollaron. Pueden distinguirse grandes fases en el abordaje de la salud mental a lo largo de la historia.

En la Antigüedad se daba una explicación de los desordenes mentales a partir de los trastornos producidos en el cerebro por desequilibrios humorales. Este tipo de explicaciones persistieron hasta finales del siglo XVI. En esta primera fase se entiende la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina, se enmarca dentro de la concepción mágico- religiosa del mundo.

Una de las enfermedades más conocidas, en este sentido, fue la lepra atribuida, sobre todo, al mal uso del cuerpo. En lo posterior, la idea de los malos usos del cuerpo relacionados con los excesos, recibió la influencia de la tradición cristiana, lo que derivó en una explicación de la enfermedad, a través de la noción de pecado.

La enfermedad, así entendida, asume dos funciones sociales: por un lado, como castigo recibido frente a una falta determinada y, por el otro, la futura redención como recompensa por el padecimiento de la enfermedad.

En los siglos XVII y XVIII los trastornos mentales eran considerados como un alejamiento voluntario de la razón, se estructura la significación del “loco” como aquel ser despojado de la razón, mismo que debe ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias, así se popularizaron como principales modelos de atención de la salud mental, las medidas asilar y manicomial, pues la enfermedad fue concebida como desviación social y producto de alteraciones bioquímicas, dando lugar

al modelo médico de la enfermedad mental. (Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica* 2000)

Durante estos siglos los enfermos mentales fueron encerrados y apartados de la vida comunitaria. La finalidad de este aislamiento no era precisamente atender a estas personas y procurarles un tratamiento adecuado, sino más bien proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales.

Esta concepción surge en un contexto idealista que proclama el orden “natural” de la sociedad. La enfermedad, entendida como “desviación de lo normal”, deja notar claramente una fuerte connotación moral. Eventualmente la salud pasa a ser concebida como ausencia de enfermedad.

Más adelante, en el siglo XIX predominaron las explicaciones somáticas de la enfermedad mental, así, el objeto de estudio médico eran los desordenes psicológicos considerados como una disfunción cerebral según los principios establecidos por el psiquiatra francés Philippe Pinel.

En este mismo siglo y a principios del siguiente, empieza a desarrollarse una concepción que acuña con fuerza la idea de que las alteraciones de la conducta responden a una confrontación de naturaleza psíquica en el individuo el mismo que, busca satisfacer deseos instintivos y a la adaptación a las exigencias y demandas de carácter socio- cultural. Esta noción es asumida más tarde por el Psicoanálisis.

La enfermedad mental fue abordada desde la enfermedad física, las alteraciones cerebrales como las fuentes del malestar psíquico. Aunque se reconocen las determinaciones sociales de la enfermedad, todavía se mantiene una visión individualizada de ésta. Poco a poco se va estableciendo una visión de la salud como satisfacción de necesidades y no solo ausencia de enfermedad.

Estos siglos inauguraron el llamado modelo psicológico de la enfermedad mental.

Alcanzado el siglo XX, se establecieron nuevas formas de entender la enfermedad mental, a lo que se sumaron los grandes aportes de la neurología, la fisiología y la bioquímica, así como también, el auge de la psicofarmacología a partir de la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales, iniciada por Emil

Kraepelin, y la expansión de las concepciones psicosociológicas de la salud y la enfermedad mental. En este contexto, recibe un mayor impulso la llamada psiquiatría dinámica y se promueve la desinstitucionalización del paciente y la aplicación de enfoques terapéuticos múltiples.

Ya en los años 60 de este siglo se establecen nuevos enfoques en torno a la salud y la enfermedad mental, añadiendo determinantes ecológicas a su estudio.

Empieza a pensarse la enfermedad mental en términos de prevención a nivel poblacional, desplazando la, fuertemente arraigada, idea de la curación individual promovida por el modelo médico tradicional. Con estos referentes se dio paso al modelo psicosocial de la enfermedad mental, empeñado en desarrollar programas participativos integrales e intersectoriales.

América Latina tiene una larga historia de trabajo en salud mental ligada al estudio de los derechos humanos. Gran parte de estos estudios enfatizaron la salud mental en situaciones de guerra o violencia, intentando dar respuesta a las consecuencias individuales y comunitarias que los procesos represivos, estaban generando a corto y largo plazo.

Uno de los representantes más destacados en éste ámbito fue, sin duda, Ignacio Martín Baró, para quien la salud mental no debe entenderse desde una dimensión individual, en la que se analiza las consecuencias que sobre cada individuo aislado puede tener el proceso de la violencia o la guerra, sino que ésta constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, aunque esa dimensión produzca en cada organismo concreto diversos síntomas y manifestaciones. Baró elabora su actividad científica a partir de la propia realidad violenta en la que se vio inmerso.

Establece la recuperación de la memoria histórica como estrategia de salud mental, refiriéndose a aquellos que han sufrido los efectos de la violencia. Le otorga un valor terapéutico a la resignificación de los acontecimientos traumáticos, y la reivindicación de procesos socioculturales que han sido desconocidos: el aprendizaje de la vida cotidiana, la generación de procesos grupales que busquen rescatar el protagonismo, historia y palabra de la gente.

Lo particular de este enfoque es que se centra la comprensión y el afrontamiento de las situaciones traumáticas dentro del grupo y la comunidad, a través del uso de las formas de resistencia, apoyo mutuo y la movilización de recursos positivos propios. A partir de los años sesenta se emprendió una intensa actividad de reflexión sobre la necesidad de repensar las formas de manejar el tema de la salud mental, partiendo de un paradigma que sustente una concepción integral del proceso salud-enfermedad, contraria a una visión centrada en el individuo y la patología. Esta nueva perspectiva emerge como consecuencia de la crisis de una Psicología que heredó el biologicismo del pensamiento médico-científico, transformado en psicologismo, “inaugurando así un modelo centrado en la clínica y en lo patológico”³² y prescindiendo del contexto en el que se desenvuelve el individuo.

2.3 CONCLUSIONES:

La salud y la enfermedad han constituido, desde siempre, temas de análisis bastante complejos y a la vez polémicos. Los distintos enfoques que han pretendido explicar y describir la naturaleza del fenómeno salud-enfermedad se han construido en una época, en un tiempo y un espacio determinados y, por tanto, responden necesariamente a valoraciones éticas y morales y contextos específicos. De ahí que no se deban a la ingenuidad o al surgimiento espontáneo, sino que se enmarcan dentro de todo un sistema social ya estructurado.

Es preciso reconocer también que cada uno de los enfoques analizados a lo largo de este capítulo ha sentado precedentes importantes para la comprensión que, actualmente, se puede tener sobre este tema; tal es así que ninguno de ellos ha desaparecido en su totalidad, cada uno ha servido como base para el surgimiento de los demás, ya sea como negación o como sustento. Más allá del acierto o no de sus afirmaciones, presentan múltiples líneas de análisis y reflexión, y la posibilidad de tener posiciones más amplias y plurales respecto a la dinámica de la salud y la enfermedad.

³² RODRÍGUEZ Alicia. *Desde la Promoción de Salud Mental hacia la Producción de Salud .La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales*. Ponencia presentada en el 1er. Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria, Quito. Ecuador, agosto 2007.

No con ello se pretende justificar la existencia de muchos enfoques que indudablemente, se han aliado a modelos económicos y políticos con fines poco beneficiosos para los sujetos y sus contextos. Se han escudado tras discursos aparentemente constructivos y de ninguna manera han procurado cambios sustanciales a nivel social.

Diversas son, de igual modo, las concepciones sobre la salud mental. Se la vincula con ausencia de enfermedad; desde otros enfoques se la relaciona con la normalidad bajo criterios estadísticos. Se la identifica, también, con la capacidad de adaptación social y por último una de las posiciones más difundidas y popularizadas: la salud como bienestar.

En la década de los 50 la OMS define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de enfermedad”³³. Evidentemente esta definición se acerca más a lo que podría considerarse una aspiración en tanto que resulta prácticamente inalcanzable en su totalidad, es decir, como estado. La idea de bienestar perpetuo no puede sostenerse, sin situar otros elementos que los sujetos requieren para sentirse completamente sanos.

En los años 80 esta misma organización amplía la definición añadiendo que “la salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente”. La salud implicaría que todas las necesidades básicas sean satisfechas, es decir, necesidades afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Paradójicamente, esta definición está bastante descontextualizada, pues si se examina con atención el porcentaje de personas que responden a estas características alrededor del mundo, no muchas estarían “completamente sanas”.

“En la actualidad, casi 450 millones de personas padecen trastornos mentales y del comportamiento”³⁴, “...si bien los trastornos mentales y del comportamiento afectan a personas de todos los grupos de la sociedad y todos los países, los pobres, tanto de los

³³ OMS, 2001. Pág 1

³⁴ Organización Mundial de la Salud. Proyecto de política de salud mental, paquete de orientación sobre política y servicios, pág 8.

países en desarrollo como de los desarrollados, resultan afectados de forma desproporcionada por dichos trastornos”³⁵.

Está claro que los fenómenos mentales tienen correlación directa con las condiciones sociales, de ahí que se manifiesten como fenómenos colectivos y no aislados. Entonces, el desarrollo “sano” está directamente relacionado con las condiciones del ambiente humano, es decir, la familia, la inserción social, cultural y todos los procesos comunitarios en los que el sujeto se encuentra inmerso.

En este sentido, la salud no se define como una condición del individuo sino en referencia al entorno total, debe ser entendida primero como un proceso y no como un estado estático y, en segundo lugar, como una integralidad que no excluye al sujeto en este proceso sino que lo posesiona como protagonista, supeditado a un contexto y a determinadas condiciones de existencia, es decir, como un sujeto socio – histórico.

CAPÍTULO III

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las reflexiones sobre la salud y la enfermedad a lo largo del tiempo, así como los contextos socio históricos en que emergieron y las concepciones de sujeto³⁶ implicadas en cada uno de ellos, permiten visualizar de manera amplia el recorrido de las prácticas médicas desde los inicios de la humanidad hasta los tiempos actuales.

El conocimiento y análisis de las diferentes orientaciones respecto a este tema, conducen a la comprensión de modelos de atención³⁷ (en los sistemas de salud) que dejan ver distintos matices pero que, finalmente, tienen algo en común: su limitado análisis del sujeto en sus situaciones integrales de vida.

Así, la mayor parte de éstos han generado reflexiones sobre un sujeto fragmentado y desvinculado de sus condiciones concretas de existencia. Las primeras reflexiones sobre

³⁵ IBID

³⁶ Cada época ha dado origen a una concepción distinta de sujeto, influida fuertemente por los contextos socio político e ideológico.

³⁷ Todo modelo implica una forma de comprensión sobre el ser humano.

la salud establecieron como norma básica el equilibrio hombre- cosmos, factor fundamental para lograr procesos saludables, pero al mismo tiempo otorgaron a los fenómenos sobrenaturales un papel importante perdiendo terreno el protagonismo social. También las nociones posteriores que plantearon la salud como estado, como ausencia de enfermedad o como instancia ligada a la salubridad y al desarrollo, mediante el empleo de nuevos discursos, heredaron líneas de análisis similares.

Aún las más modernas, nacidas en el contexto de los avances tecnológicos y modelos neoliberales, que hasta los actuales momentos se mantienen en vigencia, no han logrado, en su totalidad, atender de manera adecuada el complejo mundo de la salud y la enfermedad.

Pese a los avances alcanzados, no solo en cuanto a las reflexiones teóricas sino también en lo referente a la práctica concreta, han predominado modelos enfocados elementalmente hacia la atención de la enfermedad y el tratamiento de poblaciones con alto riesgo de contraerlas para lograr el control de las mismas y evitar su transmisión.

No obstante, en las últimas décadas los discursos sobre la salud pública se han volcado al abordaje de nuevos enfoques relacionados principalmente con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Aún cuando el tema de la prevención no es nuevo, en tanto estuvo ya presente en el auge del modelo salubrista y aún antes cuando los antiguos griegos postulaban una serie de recomendaciones para vivir sanamente, cobra mayor relevancia en el pensamiento médico social del siglo XIX, donde se establece ya la promoción de la salud como pilar fundamental de la atención médica, respondiendo a los logros obtenidos como fruto de sus investigaciones sobre las relaciones entre salud y condiciones de vida, en las que ponen en evidencia la vinculación entre los estilos de vida de las personas, su posición social, económica, y sus estados de salud.

3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Con frecuencia, cuando se habla de promoción de salud se recurre, como referencia obligada, a abordar el tema de la prevención, pero ambos términos entrañan significaciones diferentes.

Sobre La Prevención:

Según la Real Academia de la Lengua³⁸ el término “prevenir” significa la acción y efecto de prevenir; preparar y disponer anticipadamente para evitar un riesgo. La prevención tiene que ver con impedir que algo se realice.

La prevención en salud “exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural³⁹ a fin de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad”⁴⁰.

En este sentido, las acciones preventivas constituirían intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas y su transmisión partiendo de que su base es el conocimiento epidemiológico. Se estructura mediante mecanismos de divulgación de información científica y modificación de hábitos, se orienta hacia las acciones de detección, control y disminución de los factores de riesgo o causantes de enfermedades que, dicho sea de paso, han heredado los enfoques del sistema higienista, mismo que vuelca su atención a aspectos de salubridad.

Su base sigue siendo la enfermedad y, en tanto se desenvuelve en un campo difusionista maneja sobre ella un discurso desde la línea causa – efecto, tomando como principales acciones la evitación, curación y atenuación de las enfermedades. La salud ha sido entendida centralmente como ausencia de enfermedad.

Sobre La Promoción:

El término “promover” definido como la acción y efecto de, procurar la “elevación o mejora de las condiciones de vida, de productividad, intelectuales, etc”⁴¹; en otras palabras, la promoción implicaría dar impulso a, fomentar, originar o generar⁴².

³⁸ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Vigésima Segunda Edición, 2001.

³⁹ ¿A qué se refiere la historia natural dentro de esta definición? ¿acaso se pretende establecer la enfermedad como parte de una historia natural? En el caso de que así fuere es claro que se trata de un grave error puesto que los procesos relacionados con la enfermedad están directamente relacionados con los estilos de vida, así como con las condiciones estructurales económicas, políticas e ideológicas.

La historia natural niega estas condiciones.

⁴⁰ MACHADO DE FREITAS, Carlos y otros. *Promoción de la Salud, Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2003. Pág 54

⁴¹ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición, 2001

⁴² Estilos de vida saludables partiendo de las características particulares de los sujetos y las poblaciones.

Puede decirse que se define de manera más amplia que la prevención en la medida en que plantea una potenciación de la salud en lugar de combatir enfermedades específicas. De allí su carácter contextual que lo ha llevado a posicionarse como un proceso “más amplio y englobador, procurando identificar y enfrentar los macrodeterminantes del proceso de salud- enfermedad, y buscando transformarlos favorablemente en orientación hacia la salud...”⁴³.

Pero, ¿Cómo surge la promoción de la salud como eje primordial de la salud pública? Este concepto que adopta la capacitación de los individuos y colectividades para aumentar el control sobre los determinantes de su salud, nace en un contexto de sociedades capitalistas neoliberales.

“El movimiento de promoción de la salud surgió formalmente en Canadá en el año 1974 con la divulgación del informe Lalonde, con la motivación central del enfrentamiento de los costos crecientes de la asistencia médica y el cuestionamiento de los límites del abordaje exclusivamente médico para enfermedades crónicas”⁴⁴.

Las limitaciones económicas de los Estados frente a los costos de la atención médica dirigida a poblaciones con alto riesgo de contraer determinadas enfermedades o ya enfermas, y la necesidad cada vez más creciente entre los representantes de organismos de salud y la población misma de desarrollar programas que prevengan las enfermedades, constituyen la base para la actualización de los sistemas de salud pública. La universalización de los derechos humanos, así como la necesidad de generar nuevas formas de organización social con el fin de procurar una participación real de las poblaciones, fueron también factores elementales. Se pone en vigencia el discurso de la ciudadanía y junto con él se propone una redefinición de la noción de poder.

El surgimiento de la promoción en el contexto de la salud pública no es casual, nace como respuesta a la necesidad de redefinir programas de atención y realizar políticas de ajuste estructural, enfatizando criterios de eficiencia, costo y efectividad.

⁴³ MACHADO DE FREITAS, Carlos y otros. *Promoción de la Salud, Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2003. Pág 39

⁴⁴ IBID, pag. 171

La motivación económica parece ser clave pues, paradójicamente, se empieza a pensar en la promoción en un contexto de debilitamiento económico y se postula como una de las tesis principales la autonomía de los sujetos y de los grupos sociales; pero, ¿qué tipo de autonomía era la que se pretendía construir? , efectivamente una que iba a reforzar “la tendencia de disminución de las responsabilidades del Estado, delegando, progresivamente a los individuos, la tarea de tomar cuidado de sí mismos”⁴⁵. Esta posición reducía la salud a la dimensión netamente individual y se les entregaba a los sujetos, bajo el discurso de los derechos ciudadanos, el encargo de responsabilizarse por sí mismo y sus situaciones de vida.

Históricamente, y debido a una concepción medicalizada y paternalista, la salud⁴⁶ fue concebida como una prerrogativa exclusiva del personal sanitario, lo cual no generaba en la población la noción de autocuidado, facultando a los “técnicos de la salud” para tomar el control absoluto y generar un elevado nivel de dependencia de los sistemas profesionales de atención.

No puede desconocerse que esta situación se mantuvo con fuerza durante mucho tiempo; sin embargo, el nuevo modelo que se estaba gestando, influenciado notablemente por condicionantes económicos, no vino precisamente a dar por terminada esta situación, al menos no en primera instancia.

No es difícil deducir que pudo haber surgido como una estrategia política, que permitiría regular la economía de los Estados, delegando a instancias no gubernamentales y miembros de la sociedad civil las responsabilidades de hacerse cargo de su propia salud.

La promoción, así entendida, desde las sociedades occidentales, vino a reeditar el modelo preventivo. Acogiendo nuevos discursos relacionados con la participación, la ciudadanía, las autonomías, entre otros, le dio a la prevención otros matices pero, en esencia, las prácticas desde este modelo no variaron. El paternalismo en el ámbito sanitario se mantuvo.

⁴⁵ MACHADO DE FREITAS, Carlos y otros. *Promoción de la Salud, Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2003. Pág 48

⁴⁶ Que dio paso al llamado altruismo sanitario, mismo que vino a generar ciertos paliativos pero no generó en las poblaciones una verdadera organización política.

La década de los 80 fue el escenario para el posicionamiento de la promoción como estrategia elemental dentro del campo de la salud pública, esta vez bajo nuevas directrices. En 1986 se reunieron en Ottawa, Canadá, representantes de los Estados Unidos y de países de Europa occidental, y redactaron la Carta de Ottawa, que postula la promoción de la salud como una estrategia fundamental orientada a proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para que tengan mayor control sobre su vida y su salud, mediante la elaboración y puesta en marcha de políticas públicas saludables que identifiquen como principales líneas de acción la creación de ambientes favorables a la salud, activar la acción comunitaria y de todos los actores involucrados.

En este ámbito, la estrategia de la promoción de salud a diferencia de la prevención de las enfermedades buscaría transformar prácticas sociales⁴⁷, orientándose hacia la innovación de procesos individuales, de toma de decisiones (participación), al conjunto de acciones colectivas con la finalidad de favorecer la salud y mejorar los estilos de vida, garantizando no solo la ausencia de enfermedades, sino la potenciación de capacidades (producción de conocimiento e innovación tecnológica).

Las prácticas sociales no pueden ser encontradas en otro espacio que no sea el de la vida cotidiana; éstas se asientan en la base de los imaginarios y representaciones que construyen los sujetos y que a la vez los construyen a ellos.

Aquí radica la importancia básica de la promoción que, desarrollada en un contexto más amplio, da paso a fomentar la prevención, pero ya no una prevención de tipo netamente difusionista sino ligada a un proceso contextual.

La promoción busca lograr un proceso de reflexión, primero a nivel conceptual y consecuentemente a nivel pragmático. Estos espacios de reflexión no pueden darse en ambientes individuales o a modo de simple información, sino más bien en el ámbito de las relaciones fortaleciendo las formas de organización.

Fundamentada en la idea de que la salud está relacionada con la complejidad social que atraviesa a los sujetos, la promoción sostiene como objetivo permanente, generar un

⁴⁷ Las prácticas sociales tienen que ver con los factores económicos, políticos, culturales, relacionales, de comunicación, etc. En fin, constituyen todo el conjunto de experiencias, conocimientos y vivencias de los sujetos en sus situaciones concretas de existencia.

óptimo nivel de vida y de salud. La ausencia de enfermedades no es suficiente. Su origen sería la salud propiamente dicha.

A partir de estos argumentos, recurrir a líneas o estrategias preventivas de atención involucra, elementalmente, conocimientos técnicos y responsabilidades centradas en los profesionales de la salud; mientras que el hecho de buscar el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas implicaría, desde una estrategia de promoción, el protagonismo de “individuos no técnicos” en conjunto con la acción de entidades estatales y gubernamentales responsables de favorecer condiciones de vida saludables, mediante políticas públicas.

La estrategia de promoción presenta matices mayoritariamente sociales y, al menos en el campo de las reflexiones teóricas, busca incidir en el plano político pues se presenta como una alternativa de mediación entre los sujetos, su entorno y su ambiente⁴⁸, fortaleciendo el protagonismo social sin excluir la responsabilidad gubernamental.

La promoción está pensada para lograr la inclusión de todos los sectores en el fortalecimiento de los sistemas de salud, de allí la necesidad de que ésta sea asumida como una responsabilidad, tanto de la población organizada como de agentes de otras áreas sociales, fundamentalmente, gubernamentales. “Esta posición es consecuencia de la visión de que la salud tiene determinaciones sociales, económicas, políticas más amplias que simplemente la herencia genética, la biología humana y los factores ambientales más inmediatos”.⁴⁹

En definitiva, el Estado debe volver a hacerse responsable de la salud, dejar de proteger los capitales y volver a preocuparse por la protección de los sujetos.

⁴⁸ El entorno es elementalmente social mientras el ambiente incluye la naturaleza en sí misma. Entorno y ambiente constituyen el contexto.

⁴⁹ MACHADO DE FREITAS, Carlos y otros. *Promoción de la Salud, Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2003. pág 43

3.1.1 Perspectivas culturales y el papel de la participación en la promoción de salud mental

Según Moffatt, la “cultura es el conjunto de explicaciones compartidas que organizan la sucesión azarosa de la realidad y permiten coordinar las conductas grupales”⁵⁰. La construcción de la cultura permite al ser humano dirigir sus actividades cotidianas, compartir experiencias, entenderlas y organizarlas en función de sus propias representaciones simbólicas.

Al ser una construcción específicamente humana, es producto de acciones de actores sociales específicos en momentos históricos determinados, por ello, pretender explicar y entender la cultura sin incluir la realidad concreta de los actores que la construyen, constituye un grave error. Ésta se edifica desde la cotidianidad misma, solo puede ser creada con y junto a los otros, pero al mismo tiempo es una construcción socio-histórica, es decir, deviene de la historia de la humanidad.

Puede pensarse la cultura como una de las mayores expresiones de encuentro dialógico con los otros, un encuentro que hace posible que todos los miembros de una comunidad establezcan consensos⁵¹ a nivel del uso de símbolos, prácticas, creencias, etc. Elementos que tienen la capacidad de cohesionar, unir, identificar y fortalecer vínculos. Ciertamente no presenta de manera exclusiva elementos manifiestos o evidentes, pues es esencialmente un sistema de significados, como lo afirma Eduardo A. Vizer: “en el interjuego entre las experiencias vividas, las creencias y las acciones se produce el sentido (...) este proceso se establece en forma eficaz y sólida en la vida cotidiana (...)”⁵². El campo de las representaciones simbólicas hace posible la creación de un sistema de valores, ideas, sentidos, significados y significaciones que dinamizan la vida de un grupo y promueven su interacción.

Entonces, la cultura no solo determina los aspectos externos de la conducta social sino, por sobre todo, la vida interna donde se entretejen los significados que posteriormente

⁵⁰ MOFFATT, Alfredo. *Terapia de crisis*. Ediciones Búsqueda. Buenos Aires. 1982. pp. 23

⁵¹ Es necesario precisar que la construcción de un símbolo sin embargo es una construcción en el orden de la arbitrariedad, y que la convención social de un símbolo es el resultado de internalizarlo a partir de su uso social.

⁵² VIZER Eduardo A. *La trama (in) visible de la vida social: Comunicación, Sentido y Realidad*. La Crujía, 2006, pag. 38.

se transforman en materialidad y toman forma en prácticas culturales concretas. En este proceso cobra importancia uno de los dispositivos fundamentales de la cultura –el lenguaje–: el lenguaje simbólico empleado para transmitir los elementos culturales y sostenerlos en el tiempo, “los símbolos son fuentes de información externa que los humanos utilizan para comprender y ordenar su entorno físico y social, pues no pueden operar sobre la base exclusiva de sus condicionamientos biológicos”⁵³.

Las percepciones en torno al mundo, la naturaleza, las relaciones, etc, están condicionadas por la cultura, misma que “canaliza también las respuestas psicológicas de los individuos a través de creencias, costumbres y ritos”⁵⁴.

Las percepciones en torno a lo estético, a lo moral o lo ético emergen de los consensos sociales logrados en la cultura que establece determinadas formas de conducta como aceptables, que destaca unas y subordina otras. En fin, es en el escenario cultural donde se instauran los criterios de convivencia social regidos a un marco de normativas, que vigilan su cumplimiento y sancionan su inobservancia.

Así la cultura puede llegar a constituirse en un escenario de control.

Freud sostiene que: “la cultura es todo el saber y el hacer que el hombre pone en acción para extraer de la naturaleza los bienes necesarios a su existencia. La distribución justa o arbitraria de estos bienes, forma parte fundamental de la cultura. Y dado que el hombre puede ser objeto de sometimiento, tanto en su fuerza de trabajo, como en su condición sexual, esto constituye un aspecto importante de la cultura...”⁵⁵.

Analizar desde esta perspectiva el ámbito cultural, nos conduce a mirar la complejidad de la naturaleza humana que, por un lado, requiere necesariamente del escenario cultural para existir, y por el otro encuentra en éste una fuente de conflicto permanente. La consideración de la cultura como un sistema simbólico permite acceder a un mayor entendimiento de los “universos de sentido” que los seres humanos construyen para dar significación a su vida.

⁵³ GUERRERO, Patricio. *La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia*. Abya- Yala 2002. UPS. Quito.pág 75

⁵⁴ DEFHEY Denisse, *Duelo por un niño que muere antes de nacer*, capítulo III el duelo. Prensa médica. 1985. pág. 54

⁵⁵ FREUD, Sigmund . *El malestar en la cultura*, 1930

El tema de la salud y la enfermedad no escapa a este universo de representaciones que se originan en la vida cotidiana, esta vida cotidiana que tiene lugar precisamente en un contexto cultural. Cada cultura construye de manera diferente sus representaciones.

Si hablar de salud, en términos generales, constituye una tarea complicada, más aún poner a discusión el abordaje de la salud mental, en tanto ello implica mirar las construcciones y prácticas sociales desde las, aparentemente, más simples hasta las más complejas. Para hablar de salud mental es preciso reconocer que toda construcción halla su origen o deviene de una cosmovisión, de un sistema de representaciones que hacen posible la existencia social.

Partir de estas representaciones, para generar procesos de promoción de salud y salud mental, específicamente, es imprescindible. No se trata de establecer parámetros preestablecidos e imponerlos, sino conocer a partir de la experiencia particular de los sujetos cómo se entienden y se explican los procesos relacionados con su propia salud, las relaciones culturales que los atraviesan, los símbolos, los lenguajes utilizados. Se trata de inscribir la promoción en los escenarios más habituales de existencia, procurando la reflexión permanente de los estilos de vida, con miras a mejorarlos y generar procesos saludables individual y colectivamente.

Ahora bien, ¿de qué forma la cultura es compartida a los nuevos miembros de una comunidad? Se ha reflexionado ya sobre la cultura como fuente de diálogo y encuentro es, precisamente, en el acto dialógico donde los miembros de un grupo llegan a identificarse con sus matrices culturales cobrando sentido, desde este contexto, el cuento, el mito, la leyenda que no son más que expresiones de la cultura elaboradas de tal forma que buscan maravillar a quien las escucha, que propician el encuentro y fortalecen vínculos.

Así nacen diversos escenarios de aprendizaje de la cultura, donde las instituciones sociales tales como la familia, la escuela, entre otros, juegan un rol primordial.

Si bien es cierto que estos espacios constituyen fuentes importantes de aprendizaje y de socialización de los elementos culturales, pasan también a convertirse en escenarios de discusión de la misma cultura, así como de elaboración de nuevos discursos que reeditan las representaciones culturales.

Otras formas de discusión son aquellas que surgen como reaccionarias a ciertos elementos que no son compartidos por todos los miembros de un grupo. Al construirse en el orden de la arbitrariedad, la cultura, genera inevitablemente estas formas de contraposición que implican también una relectura de los elementos que la constituyen. La cultura pasa por ser lugar de encuentro pero al mismo tiempo, lugar de conflicto.

Al ser un proceso dinámico, la cultura está en permanente cambio, construcción y deconstrucción continua. Propicia nuevos espacios de análisis, enmarcados en un contexto de participación en la medida en que nacen para discutir problemáticas, analizarlas y proponer mecanismos que logren combatirlas.

La participación surge precisamente cuando estos cambios que se producen en la cultura traen consigo factores poco favorables para la estabilidad de la misma, por tanto la participación se vincula a la política y la política es una acción (decir y hacer) que busca transformar relaciones de poder. Este es el caso de las llamadas “emergencias sociales” que promueven la movilización ⁵⁶social y propician cambios a partir de enunciar las conflictividades, que usualmente están relacionadas con la carencia de objetos culturales, que impiden la satisfacción de las necesidades.

“Las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia, tan propia de los seres humanos(...)en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad, y más aún, pueden llegar a ser recursos(...) la necesidad de participar es potencial de participación, tal como la necesidad de afecto es potencial de afecto”⁵⁷. Así describe Max Neef (citado en el texto de Bustos César), la importancia de la participación en el contexto de cambio social. Sin embargo como manifiesta Ana Gloria Ferullo, “la participación es una noción joven en el pensamiento occidental ya que es a partir de la modernidad cuando se logró su visibilidad, en consonancia con los cambios socio- históricos de esa época”⁵⁸

La participación en el ámbito de la psicología empezó a estudiarse aproximadamente a partir de la década de los setenta, acogida por la psicología social.

⁵⁶ Movilización en el sentido de que incitan a la acción social, a la participación.

⁵⁷ BUSTOS, Hermida César. *Gestión Social para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador. La equidad es posible*. CONASA. Quito, 2005. Pág 21

⁵⁸ FERULLO De Parajón, Ana Gloria. *El Triángulo de las Tres “P”. Psicología, Participación y Poder*, Paidós, Primera edición. Buenos Aires, Argentina. 2006. Pág 31

Paralelamente, surge en Europa y América Latina la necesidad de promover la participación social en distintos niveles, es una época en la que florecen una serie de movimientos con miras a redefinir las estructuras sociales vigentes.

Precisamente en éste período se empiezan a cuestionar los modelos de desarrollo dominantes, y en el plano de la salud, se propone la redefinición de los modelos de salud pública.

Según manifiesta Ferullo, Wadersman define la participación como el “proceso mediante el cual los individuos toman parte en la toma de decisiones de las instituciones, programas y ambientes que los afecta”⁵⁹ Esta definición deja notar un nuevo elemento que viene a caracterizar la participación social: la toma de decisiones.

Pero hay autores que sugieren que la participación no siempre implica toma de decisiones y han establecido grados de participación, llegando a definir que uno de ellos y quizá el más simple, tiene que ver con la “curiosidad no obstaculizadora, no compromiso”. Si bien “el estar en” y no participar, se constituye en un primer paso potencial de participación concreta, no se ejecuta en su totalidad.

Ciertamente la participación no es, de ninguna manera, un proceso siempre armónico y estable, pero está claro que ciertos discursos abordan los llamados “niveles de participación” con el fin de argumentar que la gente “participa”, cuando en realidad su participación se limita a ciertos escenarios que no llegan a tener mayor trascendencia.

Hablar de participación en el área de la promoción de salud implica discutir sobre el contexto de las instituciones, la familia, la economía, la política, las relaciones y las formas de organización comunitarias; en definitiva, conduce a mirar la salud desde una perspectiva diferente.

Para Hernández, citado en el texto de Ana Gloria Ferullo, la participación es analizada desde tres perspectivas vinculadas entre sí: el ser parte, el tener parte y el tomar parte. Esta visión se acerca a lo que podría considerarse una ruptura con las viejas concepciones en torno a este ámbito, ejemplifica el proceso que idealmente se busca obtener en el contexto de la participación propiciando, si se quiere, una “redistribución de la locura” (*Psicoterapia del Oprimido*) de la que habla Moffatt, trasladada al campo

⁵⁹ IBID, Pág 39

de la participación. Que significa redistribuir la carga de responsabilidad en el surgimiento de los malestares al interior de una comunidad, que claro está tiene que ver con factores estructurales.

A partir de estas acciones es posible darle un nuevo sentido a la política y decir con toda firmeza aquello que menciona Ana Gloria Ferullo: “toda participación, en definitiva, es política por cuanto siempre están en juego cuestiones del poder”⁶⁰

En la medida en que la promoción de la salud se define como el “resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población en el contexto de su vida cotidiana”⁶¹ y la promoción de la salud mental, considerada como una estrategia “caracterizada por un enfoque positivo que está dirigido a involucrar a las personas y empoderarlas para mejorar la salud de la población”⁶², es fácil notar que lo que se postula a través de estas concepciones es la importancia de la participación social organizada para alcanzar los niveles requeridos de cambio en las poblaciones.

Pero la participación dentro del campo de la salud, no solo posibilita que los sujetos se impliquen en su propia vida y en la de su comunidad, sino que tiene que ver de manera directa con la potenciación de sus capacidades, abordar el tema de la memoria histórica, la revitalización de los saberes comunitarios. En definitiva, significa integrar todas las partes de un todo que se encuentra fracturado, promoviendo la creación de nuevas prácticas comunicacionales, de nuevas narrativas a nivel institucional, comunitario e individual.

3.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

En capítulos anteriores se ha realizado un análisis respecto a los distintos modelos de atención en salud, los mismos que han respondido a emergencias sociales específicas. En vista de ello y partiendo del reconocimiento de que en el Ecuador, durante muchas

⁶⁰ IBID, Pág 45

⁶¹ Organización Panamericana de la Salud

⁶² Informe de la Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra, 2004

décadas, preponderó un sistema de salud basado en líneas biomédicas tradicionales, inequitativo e ineficiente, se comienza a plantear desde el año 1998- a partir de las reformas a la Constitución Política- una serie de innovaciones en el sector salud.

En el Artículo 23 de la Constitución Política se destaca ya “el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, la alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios”⁶³; así como también las responsabilidades del Estado en cuanto a “la vigilancia de los derechos humanos, la protección del medio ambiente, la erradicación de la pobreza, entre otros, siendo la salud un componente primordial”⁶⁴.

En este marco y frente a los avances alcanzados, al menos en teoría, se aprueban en el país en el año 2002, la Política Nacional de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que propugnan primordialmente, en correspondencia con los principios internacionales, que “la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables”⁶⁵.

“Estos procesos plantearon la alternativa nacional en el contexto y tendencias de la globalización económica, social y cultural en la que se debatía el mundo”⁶⁶ y comenzaron a incluir los criterios de equidad y a enfatizar la noción de integralidad en el campo de la salud.

Asimismo, con la finalidad de romper con el viejo centralismo que ha caracterizado a las instituciones públicas, y bajo la consigna de garantizar el cumplimiento de la equidad en el nuevo modelo de atención, se propuso la creación de los Consejos Cantonales, Provinciales y Nacional de salud, cuya apertura a la participación civil permitiría fortalecer el nuevo sistema que se estaba implantando.

⁶³ BUSTOS, Hermida César. *Gestión Social para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador. La equidad es posible*. CONASA. Quito, 2005. Pág 88

⁶⁴ IBID

⁶⁵ Ley Orgánica de Salud, Art 3

⁶⁶ IBID. Pág 75

La apuesta por la interinstitucionalidad significó un gran paso hacia la fracturación del centralismo y el reconocimiento de lo local como complemento de los procesos de satisfacción de las necesidades reales de la población. La descentralización, entendida como la creación de entidades independientes del gobierno central, se convirtió en uno de los pilares básicos del naciente modelo de atención de salud pública.

Por otro lado, la necesidad de redefinir la concepción de desarrollo inseparable de la noción de salud, comenzó a ser visualizada desde otra mirada “(...) la equidad no es alcanzable solo desde el sector salud, por lo tanto es imperativo establecer un acuerdo nacional para la salud y la vida en el marco de uno integral para el desarrollo”⁶⁷

La actual Constitución Política también incluye estos principios en el tema de salud y, además, da más fuerza a la gratuidad y universalidad de los servicios médicos. Junto con la noción de participación, descentralización y equidad se plantean principios reguladores del nuevo modelo de atención: la calidad y la eficiencia.

En este contexto se propone el “*Modelo de Atención Integral e Intercultural en Salud Familiar y Comunitaria*”, enfocado prioritariamente a la Atención Primaria y Promoción de la Salud.

La atención primaria de salud se define, desde este modelo como el “conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población”⁶⁸. Por otro lado, la promoción de la salud se sustenta en las definiciones dadas por las OPS y OMS como el proceso mediante el cual se busca promover estilos de vida saludables y la corresponsabilidad de todos los actores para lograrlo.

El enfoque familiar parte del reconocimiento de la naturaleza bio- psico-social de los sujetos, abordados como miembros de un grupo familiar y atravesados por un contexto socio cultural y político determinado. Además otorga a la familia un rol fundamental como instancia mediadora entre el sujeto y la comunidad en general.

Igualmente plantea el reconocimiento y práctica de conocimientos ancestrales en cuanto a la salud. “el enfoque intercultural promueve el respeto a la cultura de los usuarios (sus particulares percepciones, hábitos y costumbres respecto al proceso de salud y

⁶⁷ Política Nacional de Salud. Congreso por la Salud y la Vida. Quito. Mayo, 2002.

⁶⁸ Modelo de Atención Integral e Intercultural en Salud Familiar y Comunitaria. MSP - 2007

enfermedad) y promueve la articulación de las distintas medicinas (“occidental”, tradicionales, ancestrales, alternativas) permitiendo una deseable complementariedad de las acciones y la elección del sistema médico donde los usuarios prefieran ser atendidos”⁶⁹.

En coherencia con los principios internacionales de atención de salud el nuevo modelo *de Atención Integral e Intercultural en Salud Familiar y Comunitaria* del Ministerio de salud del Ecuador, plantea como principios básicos la eficiencia y calidad de la atención, para lo cual se estructuran varios niveles de atención: la atención ambulatoria de primer nivel; la atención hospitalaria y ambulatoria de mediana complejidad, correspondiente al segundo nivel; y la atención especializada de máxima complejidad, perteneciente al tercer nivel.

Pero, ¿cuál es el sentido de eficiencia y calidad en este modelo? ¿Se trata de eficiencia en el sentido de lograr mayor productividad del sector médico mediante la optimización de recursos, incluido el tiempo de atención o eficiencia relacionada con el bienestar y satisfacción completa de las necesidades del paciente? No resulta extraño que puedan generarse varias formas de interpretar estos conceptos, pues la conceptualización a la base de la construcción del modelo, no es lo suficientemente clara, lo cual dificulta su entendimiento.

Se ha dicho que “la salud de los ecuatorianos ha sido abordada por mucho tiempo solo desde el punto de vista de los servicios de salud, con una visión eminentemente curativa y asistencial, sin la participación social”⁷⁰. En este nuevo modelo la participación social busca posicionarse como un eje transversal, encargando a las instituciones intersectoriales la responsabilidad de crear mecanismos que la promuevan y la activen, favoreciendo el involucramiento de los colectivos no solo como portadores de las necesidades reales, sino también como sujetos capaces de plantear propuestas e involucrarse en la toma de decisiones.

Uno de los pilares básicos del Modelo de Atención Integral e Intercultural en Salud Familiar y Comunitaria es, conjuntamente con la Atención Primaria, la Promoción de la Salud.

⁶⁹ IBID

⁷⁰ Cuarto boletín informativo de salud. Comité intersectorial de salud. Identidad gráfica. Cotacachi-Ecuador. Septiembre del 2000. Pág 21

El Plan Integral de Salud la promoción prevención, y recuperación de la salud (MSP) se fundamenta en la idea de que la resolución de los conflictos y problemáticas sociales no pueden darse de manera unilateral sino que, se requiere de la coparticipación y movilización social. Dentro de este plan la promoción de la salud ocupa un lugar importante, estableciéndose como una línea estratégica: el diseño y ejecución de programas de promoción a nivel nacional, regional y local.

Pero ¿qué es un modelo de atención?

Como se mencionaba en reflexiones anteriores, el Modelo de salud que actualmente tenemos, no presenta una clara conceptualización sobre su propia naturaleza, cuáles son sus implicaciones, de dónde se desprende la base filosófica, teórica de la cual nacen todas las estrategias y herramientas para cumplir con los objetivos planteados.

Frente a este vacío epistemológico en la construcción del Modelo, me permito plantear algunos aspectos que debe incluir un modelo de atención en salud:

- En el caso específico de la salud, un modelo se refiere a la forma en que se organizan los recursos sociales, no para enfrentar un determinado problema, sino, por sobre todo, para preveerlo.
- Involucra juicios y valoraciones respecto a la salud y la enfermedad, desde qué posición filosófica, ideológica, cultural, se estructuran las nociones de salud.
- Debe construir una visión sobre los sujetos, es decir, cuál es su concepción de sujeto, la posición que éste ocupa en el mundo y su rol en la sociedad.
- Por último, es imprescindible determinar, una vez sustentada la base filosófica del modelo, cuál es el papel que debe cumplir la ciencia para hacer posible el cumplimiento de los objetivos planteados.

Modelo de Atención desde el presente proyecto de Promoción de Salud

Definición.-

Es un modelo de Atención Integral en Salud, enfoca la atención a las personas como un proceso continuo que prioriza la promoción y protección de su salud, con acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente que le rodea.

Busca generar iniciativas de cambio en la misma cultura, mediante espacios de socialización, contribuyendo a mejorar su calidad de vida en todos los espacios donde se desenvuelven.

Propósitos.-

El Modelo de Atención Integral de Salud, busca contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población respondiendo a los siguientes propósitos:

- Reducir las brechas en la situación de salud y el acceso a los servicios de salud en la población de Tigua.
- Responder a las expectativas de la población partiendo de sus propias percepciones, imaginarios y necesidades en el campo de la salud y procurar una atención con calidad, calidez y respeto

Objetivos.-

Los objetivos que persigue el Modelo a partir del cual se ha pensado este proyecto son los siguientes:

1.- Contribuir al mejoramiento las condiciones de vida de las comunidades de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante la promoción de la salud desde sus propias percepciones y necesidades. Es decir, lo que se pretende es mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez capaces de generar cambios individuales, familiares y comunales, con énfasis en la promoción de la salud.

2.- Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población. Uno de los mayores problemas en torno al sector salud en estas zonas ha sido básicamente, la limitada atención a las problemáticas más cotidianas de la gente. El mejoramiento de las

condiciones de salud de una población toma en cuenta las necesidades de salud de la misma. Esto implica el carácter de consenso que debe tener el proceso de atención a la salud, identificado con lo que se conoce como “producción social de la salud”, en la que la población lejos de ser objeto de la atención es el principal sujeto y protagonista.

3.- La participación comunitaria: del latín “participare” significa tomar parte. El diccionario de la Real Academia Española define la participación como “la acción de tomar parte en algún asunto en el que se tiene parte”. La participación comunitaria es el proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario, entonces, es un proceso social, donde un grupo con necesidades compartidas, comunes, que se identifican entre sí, toman decisiones y establecen mecanismos para solucionar esas necesidades. La participación comunitaria va mucho más que “contribuir” con un trabajo; es participar en la toma de decisiones, elegir un proyecto comunitario o grupal, planificarlo, implementarlo, gestionarlo, supervisararlo y evaluarlo. Los profesionales involucrados solo deben facilitar los procesos.

3.- Mejorar la calidad de los Servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana. Recuperar la integridad de las personas

4. Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Debido a que la salud no es el resultado de la acción de un Ministerio, ni de un sector en particular, el Modelo de Atención Integral en Salud contempla un enfoque intercultural que promueve el respeto por los saberes de la comunidad en interrelación con producciones de conocimiento distintas..

¿Dónde radica la integralidad?

✚ Atención en la salud y no solo en la enfermedad: requiere que se identifique de manera adecuada la gama completa de necesidades de salud, que se identifiquen los

factores, tanto de riesgo como aquellos protectores a la salud, teniendo en cuenta sus intereses y particularidades culturales.

- ✚ El reconocimiento de la persona como un ser bio- psicosocial: contempla a la persona como un ser bio-sicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones. La persona está inmersa en una familia y ésta a su vez se debe a una comunidad que es el escenario de las interacciones y el reconocimiento con los otros. Esta comunidad responde a una determinada cultura que modela la personalidad y las relaciones..
- ✚ Trabajo con equipos multidisciplinares.- El trabajo en el campo de la salud requiere un proceso coordinado entre distintos profesionales en esta área.

Componentes de la Atención

1.- Atención centrada a los individuos: Las acciones se organizan en función al desarrollo sano de las personas según el grupo étéreo al que pertenezcan.

2.- Atención centrada en la familia: La familia es la institución social básica, es el escenario preciso para el inicio de la socialización. En su interior la familia tiene diferentes roles y funciones como la transmisión de valores y conductas, el desarrollo de lazos tanto afectivos como emocionales y la interacción con el sistema social. Es en la familia donde se fomenta la salud o se genera la enfermedad. Lo que se busca, por tanto, es identificar factores de riesgo en el seno de la familia a fin de promover espacios de capacitación en el auto cuidado de su salud y en el apoyo entre sus miembros.

3.-Atención centrada en la comunidad: Las necesidades de salud de la comunidad se basan en un contexto socioeconómico, por lo que la identificación de dichas necesidades requiere conocer también ese contexto. Así, se busca que la comunidad, y sus miembros, participen tanto en los espacios de gestión de la salud, como en las acciones que fortalecen su propia salud, poniendo énfasis en las iniciativas de entornos saludables.

4.- Atención al medio ambiente físico y ecológico

Un modelo integral de salud, en coherencia con su principio de integralidad debe reconocer en su naturaleza el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y

adecuado. Una de las líneas de acción que permitiría alcanzar este propósito, está ligada directamente con el rescate de la visión andina de la relación intrínseca con la naturaleza.

CONCLUSIONES

Una breve mirada del sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, deja relucir una realidad bastante problemática caracterizada principalmente por el acceso inequitativo a los servicios, bajas coberturas de atención, centralismo, paternalismo de instituciones públicas y privadas, en fin, el predominio de un modelo de atención curativo y biólogo.

No obstante, desde hace ya algunos años empieza a florecer en el discurso gubernamental del Ecuador, así como de otros países de la región, una especie de preocupación por vincular los estados de salud con condicionantes de tipo económico, social y cultural. Aproximadamente a partir de 1995, la OPS junto con otros organismos internacionales vieron pertinente comenzar a generar reformas en el sector salud, tomando como criterios básicos la equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

En este contexto se plantea en el país dar paso a un modelo de atención que se ajuste a los nuevos criterios y que asuma el gran reto de transformar, no solo las prácticas médicas, sino la concepción misma de los procesos de salud-enfermedad, recuperando la discusión teórica sobre este fenómeno que, normalmente ha sido asumido en el marco de atención a la enfermedad, más que la potenciación de la salud.

La posibilidad de pensar en estrategias que cubran de una mejor manera las necesidades de los diferentes sectores sociales, involucra la necesidad de abordar la salud desde escenarios de trabajo diferentes. Por primera vez, se pone de relieve la discusión sobre el carácter histórico, social y cultural de la salud, mismo que implica dirigir la mirada hacia los espacios más cotidianos, en los que tanto individual como colectivamente se entretienen actitudes y procesos que no pueden ser desconocidos al momento de impulsar acciones a favor de la población.

Este nuevo panorama de trabajo tiene que ver con una reestructuración de funciones y atribuciones políticas y financieras entre los actores institucionales, pero también da cuenta de un discurso de participación comunitaria que pretende garantizar el logro de una mayor eficacia en el uso de recursos y rescatar las necesidades particulares de la población para apoyar la implementación de acciones acordes a sus requerimientos.

Cabe reconocer que se han dado importantes avances en cuanto a las reformas en el ámbito de la salud, empezando por la iniciativa de romper la noción de “médico de hospital” y procurar la atención directa a los sujetos en sus espacios cotidianos, a través de la conformación de los llamados Equipos Básicos de Atención de Salud EBAS⁷¹.

Así también el enfoque de interculturalidad, que busca promover el respeto a la cultura de los sujetos, sus concepciones y prácticas de salud y enfermedad, ha dado paso a la movilización de sectores que ven en este principio un reconocimiento legítimo de sus saberes y la posibilidad de reducir brechas entre los sectores populares urbanos, indígenas y los conocimientos aportados por la medicina occidental.

Sería erróneo dejar de reconocer los logros que el nuevo modelo de atención del MSP del Ecuador ha generado a partir de su instauración, sin embargo, es preciso también preguntarse ¿de qué forma es posible enfrentar los retos que suponen enfocar a la salud desde una perspectiva histórica, sin caer en el riesgo de reanudar un modelo de atención sostenido en una mirada médico hospitalaria, con todo lo que ello implica en la concepción de sujeto y el fenómeno salud- enfermedad?

Esta interrogante surge desde el reconocimiento de que son muy pocos los sectores que han logrado desarrollar verdaderos procesos de reestructuración y reforma del sector salud en el país, uno de ellos es Cotacachi en la provincia de Imbabura. Caracteriza a estos sectores un gran nivel de organización comunitaria, apoyo de los gobiernos locales y alto porcentaje de población indígena. También es un factor común el escaso apoyo del gobierno central, lo que limita las iniciativas de organización. ¿Cómo manejar entonces el problema de la cobertura?

Y qué decir respecto al trabajo multidisciplinario, cuando los equipos básicos de atención en salud incluyen un médico, un odontólogo y una enfermera, ¿dónde está el

⁷¹ <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/807-se-difunde-modelo-de-atencia-n-en-salud/> **Fecha de Publicación: 2008-08-16 06:07**

trabajo multidisciplinario? se mantiene el dominio de la figura médica como eje central del que parte cualquier acción institucional en torno a la salud.

La acción de profesionales como psicólogos, sociólogos, antropólogos, entre otros queda subordinada al saber médico. Asimismo los altos índices de corrupción y burocracia, al igual que la escasa decisión política de los gobiernos en los últimos años han dejado sin fundamento varias leyes que fueron creadas con el fin de apoyar, tanto el acceso equitativo como la descentralización de los sistemas de salud.

Este es el panorama, en los actuales momentos, de un proceso que se inició con el propósito de lograr cambios reales en el sistema de salud pública y que, al ser tan complejo que requiere el involucramiento real y comprometido de todos los actores sociales.

CAPITULO IV

DISEÑO DEL PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre de la Organización que presenta el proyecto	Universidad Politécnica Salesiana- Sede Quito. Campus Girón. Carrera de Psicología- Mención Social y Comunitaria.
Nombre del Proyecto	Proyecto de Promoción de Salud Mental en la zona de Tigua, Provincia de Cotopaxi.
Dirección – mail	martinajackeline1986@yahoo.es
Instituciones asociadas	Carrera de Psicología- UPS Departamento de Prácticas Hospital Claudio Bennati – Zumbahua
Nombre de las personas responsables del proyecto	Martina Zurita
Lugar y fecha de diseño del proyecto	Quito, 2010

1. RESUMEN EJECUTIVO

Ubicación	Zona: Tigua Parroquia: Guangaje Cantón: Pujilí Provincia: Cotopaxi
Problema	Débil atención en salud integral en la zona de Tigua, pues no se ha ejecutado un Modelo de Atención Integral de Salud.
Necesidades	Servicios básicos, apoyo en el área productiva, infraestructura escolar, atención en salud, etc
Destinatarios del Proyecto	5 Comunidades de Tigua: Yahuartoa Calerapamba Chami Cooperativa Casa Quemada Ugshaloma Grande
Objetivos	Objetivo General: Contribuir al mejoramiento las condiciones de vida de las comunidades de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante

	<p>la promoción de la salud desde sus propias percepciones y necesidades.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Promocionar la salud mental en la zona de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante un Modelo de Atención Integral de Salud.</p>
Tiempos y etapas de gestión e implementación	12 meses
Presupuesto	\$26.160,00
Monitoreo y evaluación	Responsable Equipo Técnico

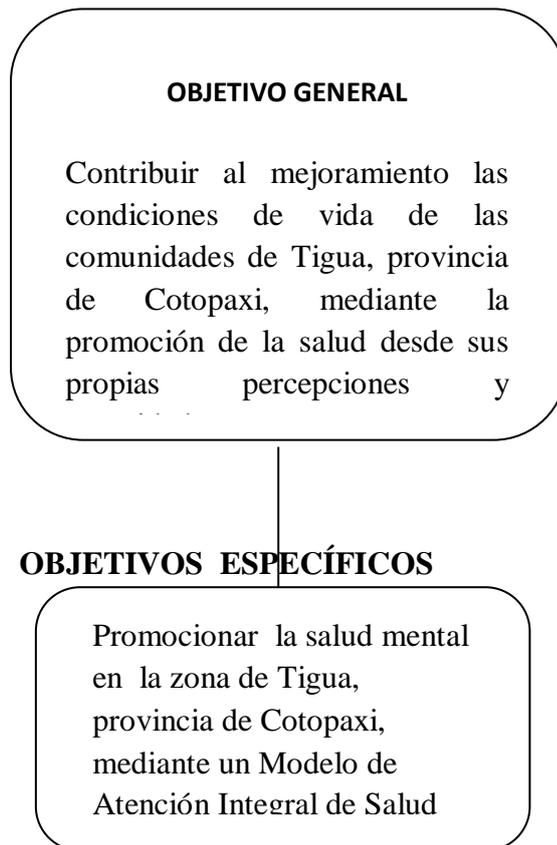
2. CONTEXTO GENERAL

Ubicación	<p>Zona : Tigua</p> <p>Parroquia: Guangaje</p> <p>Cantón: Pujilí</p> <p>Provincia: Cotopaxi</p>
Problema	<p>La salud mental en la zona de Tigua, no es abordada de manera óptima desde los Organismos públicos, pues no se ha ejecutado un Modelo de Atención Integral</p>

	de Salud.
Necesidades	Servicios básicos, apoyo en el área productiva, infraestructura escolar, Centros de salud, etc
Destinatarios del Proyecto	5 Comunidades de Tigua: Yahuartoa Calerapamba Chami Cooperativa Casa Quemada Ugshaloma Grande
Antecedentes, otros intentos	Se ha intentado realizar Proyectos relacionados con salud mental: maltrato intrafamiliar, depresión en mujeres, alcoholismo, entre otros. Ninguno de ellos se ha concretado.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> - Acogida de la comunidad para llevar a cabo el Proyecto. - Disponibilidad de las Instituciones asociadas. - Posibilidades para conseguir el financiamiento necesario.
Innovación	El Proyecto propone el diseño de un nuevo Modelo de Atención en Salud, Integral y que responda al contexto socio-

	cultural.
--	-----------

3. DATOS OPERATIVOS



4. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

4.1 ORGANIZACIÓN SOLICITANTE

Comunidades indígenas de Tigua- Provincia de Cotopaxi: Yahuartoa, Calerapamba, Chami Cooperativa, Casa Quemada, Ugshaloma Grande.

4.2 TÍTULO DEL PROYECTO

“Promoción de Salud Mental en la Zona de Tigua, provincia de Cotopaxi”.

4.3 UBICACIÓN DEL PROYECTO

- **Provincia:** Cotopaxi
- **Cantón:** Pujilí

- **Parroquia:** Guangaje
- **Sector:** Tigua

4.4 DURACIÓN DEL PROYECTO

12 meses

Fecha de inicio: enero 2011

Fecha de finalización: diciembre 2011

5. ORGANIZACIÓN PROMOTORA DEL PROYECTO

5.1 RAZÓN SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN

Martina Zurita

5.2 DIRECCIÓN

Instalaciones del Colegio “Jatari Unancha” de la Comunidad de Yaguartoa, perteneciente a Tigua.

5.3 TELÉFONO, FAX. CORREO ELECTRÓNICO

094151712

martinajackeline1986@yahoo.es

5.4 REPRESENTANTE LEGAL

Martina Zurita

5.5 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DEL PROYECTO

1 Psicólogo Social

Tentativo:

1 Médico

1 Unidad de Seguimiento y Evaluación

6. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

6.1 ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El antecedente a partir del cual se genera este trabajo, radica en una investigación realizada en la zona de Tigua, durante el período septiembre 2007- febrero 2008, como parte de las prácticas pre profesionales de la Carrera de Psicología con Mención en Social y Comunitaria. La investigación titulada *“Imaginarios acerca de la salud mental: el rol del psicólogo en la comunidad”*, se trazó como objetivos los siguientes:

- Conocer desde dónde se construyen los imaginarios en torno a la salud mental.
- Establecer el papel que juegan dichos imaginarios en la dinámica interna de la comunidad y
- Determinar si se le asigna o no un espacio al psicólogo dentro de la comunidad.

La investigación generó una serie de elementos en torno al tema (que se mencionan más adelante) y que sirvieron de base para el desarrollo de esta nueva propuesta que busca recoger todas las experiencias obtenidas en este camino de acercamiento a la comunidad y plasmarlas en acciones concretas que den sentido al proceso investigativo.

Trabajar sobre la base de la salud mental es, en sí mismo, una tarea compleja. Su concepción está sujeta a variaciones determinadas por las culturas, a procesos históricos específicos, cada época ha elaborado concepciones diferentes respecto a la salud mental. Pretender abordar el tema en una zona indígena, con una cosmovisión cultural diferente, resulta aún más complejo.

El hecho de que la Salud Mental no tenga un espacio relevante dentro de los planes y programas que maneja el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, constituye una grave preocupación en todo el país y las comunidades indígenas de la provincia de Cotopaxi, no escapan a esta realidad. Es así que, el Hospital “Claudio Bennati”, ubicado en Zumbahua, pese a todos los esfuerzos por brindar una atención de calidad a sus pacientes, no cuenta con los recursos necesarios para hacerlo, así lo explica su Directora, la Doctora Anita Villafuerte *“...Nosotros hemos estado en lo que es atención primaria en salud y no hemos tenido un especialista en esta área. Somos médicos*

generales, desde anestelistas, atención de partos, y nos es muy difícil entrar también en lo que es salud mental. Creo que eso lo debería hacer una persona que esté en el programa... hay muchas cosas que se salen de nuestras manos”⁷²,

El Hospital se encuentra ubicado aproximadamente a 30 minutos de la zona de Tigua, la cobertura de atención es, aproximadamente, de un área de 50000 habitantes, incluida toda la zona del Quilotoa, además recibe pacientes de ciudades como Latacunga, Sigchos y áreas de la Costa como Quevedo ,La Maná, Los Ríos, Valencia, etc. Esta Institución de Salud trabaja en convenio con el Ministerio de Salud Pública y la Diócesis de Latacunga, sin embargo, el apoyo que recibe por parte del Ministerio es mínima, “aproximadamente recibimos un apoyo de solo un 6% en lo que se refiere al manejo de dinero”⁷³, situación que dificulta aún más el poner en marcha un modelo de atención en salud integral para las comunidades.

Sus programas de salud se subordinan a aquellos que plantea el Ministerio: campañas de vacunación, tratamiento de tuberculosis, detección oportuna de cáncer pero, además, desde el hospital se han establecido equipos específicos para realizar de manera ambulatoria visitas a los enfermos crónicos en algunos sectores. Cuenta en su totalidad con médicos voluntarios provenientes de ciudades como Quito, Latacunga, entre otras.

Se conoce que en la zona existen una serie de problemáticas relacionadas con el tema de la salud mental. Se han evidenciado casos de depresión, sobre todo, en mujeres, maltrato intrafamiliar, “pacientes con alteraciones psiquiátricas importantes”⁷⁴, entre otros problemas que no son adecuadamente trabajados. Debido precisamente a las limitaciones en este campo de la salud, no existen registros sobre la regularidad de estos casos.

Frente a esta realidad y considerando que la salud, en último término, es sinónimo de vida, surge la necesidad de enfocar la mirada hacia las situaciones más cotidianas de la

⁷² Entrevista a la Doctora Anita Villafuerte

DIRECTORA DEL HOSPITAL CLAUDIO BENNATI DE ZUMBAHUA

⁷³ IBID

⁷⁴ IBID

vida de los habitantes de estas comunidades para poder generar también desde allí procesos integrales de salud.

No se puede hablar de un buen nivel de salud física ni mental en situaciones en que las personas no cuentan con una atención adecuada desde los organismos gubernamentales, en las distintas áreas: programas sanitarios, de vivienda, educación de calidad, salud integral, entre otros, que son básicos para generar el bienestar y por tanto mejorar las condiciones de vida de la población, más allá de los casos de enfermedad.

Los altos índices migratorios que se registran en estas comunidades y los efectos de este fenómeno a nivel de la organización comunitaria, familiar, así como a nivel identitario de los migrantes, también es otro factor que da cuenta de la necesidad de abordar este factor al interior de las comunidades.

Así nace esta propuesta, que busca vincular todos los elementos que forman parte de la vida cotidiana de los habitantes de Tigua y analizarlos como una totalidad que afecta directamente su accionar individual y colectivamente.

La investigación realizada en la zona, permitió visualizar algunos referentes de salud en la población:

Un elemento fundamental, que se ha podido identificar, sobre todo, en la población infante - juvenil, es la concepción de salud mental muy relacionada con el tema de la **prevención**: el cuidado del propio cuerpo, la higiene, la alimentación. Plantean reflexiones como:

- Responsabilidad de la propia salud.- físico, mental y emocional
- Cuidamos nuestra vida.
- Para no enfermar: lavarse las manos y las frutas, lavar la ropa, bañarse frecuentemente y barrer el patio.
- Alimentarse bien es vivir sanos.
- Ayudamos a los que están enfermos
- Las plantas nativas de la sierra sirven para curar a los animales y al ser humano.- respiración.

Resaltan también la importancia de mantener buenas relaciones interpersonales: bienestar familiar y entre compañeros, “es bueno estar con las familias”, “vivir felices amarnos y respetarnos”. “cuando estamos felices, alegres”⁷⁵. “*Cuando estoy alegre, cuando estoy con mi papi todos juntos*” (1Y) “*Cuando nos enojamos, nos hacemos de buenas; cuando hay tristeza conversamos entre nosotros*” (3 CQ) 76

De aquí, la importancia de analizar y reflexionar sobre las prácticas, dinámicas, imaginarios, entre otros, que viven los miembros de las comunidades indígenas de la zona de Tigua y que de alguna manera están fortaleciendo la salud en general y la salud mental, en particular.

A partir del reconocimiento e integración de todos estos elementos será posible el diseño de un proyecto de Promoción de Salud que se identifique con las percepciones, así como con las necesidades de los miembros de la comunidad.

7. CONTEXTO DEL PROYECTO

Delimitación Teórica

Se plantea trabajar a la base de la **Psicología Comunitaria**, orientada a generar procesos de transformación, de cambio al interior de las comunidades; transformación que, según Maritza Montero, una de las representantes de este enfoque, debe estar protagonizada por los mismos actores sociales que las conforman, “*esos actores sociales que tengan capacidad de decisión, el control de sus propias acciones y la responsabilidad por sus consecuencias*”⁷⁷ Del mismo modo, este accionar de los miembros de las comunidades, estaría orientado a la apropiación y cuestionamiento de sus “*prácticas cotidianas mínimas*”⁷⁸, es decir a una toma de conciencia alrededor de sus propias vivencias.

De ahí que se pretende, para este proyecto, considerar tanto aquello que los miembros de la comunidad consideran como fuentes de salud, como aquello que no es visualizado como importante.

⁷⁵ Reflexiones de niños y jóvenes del Colegio Jatari Unancha/ Taller

⁷⁶ Ver Anexo/ Categorizaciones/ Categoría Familia

⁷⁷ MONTERO, Maritza, *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria*, Capítulo V: La comunidad como ámbito de ciudadanía: carácter político del trabajo psicosocial comunitario. Paidós, Tramas sociales, Buenos Aires, 2006. pag 143.

⁷⁸ IBID

Delimitación espacial

La población con la que se trabajará este Proyecto de Promoción de Salud Mental son 5 de las 15 comunidades que conforman la zona de Tigua, estas son: Chami-Cooperativa, Casa Quemada, Ugshaloma Grande, Calerapamba y Yaguartoa.

Descripción de la zona

Tigua, está conformada por 15 comunidades: Calerapamba, Casa Quemada, Chami-Cooperativa, Chimbacucho, Niño Loma, Pactapungo, Quiloa, Rumichaca, Sunirrumi, Tigua Centro, Ugshaloma Chico, Ugshaloma Grande, Yaguartoa, Yactapungo, Huayrapungo. Todas estas comunidades pertenecen a la parroquia de Guangaje que además incluye otras 20 comunidades.

Comunidades de Tigua

N°	COMUNIDAD	N° DE FAMILIAS
1	Calerapamba	63
2	Casa Quemada	155
3.	Chami Cooperativa	250
4.	Chimbacucho	260
5.	Niño Loma	132
6.	Pactapungo	120
7.	Quiloa	95
8.	Rumichaca	200
9.	Sunirrumi	280
10.	Tigua Centro	230
11.	Ugshaloma Chico	120

12.	Ugshaloma Grande	250
13.	Yahuartoa	220
14.	Yatapungo	85
15.	Huayrapungo	60
TOTAL		3.919

Fuente: Plan de desarrollo parroquial de Guangaje. Agosto 2006.

Ubicación geográfica

La zona de Tigua se halla situada en la parte más alta de la Cordillera Occidental de la Provincia de Cotopaxi, a 50 Km de Latacunga. La cabecera parroquial se localiza a 3500 m.s.n.m, manteniendo una temperatura variable entre los 7 y 10° C. (este último dato varía en cada comunidad)

Población

Según el VI Censo de Población y V de Vivienda realizado el 25 de noviembre del 2001, la parroquia de Guangaje tiene una población de **7304** habitantes, distribuidos de la siguiente manera: **3900** mujeres y **3404** hombres.

En la misma Provincia, según este censo, en el área rural del Cantón Pujilí, existen un total de 17515 viviendas, con un número de 53 861 ocupantes.

En el caso particular de la parroquia de Guangaje existen 1501 de viviendas ocupadas

Síntesis histórica

Se tienen muy pocos datos documentados sobre la historia de Tigua. La parroquia de Guangaje a la que pertenece esta zona, maneja información bastante general. Datos específicos referentes a Tigua son prácticamente inexistentes; los pocos elementos que se pueden obtener se han ido transmitiendo por tradición oral a través de los miembros

más ancianos y algunas investigaciones realizadas por ciertos habitantes interesados en recuperar la memoria histórica de la comunidad.

Los datos históricos se han obtenido mediante algunas entrevistas a miembros de la zona, así como también otros datos presentes en esta investigación.

Se conoce que la actual parroquia de Guangaje fue probablemente uno de los lugares por donde recorrieron los Incas. Esta suposición se complementa con el hecho de que en este lugar existen tres montañas, las mismas que en su base y a su alrededor son degolladas, a las que desde épocas antiguas los habitantes de esta zona las conocen como "Pukarás"; lo que hace pensar que talvez fueron sitios estratégicos o alguna señal para los Incas.

Ya en la época colonial en este lugar habitaron los Agustinos. Según lo planteado en el plan de desarrollo parroquial de Guangaje, la mayoría de las comunidades tienen como antecesor a su proceso organizativo el haber sido parte o haber pertenecido al sistema de las haciendas. Precisamente, en el inicio del período Republicano, toda esta zona estuvo poblada de haciendas, entre estas la de Tigua que pasó por varios propietarios tales como las familias Riofrío, Dávalos y hasta la actualidad está en posesión la familia del General Guillermo Rodríguez Lara.

A partir de la instauración de la Ley de Reforma Agraria y Colonización, expedida el 11 de Julio de 1964 cuyo fin era abolir el "huasipungo" y hacer posible la reversión de tierras a las comunidades indígenas; cada una de estas haciendas, incluida la de Tigua, fueron divididas y transformadas en parcelas, cooperativas, comunas, etc.

Únicamente una parte de lo que fue la hacienda de Tigua, hasta la actualidad sigue en poder de la familia del General Rodríguez Lara.

Principales Actividades

Las actividades en las que más se acentúa la población son las siguientes: agricultura, ganadería, y en menor proporción los tejidos. La agricultura es considerada como una de las fuentes subsistenciales de los habitantes de esta zona, pero no se podría tomar a ésta como una fuente de gran ingreso económico, ya sea porque sigue utilizando todavía técnicas y herramientas muy rudimentarias o porque no se tiene el suficiente apoyo

estatal por lo que una gran parte de la población ha abandonado sus tierras y ha emigrado a las ciudades.

La parroquia Guangaje, en general, tiene un alto porcentaje migratorio que va desde el 60 al 70% de la población, se deduce que una o dos personas promedio migran por familia, muchas de las veces son marido y mujer; las principales ciudades a las que migran son: Latacunga, Quito, Ambato, y a ciudades de la Costa. Las ocupaciones que desarrollan son en área de la construcción, como cargadores o como estibadores en mercados y las mujeres empleadas domésticas.

La producción agrícola es variada, siendo los principales productos: la papa, el haba y la cebada. En lo que se refiere a la ganadería abunda el ganado lanar que se alimenta de los extensos pajonales existentes.

Otra de las actividades que realizan es la elaboración de tejidos con el empleo de la lana de los borregos; entre los principales tejidos que se fabrican se encuentran los ponchos, chalinas, sacos, cobijas, etc.

Tigua es, además, una zona bastante conocida por su arte, que es la expresión de sus tradiciones. Sus pinturas representan diversos aspectos de sus vidas cotidianas, y ella también se resalta el paisaje de la zona también. En la actualidad, el arte de Tigua ha adquirido varias formas, que incluye pinturas, tejidos, máscaras y tambores.

Aspectos Organizativos

En la parroquia de Guangaje se encuentran dos organizaciones: la UNORIG (Unión de Organizaciones Indígenas Rumiñahui de Guangaje) y la CITIGAT, (Circunscripción Territorial Indígena y el Gobierno Autónomo de Tigua), antes denominado UNOCAT (Unión de Organizaciones y Cabildos de Tigua). Cada una de ellas abarca comunidades de base.

Instituciones públicas:

- FISE (Fondo de Inversión Social de Emergencia)
- Dirección Provincial de Educación Indígena Intercultural Bilingüe

- Alcaldía de Pujilí
- Prefectura de Cotopaxi
- Seguro Social Campesino.

Instituciones privadas:

- FEEP (Fondo Ecuatoriano Populorum Progresio)
- Plan Internacional
- PRODECO (Proyecto de Desarrollo del Cotopaxi)
- SEEIC (Sistema Educativo Experimental Intercultural del Cotopaxi)

Instituciones locales:

- Misión Salesiana Zumbahua
- UNORIG (Unión de Organizaciones Indígenas Rumiñahui de Guangaje)
- CITIGAT, (Circunscripción Territorial Indígena y el Gobierno Autónomo de Tigua)
-

8. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN

La realización de este proyecto reviste de importante por las siguientes razones:

- La Salud Mental, dentro del Ministerio de Salud Pública no tiene un espacio importante a nivel nacional, en el sentido de que el presupuesto que se destina a ésta área de la salud es mínimo y no cubre todos los requerimientos para elaborar Planes y Programas que atiendan las necesidades de la población. Como consecuencia de esta problemática, el Hospital de la zona de Zumbahua, que atiende también a los habitantes de Tigua, no cuenta con los recursos necesarios para brindar un servicio integral a la población.

En tal sentido, el proyecto buscaría procurar una atención más holística a los miembros de la comunidad.

- Es fundamental partir de los elementos que los miembros de la comunidad consideran en torno a la salud mental, para poder diseñar un proyecto de promoción que se identifique con sus percepciones, así como con sus necesidades, y de este modo actuar en coherencia con los principios del Sumak Kawsay o “buen vivir” del que hablan los pueblos indígenas andinos y que ha sido establecido en la Constitución Política de nuestro país, como se expresa en el Art. 14 “ *Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, sumak kawsay*”⁷⁹. Este sumak kawsay que para la cosmovisión indígena Kichwa, consiste en alcanzar un estado de armonía entre los seres humanos, con la comunidad y con la naturaleza o Pacha Mama.

⁷⁹ Constitución Política de la República del Ecuador. Artículo 14. 2008

8.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN SIN PROYECTO

Como se menciona a lo largo de la descripción del Proyecto, en las comunidades de Tigua existen muchas problemáticas que, en algunos casos han sido resueltas por los mismos habitantes a través de sus dirigencias, con ayuda de varias instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales tales como: Plan Internacional, PRODECO (Proyecto de Desarrollo de Cotopaxi), Seguro Social Campesino, FISE (Fondo de Inversión Social de Emergencia), entre otros. El accionar de estas instituciones se ha dirigido básicamente a atender necesidades de infraestructura escolar, mejoramiento vial, en algunos casos, proyectos de capacitación en distintos temas y equipamiento de sub- centros de salud.

A pesar de ello, hay problemáticas que no son abordadas como los, cada vez más frecuentes: casos de depresión, maltrato intrafamiliar, matrimonios y embarazos precoces, desestructuración familiar a causa de la migración, deserción escolar, entre otros.

8.2 CAMBIOS ESPERADOS A PARTIR DEL PROYECTO

El proyecto pretende por sobre todo:

Proponer los lineamientos básicos para la construcción de un nuevo **modelo de atención** en salud y salud mental, que propicie la reflexión sobre los enfoques tradicionales, y que derive en procesos incluyentes, donde se analicen todos los aspectos a la base del bienestar y malestar en la comunidad, tanto en el ámbito de las necesidades materiales, como en lo que respecta al mundo de la subjetividad.

Al mismo tiempo, busca constituirse en un antecedente de investigación que incida en el accionar de las instituciones gubernamentales, a fin de que aúnen esfuerzos para trabajar en beneficio de la colectividad. El fin último del Proyecto es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes de la zona.

9. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

9.1 BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

9.1.1 Caracterización de los Beneficiarios

Beneficiarios Directos: Habitantes de las 5 comunidades seleccionadas: Calerapamba, Casa Quemada, Chami-Cooperativa, Ugshaloma Grande y Yaguartoa.

Beneficiarios Indirectos: Miembros de las 15 comunidades que conforman Tigua.

Los habitantes de esta zona se dedican básicamente a las actividades agrícolas, su producción es muy variada, siendo los principales productos la papa, el haba y la cebada. En menor grado, se dedican a la crianza de animales como borregos, vacas, chanchos, llamas y aves de corral, la confección de tejidos con el empleo de la lana de los borregos; entre los principales tejidos que se fabrican se encuentran los ponchos, chalinas, sacos, cobijas, etc. Y, por último, la elaboración de pinturas.

La actividad agrícola y pecuaria, en los últimos tiempos se ha visto afectada por la creciente movilidad social a las grandes ciudades en busca del mejoramiento de las condiciones de vida.

Son comunidades que por motivo de la precaria situación económica que atraviesan, la falta de fuentes de trabajo, los bajos niveles de educación y, consecuentemente el deseo de mejorar los niveles de vida de sus familias, se han visto obligados a migrar especialmente a ciudades como Quito, Latacunga, Ambato y otras ciudades de la Región Costa. La parroquia Guangaje tiene un alto porcentaje migratorio que va desde el 60 al 70% de la población, se deduce que una o dos personas promedio migran por familia, muchas de las veces son marido y mujer. Una vez en las zonas urbanas se desenvuelven en actividades de construcción, como cargadores o estibadores en mercados y las mujeres como empleadas domésticas.

9.1.2 Formas de participación social de los beneficiarios

Las formas de participación radican básicamente en las reuniones convocadas por los dirigentes de las distintas comunidades. Estas reuniones tienen varios fines, entre ellos tomar decisiones importantes, dar algún tipo de información que requiera ser de conocimiento general, entre otros asuntos de interés comunitario.

Existen otras formas de participación más tradicional como las mingas que aún se mantienen con fuerza en algunas comunidades, a diferencia de otras, en las que esta actividad comunitaria prácticamente ha ido desapareciendo.

9.1.3 Caracterización de las Condiciones y Problemáticas de la Mujer

Históricamente la situación de la mujer con relación al hombre ha atravesado una serie de procesos de discriminación en distintos ámbitos, comenzando con las mismas construcciones de género que se han basado en relaciones de poder bastante marcadas en beneficio de los hombres, generando así condiciones de inequidad y exclusión.

Gran parte de las comunidades indígenas, atravesadas por el mestizaje y la imposición de la hegemónica ideología occidental, también se han ido formando desde estas construcciones de género.

Hasta hace pocas décadas, resultaba difícil encontrar a las mujeres en cargos públicos, al interior de las dirigencias de la zona, sus roles estaban relacionados con el cuidado del hogar y en situaciones de desigualdad frente al rol masculino. El maltrato a la mujer, ha sido, en estas zonas, siempre un fenómeno preocupante. Como lo menciona Hilda Toaquiza, dirigente comunitaria: *“Las mujeres principalmente vivían sufriendo, preocupadas, maltratadas, traumadas”*.

Actualmente, aunque predominan formas de relacionamiento inequitativas, la condición de la mujer ha ido evolucionando de manera favorable, poco a poco ha logrado, no solo insertarse en los espacios públicos, que antiguamente eran ocupados por hombres, sino también desarrollar un nivel de concientización sobre su propia situación y condición a fin de revalorizarse como mujeres y sentirse en la capacidad de establecerse en escenarios que impliquen la toma de decisiones, *“ nosotros hemos dicho, las mujeres también tienen derechos, las mujeres no tienen que estar solo en la casa, las mujeres no tienen que estar solo cuidando a los hijos, los animales y además encima de eso maltratadas de los esposos. Ahora las mujeres son más alegres, ellas andan participan en las reuniones, ellas ya son dirigentes ”*⁸⁰.

⁸⁰ Extracto de Entrevista realizada a Hilda Toaquiza, dirigente comunitaria/ zona Tigua Niño Loma

Muestra clara de estos avances, constituye la formación de diferentes organizaciones y agrupaciones de mujeres que desarrollan, no solo actividades productivas de carácter artesanal, agrícola y pecuario, sino que también buscan espacios de reflexión en torno a su propio rol en la comunidad.

9.1.4 Mecanismos de participación de los Beneficiarios en las Decisiones

Desde el inicio de este trabajo, se plantearon lineamientos participativos para la producción de datos y de conocimiento en sí mismo. En tal sentido, el Proyecto pretende desarrollar como eje central de la intervención, la participación comunitaria, en todas las fases del Proyecto.

Inicialmente y, como sugerencia planteada, desde los mismos pobladores, es necesario socializar con la gente todo el trabajo que se ha venido realizando y los resultados que se han obtenido.

Además, se plantean espacios de “**encuentro comunitario**”, que den un nuevo sentido a lo que los pobladores denominan “capacitación”. Esto, en coherencia, con el enfoque epistemológico que guía este trabajo, en el cual, son los miembros de la comunidad, los portadores esenciales de las herramientas para lograr su desarrollo.

Incidir en todos los ámbitos del quehacer comunitario, es propósito de este proyecto: la escuela, la familia, el trabajo. De ahí la importancia de intervenir en el área de la educación.

Otra forma de involucrar a la población, radica en la conformación de **promotores de salud**, aprovechando el conocimiento que tanto jóvenes como adultos han adquirido o lo están haciendo en diferentes áreas. De tal modo que, desde su propio quehacer profesional, aporten al mejoramiento de sus espacios familiares y comunitarios.

Nivel de conciencia de los miembros de la comunidad

Organizaciones Políticas y Grupos de Acción

La historia de los procesos socio- organizativos en la zona de Tigua se inician en la década de los 40 y 50 durante el sistema de hacienda. En 1945 se forma la primera Cooperativa conformada por tres sectores (Yahuartoa, Sunirrumi y Chami) creada con

la finalidad de liberarse y no seguir dependiendo de la hacienda. Más tarde en 1966, estos procesos de autonomía se vieron respaldados con la expedición de la Reforma Agraria, pues de este modo los huasipungueros acceden a tierra y empiezan formalizar o exteriorizar sus formas organizativas.

La primera forma de organización de segundo grado se crea en 1984, bajo el nombre de Unión de organizaciones y cabildos de Tigua (UNOCAT), con objetivos fundamentalmente religiosos.

En el marco organizacional de la UNOCAT, surge la iniciativa para la implementación de la Circunscripción Territorial Indígena y el Gobierno Autónomo de Tigua (CITIGAT), amparado en la Constitución Política de 1998, que garantiza los Derechos Colectivos de los Pueblos Indígenas.

La nueva orientación de trabajo de las organizaciones sociales e relaciona fuertemente con “políticas y acciones de cambio de las condiciones básicas de las familias de la CITIGAT”⁸¹

La CITIGAT articula y representa 15 organizaciones comunitarias. Diferentes formas de organización social se han incrementado en esta zona durante la última década, como son las asociaciones de Pintores y Artesanos, que se han desarrollado con mayor fuerza en las comunas de Tigua Chimbadocho, Quiloa, Yatapungo y en la Cooperativa Chami. A éstas se suman las organizaciones de mujeres, en proceso de consolidación organizativa e incidencia al interior de las comunidades. Estas organizaciones desarrollan básicamente actividades productivas de carácter artesanal, agrícola y pecuario; además que se han constituido en “espacios de reflexión acerca del rol de las mujeres y las relaciones entre hombres y mujeres”⁸².

A pesar del avance en cuanto al proceso organizativo en esta zona, una de las mayores dificultades presentadas a lo largo del proceso de investigación, tiene que ver con el desinterés de la propuesta entre los miembros de la comunidad, sobre todo, quienes están a la cabeza de los procesos de desarrollo, siendo palpable, en ellos la dependencia hacia agentes externos, que proveen soluciones temporales a sus necesidades.

⁸¹ VARIOS, *Circunscripción Territorial Indígena y el Gobierno Autónomo de Tigua (CITIGAT)*. Impresora Charito. Octubre 2009. pag 25

⁸² IBID, pag 24

Así también se evidencia cómo los comuneros experimentan su realidad con una cierta desesperanza, que les impide concebir posibilidades de cambio y más aún un cambio que pueda provenir de sí mismos. Dicha actitud nos lleva a recordar aquello que Martín Baró manifiesta al referirse a la Psicología Social contemporánea, cuando declara que ésta “...dedica mucha atención a los procesos de sumisión, obediencia y conformismo, de manera análoga a como la ideología se interesa por las formas de actuar el dominio social y reproducir el sistema establecido”⁸³. En tal sentido, entender cómo se generan estos procesos al interior de las comunidades y determinar los mecanismos para motivar la acción de sus miembros, es tarea importante de la Psicología Social Comunitaria.

Esto implica a su vez, la tarea de lograr la identificación de necesidades, llevar al cuestionamiento de la realidad establecida y producir conciencia, concienciar; de lo contrario, se produciría aquello que menciona Maritza Montero al referirse al proceso de naturalización de la vida cotidiana: “un efecto de la imperiosa necesidad de sobrevivir es ese acostumbrarse a las condiciones materiales de vida, al punto de llegar a considerarlas como la manera natural de ser, la forma lógica de existencia”. Entonces, la construcción cotidiana de la aceptación del modo de vida implica, según Montero, ese proceso de naturalización de lo anómalo, de lo inaceptable.

La espera de la inmediatez en los procesos es otra de las características encontradas en la población. No se asume la transformación de sus condiciones de vida como un camino a recorrer y en el cual se requiere el involucramiento de todos, siendo esto un limitante para la participación. Si en algo es entendida la noción de cambio, éste es delegado a “instancias superiores”, no es asunto de toda la comunidad. Según George Homans, teórico del intercambio social, citado por Martín Baró en “Acción e Ideología”, “cuánto más aprecie una persona los efectos o consecuencias de una determinada acción, más tenderá a realizarla”⁸⁴ y “al escoger acciones alternativas, una persona elegirá aquella cuyo resultado multiplicado por la probabilidad de obtenerlo, le parezca más valioso en ese momento”⁸⁵.

⁸³ MARTÍN BARÓ, Ignacio. *Acción Social e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. Tercera. UCA Editores. San Salvador, 1988. pag 19

⁸⁴ IBID, pag 309.

⁸⁵ IBID, pag 310

Este pensamiento tan presente en los adultos de la zona, ha sido transmitido también a la población infantil. En los miembros más jóvenes de la comunidad es clara esta especie de “herencia socio- cultural” donde el beneficio material inmediato es lo primero a ser tomado en cuenta. Tal es así que, previo a cualquier intervención con ellos, siempre está la espera de algo tangible que cubra de manera inmediata sus necesidades (comida, dinero, ropa).

Finalmente, los conflictos internos y crisis de liderazgo en la comunidad se ven reflejados con claridad, no solo en el discurso de los comuneros, quienes dejan ver el desprestigio y falta de confianza en los dirigentes comunitarios, sino también en la poca acogida a propuestas que ofrecen espacios de reflexión y diálogo respecto a las problemáticas de la comunidad

10. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DEL PROYECTO (ML)

10.1 Finalidad del Proyecto (Objetivo Global)

F1. Contribuir al mejoramiento las condiciones de vida de las comunidades de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante la promoción de la salud desde sus propias percepciones y necesidades.

10.2 Propósito del Proyecto (Objetivo Específico)

P. Promoción de la salud mental en la zona de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante un Modelo de Atención Integral de Salud.

10.3 Componentes del Proyecto (Resultados)

C1. Atención individual, Familiar y grupal

C2. Fortalecimiento organizativo: producción y economía

C3. Difusión y socialización de acciones

10.4 Actividades del Proyecto

A1.1. Visitas domiciliarias/ atención ambulatoria

A1.2 Programas de prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables

A2.1 Coordinación de acciones desde las dirigencias

A2.2 Formación de promotores comunitarios de salud

A3.1 Diseño de campaña de información y sensibilización

A3.2 Creación de espacios de “encuentro comunitario”

11. ESTUDIO DE MERCADO

11.1 Identificación del Producto del Proyecto

El producto es un Proyecto de Promoción de Salud Mental orientado a abordar no solo las problemáticas de los habitantes, sino también aquellos elementos que consideran como fuentes de salud y promover su fortalecimiento.

El Proyecto tendrá tres ejes fundamentales: Promoción, Prevención e Intervención.

11.2 Características del Mercado

El proyecto está dirigido a atender las necesidades de niños, jóvenes, adultos y ancianos de las comunidades de Tigua y posteriormente ampliar la cobertura a las demás comunidades del área del Quilotoa.

11.3 Estudio de Comercialización

El Proyecto será dado a conocer a los miembros de las comunidades a través de algunos medios, tales como:

- Difusión e información a través de los distintos medios de comunicación de la zona, así como también mediante la elaboración de productos comunicativos tales como trípticos, volantes, entre otros.
- Visita a centros educativos para promocionar el Proyecto y motivar la participación de los habitantes.
- Visitas domiciliarias.

12. VIABILIDAD DEL PROYECTO

12.1 VIABILIDAD TÉCNICA

12.1.1 Condiciones de Localización del Proyecto

Como se menciona anteriormente, se coordinará conjuntamente con los directivos del Hospital y los dirigentes comunitarios para definir los lugares donde se llevarán a cabo las actividades planificadas en el Proyecto.

12.1.2 Requerimientos de Tecnología e Ingeniería

De acuerdo a los componentes y actividades previstas para la ejecución del Proyecto, no se requerirá tecnología especial. Se hará uso de implementos acordes a dichas actividades. En lo que respecta a material didáctico y formativo para el trabajo comunitario, será adquirido de acuerdo a las necesidades.

12.2 VIABILIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA Y SOCIAL

12.2.1 Proyecciones de Crédito y Financiamiento

El presente Proyecto buscará apoyo de instituciones y organizaciones tanto públicas como privadas, orientadas a contribuir con proyectos de desarrollo.

Como eje transversal, se promoverá la gestión del proyecto desde las dirigencias comunitarias a fin de lograr la sostenibilidad.

El Proyecto no persigue ningún interés económico particular, por el contrario, busca contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la zona de Tigua, a través de la promoción de su salud integral. Tendrá carácter social puesto que busca generar la construcción colectiva de un Modelo de Atención Integral de salud que parta de las propias percepciones y necesidades de la comunidad, derivando en mejores condiciones de vida individual, familiar y grupal. Por tanto, el proyecto es socialmente viable y promueve el desarrollo comunitario.

13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

El seguimiento de todas las fases del Proyecto lo realizará el Equipo Técnico que se encargará de llevar a cabo la ejecución del mismo. Todos los profesionales serán los responsables de la elaboración de informes del Proyecto de acuerdo a los requerimientos de las financiadoras.

14. PRESUPUESTO

Costo del Proyecto

El Proyecto de Promoción de Salud Mental en la zona de Tigua, Provincia de Cotopaxi, tendrá un costo aproximado de VEINTE SEIS MIL CIENTO SESENTA DÓLARES.

Aporte de la Organización Beneficiaria

La organización beneficiaria aportará con CUATRO MIL NOVECIENTOS DÓLARES.

Otros aportes

MIL SESENTA DÓLARES

Aporte solicitado para cofinanciación

La Cofinanciación aportará al proyecto con VEINTEMIL DOSCIENTOS DÓLARES.

PRESUPUESTO GENERAL

DETALLE	RUBRO	COSTO TOTAL	APORTE ORG. BENEFICIARIA	APORTE SOLICITADO	OTROS APORTE S
Equipos, materiales y Suministros	Adquisición de material de oficina, didáctico y formativo.	2000	500	1000	500
	Equipamiento centro de atención	1000	500	500	
	Computadora, impresora, cartuchos de impresión, grabadora de voz	1260		700	560

Mantenimiento de Infraestructura	Mantenimiento de infraestructura aportada por org. Beneficiaria y pago de servicios.	1000	1000		
Equipo Técnico	Pago de 1 Psicólogo@ Social	7000		7000	
	Pago de 1 médico	10000		10000	
	Hospedaje equipo técnico	2000	2000		
Servicios varios	Compra de insumos para el servicio médico	1000,00		1000	
	Pago de movilizaciones equipo técnico	600,00	600		
	Refrigerios para actividades	300,00	300		
	TOTAL	26.160,00	4.900,00	20200	1060

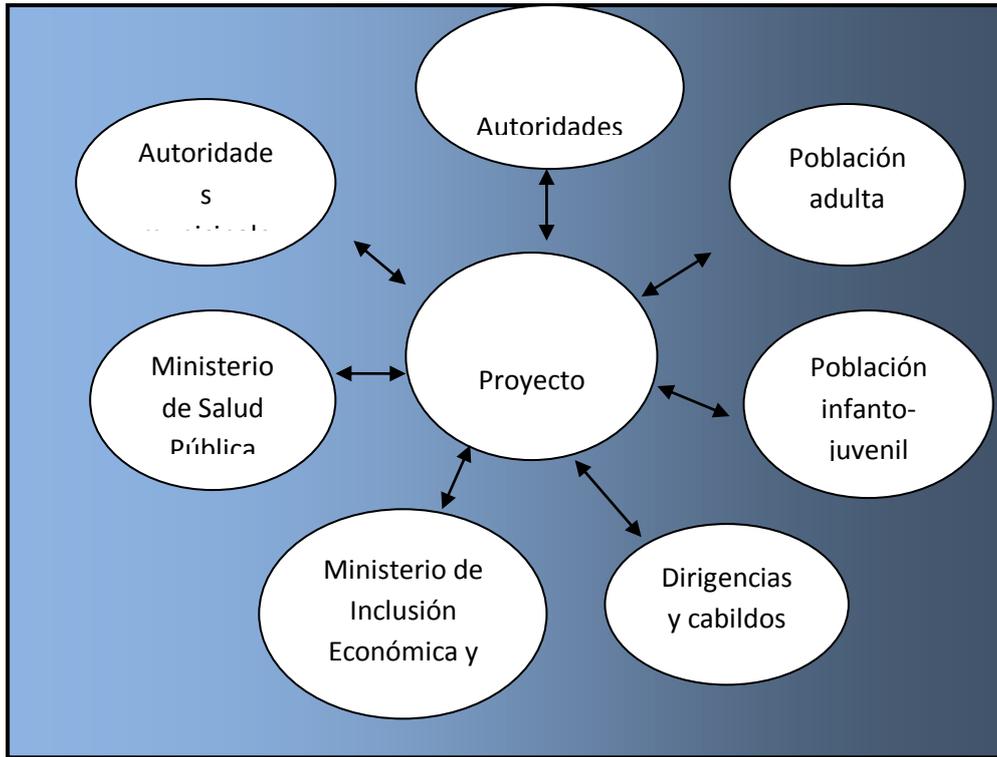
METODOLOGÍA MARCO LÓGICO

A.- IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

La salud mental en la zona de Tigua, provincia de Cotopaxi, no es abordada de manera óptima desde los Organismos públicos.

B.- ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

Identificación de los involucrados

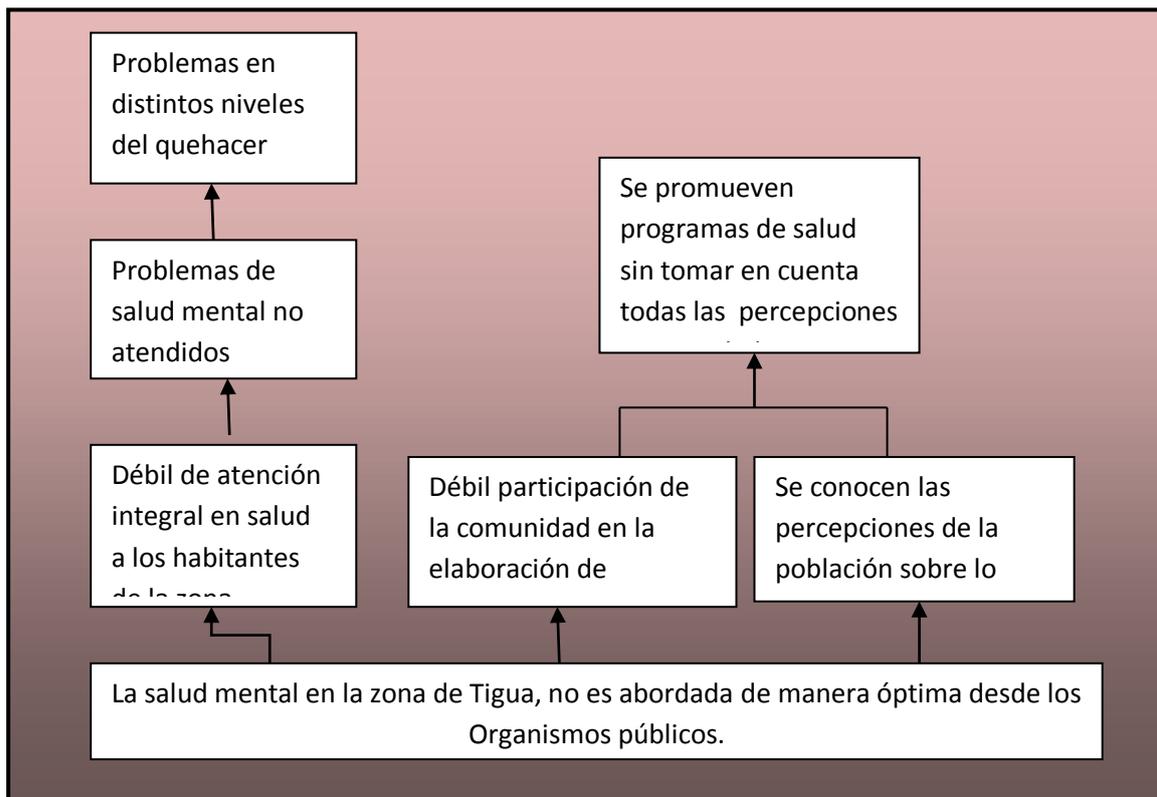


C.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

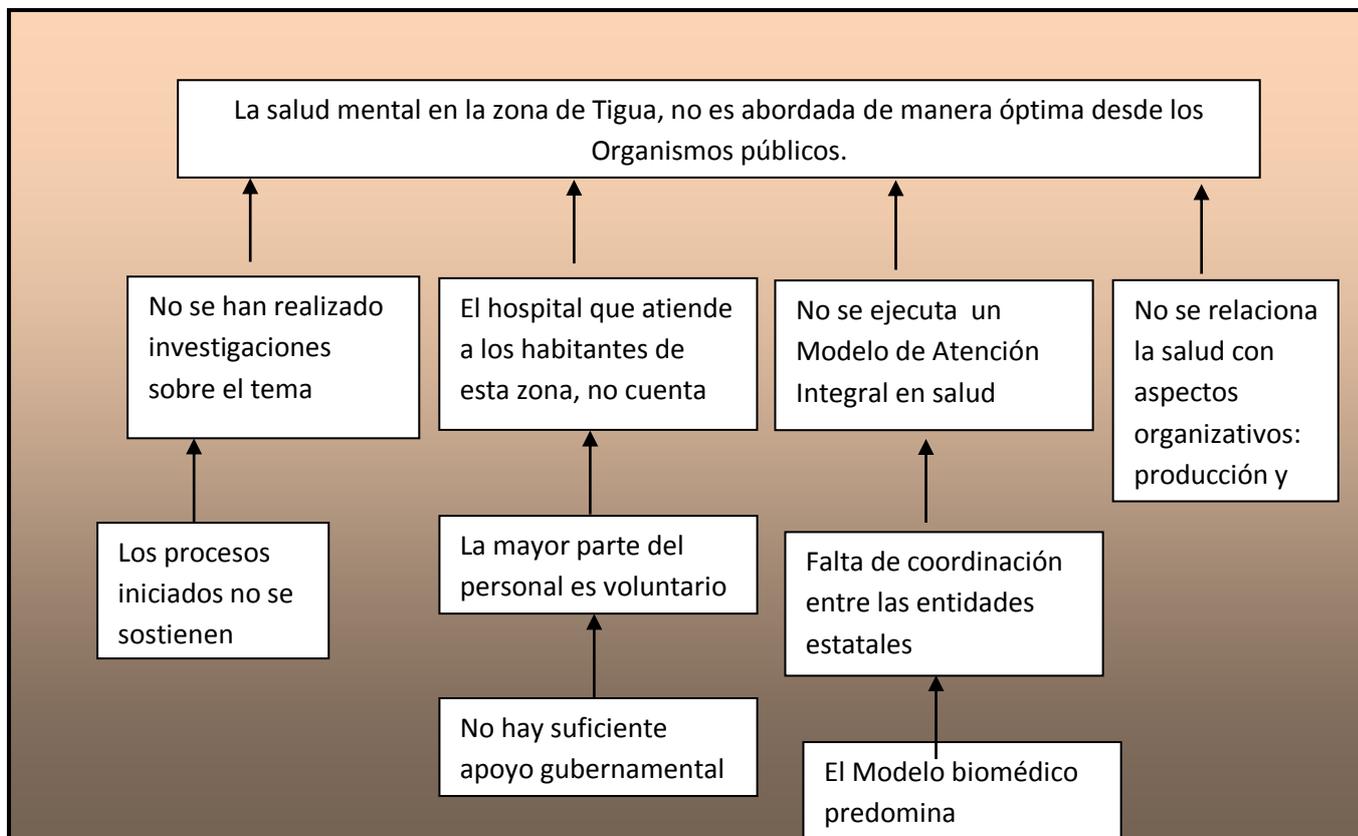
1.- Problema Central

La salud mental en la zona de Tigua, provincia de Cotopaxi, no es abordada de manera óptima desde los Organismos públicos.

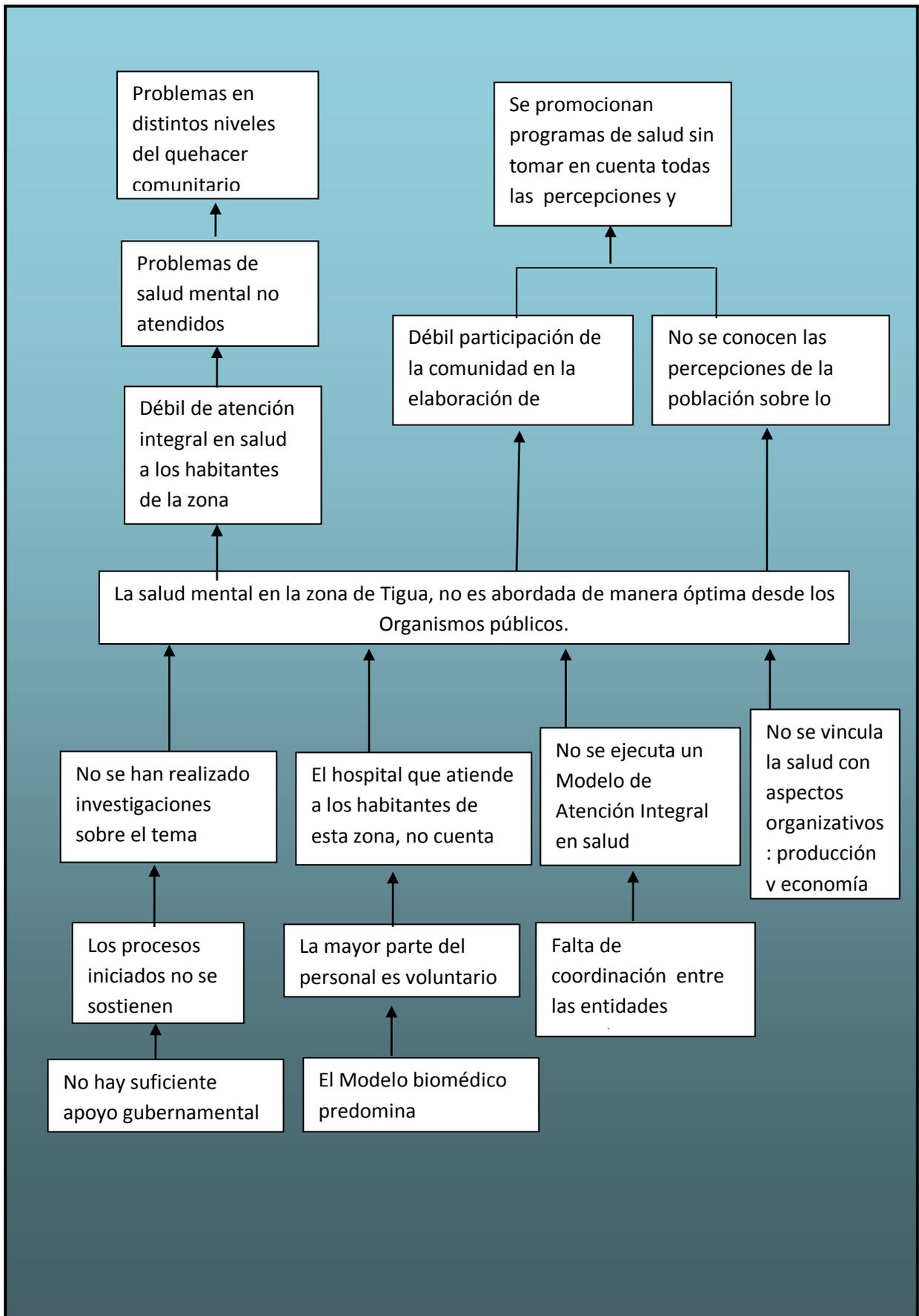
2.- Árbol de efectos



3.- Árbol de causas

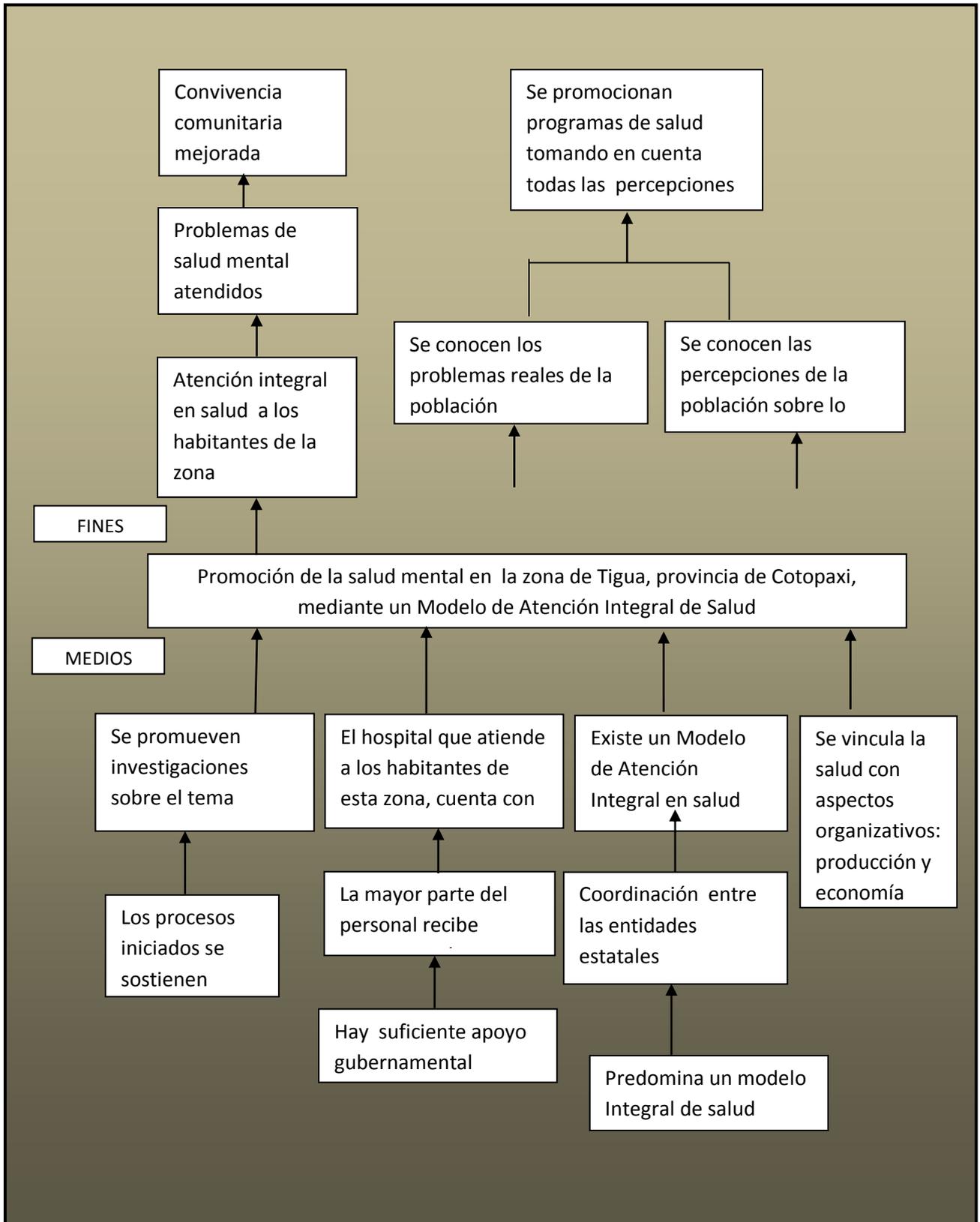


4.- Árbol de problemas

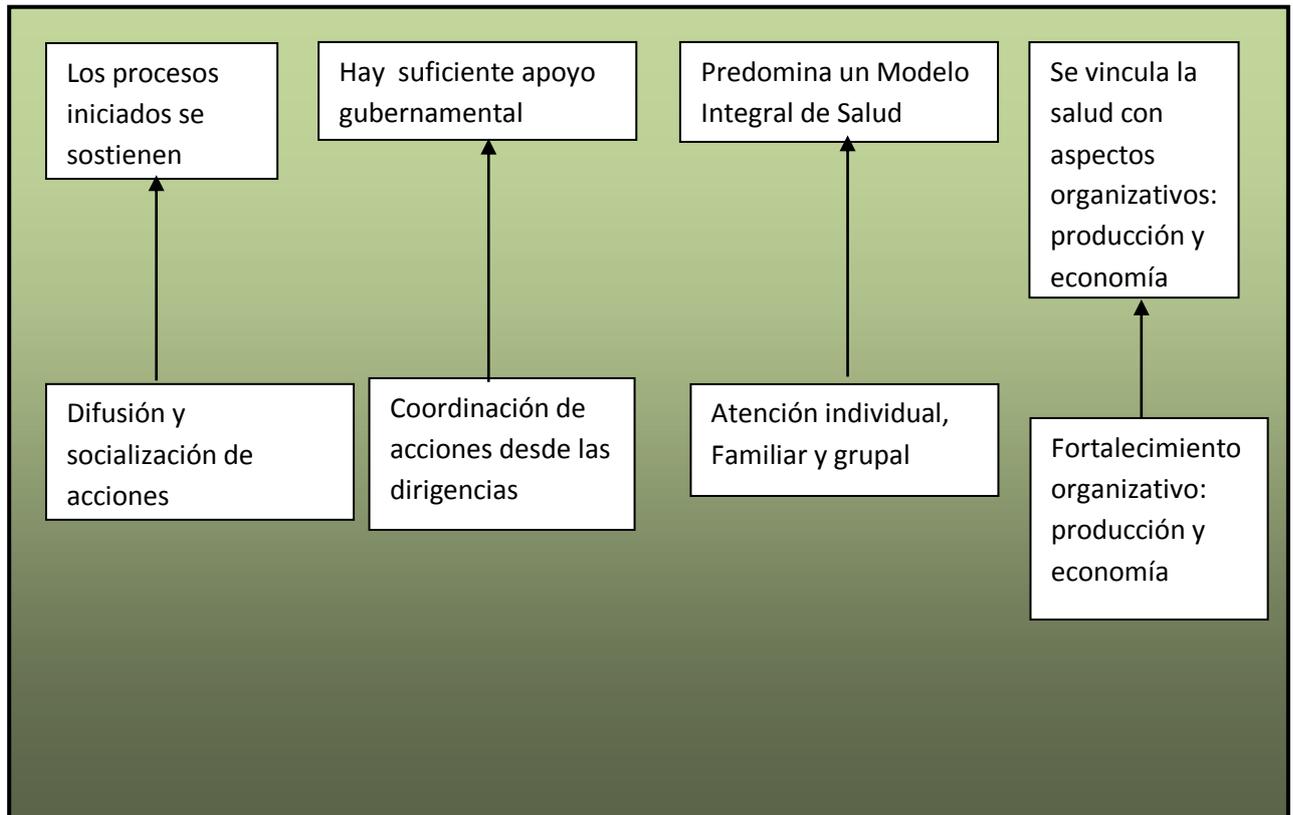


D.- ANÁLISIS DE OBJETIVOS

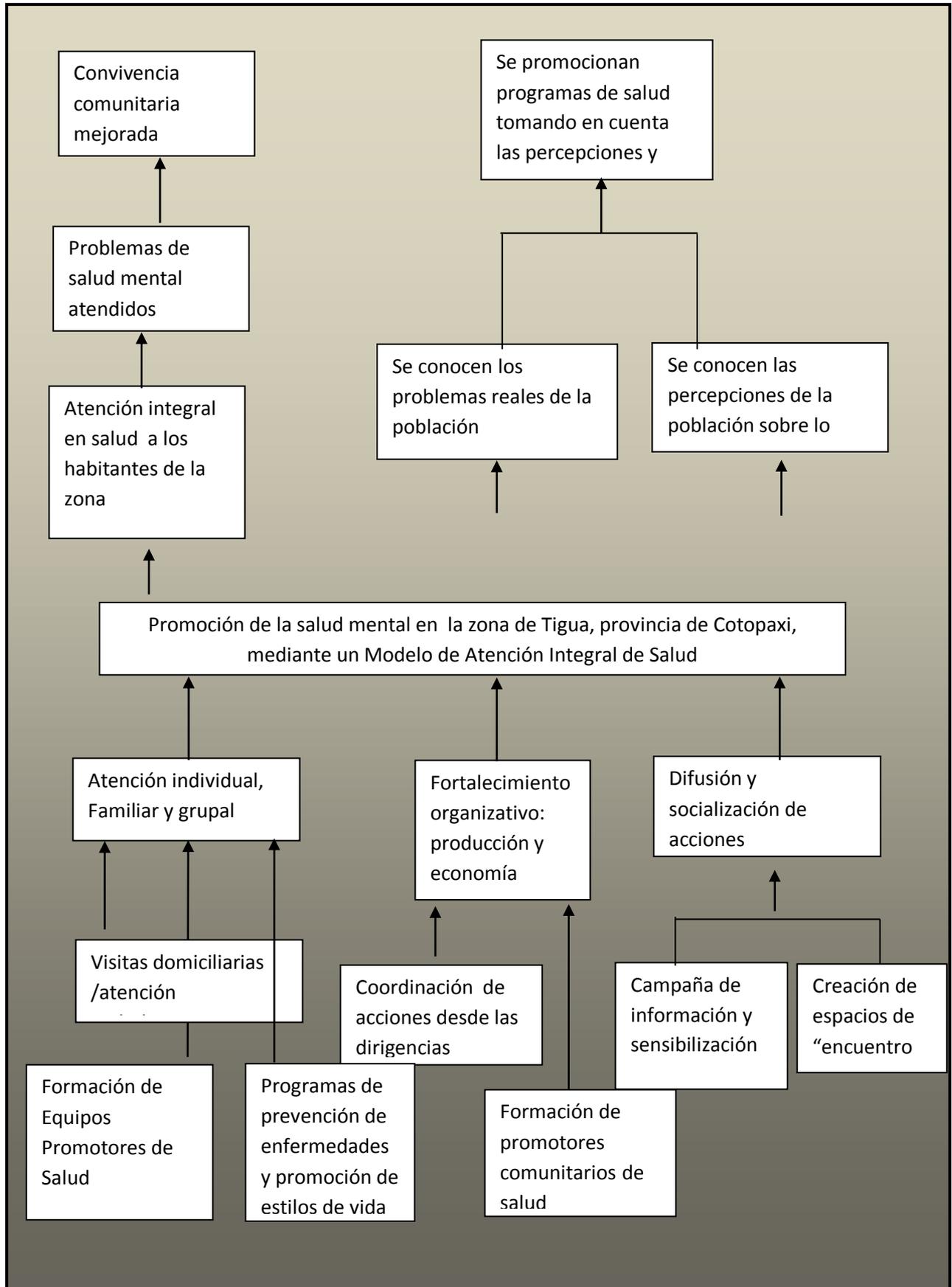
1.- Árbol de Medios y Fines



E.- IDENTIFICACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA



F. ESTRUCTURA ANALÍTICA DEL PROYECTO



G.- CONSTRUCCIÓN MATRIZ DE MARCO LÓGICO

1.- Resumen Narrativo

F. Contribuir al mejoramiento las condiciones de vida de las comunidades de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante la promoción de la salud desde sus propias percepciones y necesidades.

P. Promocionar la salud mental en la zona de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante un Modelo de Atención Integral de Salud.

C1. Atención individual, Familiar y grupal

C2. Fortalecimiento organizativo: producción y economía

C3. Difusión y socialización de acciones

A1.1. Visitas domiciliarias/ atención ambulatoria

A1.2 Programas de prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables

A2.1 Coordinación de acciones desde las dirigencias

A2.2 Formación de promotores comunitarios de salud

A3.1 Diseño de campaña de información y sensibilización

A3.2 Creación de espacios de “encuentro comunitario”

Objetivo General

Contribuir al mejoramiento las condiciones de vida de las comunidades de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante la promoción de la salud desde sus propias percepciones y necesidades.

Objetivo Específico

Promocionar la salud mental en la zona de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante un Modelo de Atención Integral de Salud.

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores del grado de consecución de los resultados	Medios de Verificación	Supuestos
F1. Contribuir al mejoramiento las condiciones de vida de las comunidades de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante la promoción de la salud desde sus propias percepciones y necesidades.	F.1.1 Al finalizar el proyecto las comunidades objetivo han fortalecido sus relaciones familiares en un 50%. F.1.2 Al finalizar el proyecto las comunidades objetivo	Registros sobre situación familiar. Registro de las	Los patrones culturales de la comunidad facilitan el trabajo y visualizan el proceso como una alternativa para mejorar condiciones

	<p>han disminuido los niveles de violencia intrafamiliar en un 30%.</p> <p>F.1.3 Al finalizar el proyecto las comunidades objetivo han disminuido los índices de alcoholismo en un 30%.</p> <p>F.1.4 Las actividades emprendidas en torno a la salud de la comunidad dependen en un 80% de las iniciativas de la comunidad.</p>	<p>organizaciones comunitarias participantes</p>	<p>de vida.</p>
<p>P. Promocionar la salud mental en la zona de Tigua, provincia de Cotopaxi, mediante un Modelo de Atención Integral de Salud.</p>	<p>P.1 50% de los habitantes de la población objetivo participan en programas de prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables</p>	<p>Protocolos de atención</p>	<p>La población se compromete a participar en el proceso.</p>

C1. Atención individual, Familiar y comunitaria	C1.1 Al finalizar el proyecto se logra un 40% de atención individual, del total de la población objetivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de atención • Fichas de seguimiento • Archivo fotográfico • Protocolos de atención 	La población colabora con los espacios físicos apropiados para llevar a cabo la atención
	C1.2 Al término de la ejecución del proyecto se realiza intervención diagnóstica a un 60% de familias de la población objetivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de familias • Fichas de seguimiento • Archivo fotográfico 	Las familias participan del proceso
C2. Fortalecimiento organizativo: producción y economía	C2.1 Al finalizar el proyecto se han realizado 3 talleres sobre alternativas productivas comunitarias como ejes del desarrollo local con la población objetivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de participantes • Informe Técnico operativo. • Archivo fotográfico. 	Las dirigencias comunitarias prestan las condiciones necesarias para el desarrollo de las

			actividades
C3. Difusión y socialización de acciones	C3.1 Conformación de gestores culturales de salud insertados en todos los ambientes comunitarios: escuela, familia, asociaciones, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de difusión • Material de difusión 	Participación de medios de comunicación local
<p>A1.1 Visitas domiciliarias/ atención ambulatoria</p> <p>A1.2 Programas de prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables</p> <p>A2.1 Coordinación de acciones desde las dirigencias</p>			

A2.2 Formación de promotores comunitarios de salud

A3.1 Diseño de campaña de información y sensibilización

A3.2 Creación de espacios de “encuentro comunitario”

CONCLUSIONES

Cómo explica la Comunidad lo mental

Tomando en cuenta el proceso investigativo previo a la realización de este proyecto, es preciso señalar las principales conclusiones en lo que respecta a las percepciones de la comunidad sobre el tema de la salud mental. En primera instancia, los miembros de la comunidad la relacionan con el tema de la prevención: el cuidado del propio cuerpo, la higiene, la alimentación. Otro elemento es la salud ligada al bienestar familiar, lo que lleva a pensar que existe una estrecha relación entre salud y lo vincular, lo identitario. En definitiva las percepciones que se dieron en torno a la salud mental están relacionadas con una noción de bienestar y prevención de las enfermedades.

Se reconocen como instancias que garantizan la salud, al Hospital y al Centro de salud: “cuando las mujeres están embarazadas no tenemos que tener en la casa, sino debemos llevar al hospital” (haciendo referencia a los chequeos periódicos y al momento del parto). Otro elemento importante dentro de la concepción de salud mental gira en torno al tema de la prevención: alimentarse correctamente; para no enfermar: lavarse las manos y las frutas, lavar la ropa, bañarse frecuentemente y barrer el patio. Alimentarse bien es vivir sanos.

Para los y las jóvenes la salud mental incluye aspectos físicos, ambientales, familiares, emocionales que se encuentran influenciados mutuamente (aunque no lo enuncian o conceptualizan) orientados a generar bienestar.

Por otro lado, es clara la influencia que han ejercido los Organismos de Salud Pública a través de las campañas que se realizan en torno a la higiene personal y el cuidado de los espacios en el énfasis que le dan a lo preventivo dentro de la salud. Otra fuente de influencia en este mismo sentido son las instituciones educativas (escuelas, colegios)

- En cuanto a las organizaciones comunitarias, aún cuando cada zona tiene sus diferencias, presentan un elemento común: la poca apertura de las dirigencias para establecer un proceso de trabajo conjunto y más organizado, poco interés y

participación de los adultos en actividades que no impliquen un beneficio material e inmediato.

- La comunidad es considerada como un referente importante para enfrentar situaciones difíciles relacionadas con crisis circunstanciales (duelos, accidentes), problemas familiares, problemas económicos, efectos de la migración (abandono, trabajo infantil, desestructuración familiar) y otras problemáticas sociales.
- La comunidad, para mejorar su salud, busca las formas de organizarse para responder a sus necesidades utilizando sus propios recursos y conocimientos incluyendo además nuevos aprendizajes sobre la medicina y aún conserva valores como la reciprocidad y la solidaridad, que mantienen la unidad entre sus habitantes y fortalecen sus vínculos aún cuando muchos de ellos se ven en la necesidad de salir a trabajar en las ciudades.
- Cuando la gente está atravesando momentos difíciles, el primer espacio de apoyo y contención es la familia.
- El diálogo es un recurso importante al interior de las familias, no sólo en situaciones adversas sino también para propiciar la reflexión sobre determinadas temáticas: el estudio, el futuro, situación económica y laboral, el matrimonio.
- Las principales preocupaciones al interior de las familias están relacionadas con la separación y el abandono generados por la migración, y la situación económica desfavorable, problemáticas que constituyen un factor común en la comunidad.
- Se evidencia la poca participación de los jóvenes en asuntos comunitarios tales como: reuniones, asambleas, toma de decisiones, solución de problemas; debido, entre otras cosas, a la migración.
- Al entrar en contacto con la ciudad, muchos jóvenes asimilan hábitos negativos que los conducen al fracaso (pandillas, alcoholismo, desarraigo) por otro lado hay jóvenes que saben aprovechar las oportunidades que encuentran en la ciudad para mejorar sus propias condiciones de vida, las de su familia y de su comunidad.

- Existe una débil organización política en la zona, se señala como la principal causa el mal manejo de las dirigencias que no promueven la participación de la gente y trabajan en función de intereses personales.
- Los habitantes de la comunidad mantienen formas particulares de resolución de conflictos donde el castigo ocupa un lugar importante en la reanudación de las relaciones sociales en general.
- Una forma de expresión de acompañamiento en casos de duelo es el “incentivo” que está organizado por el dirigente de la comunidad; dicho incentivo consiste en: alimentos, apoyo económico, las palabras de consuelo que para las personas que lo reciben tiene un significado reconfortante en su momento de dolor.
- El tiempo de elaboración del duelo es bastante prolongado (4 a 5 años) probablemente por el lugar tan importante que le otorgan a la familia dentro de la comunidad lo cual hace que se conserve el recuerdo de la persona ausente.

Partiendo de estos elementos encontrados a lo largo del proceso investigativo, el tema de la salud mental en la comunidad se relaciona con todos los aspectos de su vida cotidiana, lo social, lo económico, lo político; no se destaca el tema de la enfermedad puesto que la salud misma no se asume únicamente como ausencia de enfermedad, sobre todo, en la población juvenil y adulta.

Respecto a la población juvenil, ésta logra reconocer diferencias entre salud mental y salud física, a la vez que reconocen también su mutua influencia y su relación con las condiciones estructurales propias de su entorno en las comunidades.

En el presente trabajo se ha realizado un análisis de los diferentes modelos de atención en salud y salud mental, identificando sus posibles fortalezas pero, por sobre todo, enfatizando sus limitadas actuaciones, se ha intentado develar una serie de intereses detrás de la construcción de cada uno de estos modelos, intereses que no han respondido satisfactoriamente a las necesidades individuales y colectivas de los sujetos. En este sentido, se pretende promover un cuestionamiento a nivel conceptual de los diferentes modelos analizados.

Frente a estos vacíos y visiones sesgadas, que cada época ha construido sobre la salud y la enfermedad, así como sobre las formas de atención, surge la necesidad de reflexionar sobre nuevas miradas en torno al tema, desde las percepciones reales de la gente.

Así, las reflexiones que aquí se plantean visualizan el desarrollo humano desde la calidad de vida como un proceso de reconocimiento de las capacidades y potencialidades humanas y no como un mero estado que prioriza el –“tener” sobre el “ser”.

RECOMENDACIONES

El presente trabajo ha pretendido, por sobre todo, propiciar la reflexión respecto al complejo tema de la salud y la enfermedad, partiendo de las percepciones e identificando los imaginarios que se encuentran a la base de esta temática en una comunidad rural-indígena.

Entre los principales aprendizajes obtenidos en este proceso de investigación, de producción de conocimiento junto a la gente, está el hecho de redescubrir la integralidad del ser. Pensar en un ser humano fraccionado, fracciona también todo proceso que implique trabajar con él. De ahí la necesidad de volver a mirar desde la totalidad la naturaleza humana, sus relaciones, su cotidianidad; pasar de un pensamiento fragmentado a un pensamiento complejo que supere la lógica de la planificación sectorial y que promueva, desde lineamientos generales, desde objetivos nacionales, todas las estrategias de intervención.

Otro aspecto relevante a ser tomado en cuenta en el trabajo desde la comunidad tiene que ver con la generación de espacios de participación real de la gente en los procesos de desarrollo y con la toma de decisiones que les afectan.

Es preciso resaltar que los elementos trabajados a lo largo de este proceso no difieren de la orientación que actualmente se busca dar en nuestro país, lo que hace notar que se están dando pasos importantes no solo a nivel operativo, sino también desde el ámbito conceptual e ideológico, como lo plantea la concepción del Buen vivir, ya plasmada en la nueva

Constitución del 2008, “*el Buen Vivir necesariamente recurre a la idea del ‘nosotros’*. *La comunidad cobija, protege, demanda, es sustento y base de la reproducción de ese sujeto colectivo que todas, todos y cada uno ‘somos’*. *De ahí que el ser humano sea concebido como una pieza de este todo, que no puede ser entendido solo como una sumatoria de sus partes. La totalidad se expresa en cada ser y cada ser en la totalidad*⁸⁶. Solo la acción conjunta de los sujetos organizados y la voluntad política de quienes encabezan procesos importantes de cambios y transformaciones sociales, logrará que lo mencionado anteriormente y que resume, en definitiva, el ideal de vida para los colectivos, no se quede en el vacío discurso, sino que se concrete como una realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASTORGA, Alfredo. *Manual de Diagnóstico Participativo*. Tercera Edición. CEDEP Centro de Educación Popular. Quito, 1994
2. BLEGER, José, *Psicohigiene y psicología institucional*, 1era edición, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968
3. BUSTOS, Hermida César. *Gestión Social para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador. La equidad es posible*. CONASA. Quito, 2005
4. Consejo Nacional de Planificación. *Plan Nacional para el Buen Vivir, 2009- 2013*
5. Cuarto boletín informativo de salud. Comité intersectorial de salud. Identidad gráfica. Cotacachi- Ecuador. Septiembre del 2000
6. DEFEY Denisse, *Duelo por un niño que muere antes de nacer*, capítulo III el duelo. Prensa médica. 1985
7. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Vigésima Segunda Edición, 2001
8. ELIZALDE, Frances. *Salud Mental: un ensayo de visiones en la historia*. Conferencia para el Congreso Nacional de Terapia Gestalt. Madrid, mayo del 2002
9. FERULLO De Parajón, Ana Gloria. *El Triángulo de las Tres “P”*. *Psicología, Participación y Poder*, Paidós, Primera edición. Buenos Aires, Argentina. 2006

⁸⁶ CONSEJO NACIONAL DE PLANIFICACIÓN. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009- 2013, pag 24

10. FOUCAULT, Michel, *Tecnologías del Yo y otros textos afine*. Paidós Ibérica S.A /I. C.E- U.A.B, 1990
11. FOUCAULT, Michel, *Historia de la locura en la época clásica* Fondo de cultura económica, Bogotá Colombia. 2000.
12. FREUD, Sigmund . *El malestar en la cultura*, 1930
13. GONDRA, José María. *Historia de la Psicología- Introducción al Pensamiento Psicológico moderno*. Editorial Síntesis, 1998
14. GUERRERO, Patricio. *La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia*. Abya- Yala 2002
15. HERNÁNDEZ R., Fernández C. , Baptista Pilar, *Metodología de la investigación*, McGrawHill Editores, 2006
16. Howard Waitzkin. *Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la Medicina Social*. Volumen 1. N.- 1. Junio 2006
17. <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/807-se-difunde-modelo-de-atencia-n-en-salud/> Fecha de Publicación: 2008-08-16 06:07
18. Informe de la Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra, 2004
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ley Orgánica de Salud, Art 3
20. LUCKÁCS George. *Historia y Consciencia de clase*. Segunda edición, Grijalbo S.A, 1975.
21. MACHADO DE FREITAS, Carlos y otros. *Promoción de la Salud, Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2003
22. MARTÍN BARÓ, Ignacio. *Acción Social e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. Tercera Edición. UCA Editores. San Salvador, 1988
23. Modelo de Atención Integral e Intercultural en Salud Familiar y Comunitaria. MSP – 2007
24. MOFFATT, Alfredo. *Terapia de crisis*. Ediciones Búsqueda. Buenos Aires, 1982
25. MONTERO, Maritza, *Investigación – Acción Participante. La unión entre el conocimiento popular y el conocimiento científico*, Revista de Psicología, Universidad Ricardo Palma, XXV Aniversario, 1994

26. MONTERO, Maritza, *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria*. Paidós. Buenos Aires 2003.
27. MONTERO, Maritza, *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria, Capítulo V: La comunidad como ámbito de ciudadanía: carácter político del trabajo psicosocial comunitario*. Paidós, Tramas sociales, Buenos Aires, 2006.
28. MORRIS, Charles, MAISTO, Albert, *Introducción a la Psicología*, Décima Edición, 1997
29. Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de salud mental: conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Ginebra, OMS, 2005
30. PAMPLIEGA de QUIROGA, Ana. Proceso de constitución del Mundo Interno. Buenos Aires. Ediciones cinco, 1992
31. PAMPLIEGA, Ana. PICHON RIVIERE, Enrique. *Psicología Social y crítica de la vida cotidiana*. Segunda Edición, 1981
32. Política Nacional de Salud. Congreso por la Salud y la Vida. Quito. Mayo, 2002.
33. RODRÍGUEZ Alicia. *Desde la Promoción de Salud Mental hacia la Producción de Salud .La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales*. Ponencia presentada en el 1er. Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria, Quito. Ecuador , agosto 2007
34. San Agustín. *Confesiones*, Colección Filosofía y Teoría Social. librosenred, 2007
35. VARIOS, Circunscripción Territorial Indígena y el Gobierno Autónomo de Tigua (CITIGAT). Impresora Charito. Octubre 2009
36. VIZER Eduardo A. *La trama (in) visible de la vida social: Comunicación, Sentido y Realidad*. La Crujía, 2006

GUÍA DE ENTREVISTA

1.-

NOMBRE:

FECHA:

GENERO: Masculino..... Femenino.....

Constelación familiar (miembros familia) edad de los miembros, relación consanguínea

Procedencia:

Actividad laboral:

Nivel de escolaridad:

TEMA: “IMAGINARIOS ACERCA DE LA SALUD MENTAL: EL ROL DEL PSICÒLOGO EN LA COMUNIDAD”

- 1.- ¿Qué conoce acerca del trabajo de los psicólogos?
- 2.- ¿Sabe si en la comunidad hay o ha habido algún psicólogo? ¿Cree que es importante su labor?
- 3.- ¿Qué entiende en términos generales por salud? Y por salud mental?
- 4.- ¿En la comunidad se han realizado campañas de salud mental, qué actividades han realizado, quiénes han estado a cargo de dichas actividades?
- 5.- ¿Cree qué es necesario trabajar desde la salud mental en la comunidad? ¿Por qué?

ANEXO 2

NOMBRE:

FECHA:

GENERO: Masculino..... Femenino.....

TEMA: “INFORMACIÓN SOBRE LA ZONA”

- 1.- ¿qué conoce acerca de la historia de Tigua?
 - ¿Cuándo se fundó?
 - ¿De dónde provienen sus habitantes?
- 2.- ¿Sabe cuántas comunidades la conforman actualmente?
- 3.- ¿Sabe cuál es la organización política de la zona?
- 4.- ¿Cuáles son las principales actividades de sus habitantes?
- 5.- ¿Cuáles son las problemáticas de la zona?
- 6.- ¿Aproximadamente cuántos habitantes viven en la zona de Tigua?
- 7.- ¿Qué conoce acerca de sus leyendas mitos y tradiciones?

GUÍA DE ENTREVISTA

NOMBRE:

FECHA:

GENERO:

PROCEDENCIA:

ACTIVIDAD LABORAL:

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

TEMA: DISEÑO DE UN PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL EN LA ZONA DE TIGUA- PROVINCIA DE COTOPAXI

- 1.- ¿Qué entiende por salud? Y por salud mental?
- 2.- Mencione algunos elementos que usted relacionaría a la salud mental
- 3.- ¿Qué problemas surgidos en su comunidad los relacionaría usted con la salud mental? ¿por qué?
- 4.- ¿Conoce casos de depresión, violencia intrafamiliar, entre otros dentro de su comunidad? ¿por qué cree que se producen?
- 5.- ¿En su comunidad se han realizado campañas de salud mental, qué actividades han realizado, quiénes han estado a cargo de dichas actividades?
- 6.- Han visitado estas zonas equipos médicos formados por un doctor, un odontólogo y una enfermera, en los domicilios?
- 7.- ¿Cree qué es necesario trabajar la salud mental en la comunidad? ¿Por qué?

NÓMINA DE ESTUDIANTES DEL COLEGIO JATARI UNANCHA- TIGUA PARTICIPANTES PROCESO INVESTIGACIÓN: “IMAGINARIOS EN TORNO A LA SALUD MENTAL, EL ROL DEL PSICÓLOGO EN LA COMUNIDAD”

NOMBRE	EDAD	CURSO	COMUNIDAD
1. Héctor Vega	15	Segundo	Rumichaca
2. Jaime Vega	17	Tercero	Rumichaca
3. Juan Héctor Vega	16	Segundo	Rumichaca
4. Fabián Ramiro Vega	16	Primero	Rumichaca
5. Juan Humberto Vega	16	Primero	Rumichaca
6. Julio César Vega	16	Tercero	Yaguartoa
7. Washington Ilaquiche	12	Segundo	Niño Loma
8. Wilmer Quindigalle	15	Tercero	Yaguartoa
9. José Quindigalle	11	Primero	Yaguartoa
10. Edison Vega	14	Segundo	Yactapungo
11. César Toaquiza	16	Tercero	Yactapungo
12. William Toaquiza	13	Segundo	Pactapungo
13. Tupac Amaru Ugsha	11	Primero	Pactapungo
14. William Vega	12	Primero	Pactapungo
15. William Ugsha	14	Segundo	Pactapungo
16. José Vega	13	Primero	Rumichaca
17. Freddy Chusín	12	Primero	Turupata
18. Franklin Caisaguano	11	Primero	Chami
19. K Vega	12	Primero	Chami

20. Fabiola Chusín	19	Segundo	Chami
21. Rosa Ugsha	13	Segundo	Chami
22. Clemencia Caisaguano	13	Segundo	Chami
23. M. Hilda Ugsha	12	Primero	Yactapungo
24. Gloria Toaquiza	14	Segundo	Pactapungo
25. Mirian Toaquiza	13	Segundo	Guana
26. M. Fabiola Vega	16	Tercero	Niño Loma
27. M. Victoria Ugsha	16	Segundo	Turupata
28. M. Delfina Chusín	14	Primero	Rumichaca
29. M. Yolanda Tigasi	15	Segundo	Rumichaca
30. Fabián Vega	13	Primero	Niño Loma
31. M. Josefina Vega	15	Tercero	Rumichaca
32. Rolando Vega	16	Tercero	Rumichaca
33. Luis Vega	13	Primero	Rumichaca
34. Héctor Vega	13	Primero	Rumichaca
35. José Guillermo Vega	13	Segundo	Rumichaca
36. Rubén Vega	14	Primero	Rumichaca
37. Martha Vega	12	Primero	Tigua Centro
38. Blanca Caisaguano	15	Cuarto	Chami
39. M. Lucrecia Caisaguano	16	Cuarto	Chami
40. Blanca Toaquiza	18	Cuarto	Yaguartoa
41. Rosa Tigasi	16	Cuarto	Calicanto
42. Nelson Ugsha	18	Quinto	Chami
43. Florencio Vega	18	Sexto	Chami
44. Milton Vega	16	Quinto	Yactapungo

45. Miriam Tigasi	14	Tercero	Yactapungo
46. Victoria Toaquiza	18	Sexto	Niño Loma
47. Blanca Ilaquiche	16	Quinto	Niño Loma
48. Silvia Quindigalle	17	Quinto	Yactapungo

		<p>“Se les motiva la comunidad mismo, cuando la gente se enferma, la gente de la comunidad les dan pastillas”. (1CQ)</p> <p>“Nosotros primero estábamos con primeros auxilios, cómo deberíamos cuidar a los niños y adultos, quemaduras, hacer pomadas, así sacar jarabe de plantas naturales, eso nosotros estábamos aprendiendo.” (1UG)</p> <p>Dijo que se sintió preocupado, sintió desesperación de no saber que tenía y preguntó si era grave para ver si hacía el esfuerzo de venir acá a verle o si era grave para llevar a un hospital,. Le contaron que le habían estado dando algunos remedios caseros y se mejoró con eso. El se sintió más tranquilo (1CQ)</p> <p>“A veces vienen mis amigas y estamos conversando” (cuando se siente triste) (1Y)</p> <p>“Si si hay ayuda, cuando una familia está enferma, nos van a ver así nos ayudan”. (1Y)</p> <p>“Ahí tenemos que preguntar qué es lo que pasó , preguntando qué problema hay” (cuando una familia tiene dificultades) (1Y)</p> <p>“No se puede salir de la tristeza solo a veces</p>
--	--	--

	<p><u>3. Crisis</u> <u>Circunstanciales</u></p>	<p>en toda la familia puede estar triste y en ese caso ¿qué hacemos?” (1N)</p> <p>“Comprende de lo que se refiere a la vida humana de una persona, Las enfermedades y todo eso también ha sido importante ir analizando a nivel de las comunidades” (2Y)</p> <p>“Es a nivel de la inteligencia, de la capacidad de desarrollo intelectual, como también a nivel de la capacidad de retención mental”... “si uno está bien alimentado puede desarrollarse bien” (2Y)</p> <p>“Salud es desarrollo a nuestro cuerpo, salud es físicamente, psicológicamente” (2N)</p> <p>“Los jóvenes deben conocer la medicina natural. No esperar que gente de afuera nos venga a explicar o venga a capacitar, sino que uno mismo consultar, aprender, y aplicar y compartir a otra persona”(2N)</p> <p>“O sea ahí a veces en cuestión de salud si es preocupante. a veces yo se sentir a mi familia, igual yo tengo mis abuelos , como también de parte de mi esposa ya que realmente están alcanzando con sus edades , entonces es una desesperación cuando no se puede comunicar a la semana a los quince días . que tal puede fracarsarse o fallecerse y no esperar al contacto, es difícil saber, porque hay muchos casos, hace una semana no más una pareja de 22 años acabó de fallecer la esposa más que todo, justamente fin de año, han sido de venir para el</p>
--	---	---

		<p>primero, han tenido bien proyectado, aquí había una pequeña programación por el fin de año , han programado a salir a la feria de carros , a venir comprando con el carro todo así, bien planificado y justo a las dos de la mañana acaba de fallecer, entonces ahorita la vida no se sabe”. (1CQ)</p> <p>Cuando murió su abuelo, fue uno de los momentos más tristes que había vivido, tenía 6 años. Fue muy duro para toda la familia, dormía con él, tenía muy buenos recuerdos de él. Sentía su ausencia, le recordaba frecuentemente y eso le entristecía. (1CQ)</p> <p>En el momento de la entrevista, constatamos que Blanca se encontraba atravesando por un momento difícil debido a que su mamá, hace pocos días, se quemó a consecuencia de la explosión del tanque de gas, mientras cocinaba. (2 CQ)</p> <p>Cada viernes su papá va al hospital para hacerle curar. (2 CQ)</p> <p>“Cuando mi mamá se quemó, entonces mi papá me avisó, yo estaba triste porque estaba quemada mi mamá”. (2 CQ)</p> <p>Comenta que cuando llegó al hospital de Pujilí, vio a su mamá con la cara hinchada, Blanca lloraba, mientras sus hermanas le decían que no llore, que no es muy grave. (2 CQ)</p>
--	--	--

	<p><u>4. Problemáticas sociales</u></p>	<p>“Uno de los principales problemas y necesidades en ese tiempo que armamos el Proyecto era la salud, la educación y el medio ambiente; entonces, como los problemas que estaban más dificultadas en esta zona era la salud”. (1CQ)</p> <p>“Me siento mal porque ya me retiré del estudio” (Es madre soltera) (1Y)</p> <p>“La migración, el abandono de los padres que muchas veces están los niños acá solos y también los efectos psicológicamente que pueda haber alguna dificultad” (2Y)</p> <p>“Los servicios básicos, a veces no hay suficiente líquido vital como es el agua, y más cosas que se carecen en la comunidad, y eso no ha hecho que desarrollen realmente” (2Y)</p>
<p>FAMILIA</p>	<p><u>Estructura Familiar</u></p>	<p>“Los medios de comunicación por un lado nos hizo bien también a estar constante en comunicación, a la semana una, dos veces yo comunico con mis hermanos, con otro hermano como vive en Latacunga nos vemos casi todos los días, en ese sentido no ha habido un distanciamiento largo no”. (1CQ)</p>

		<p>“Por eso hemos querido prevenir, todos los hermanos así ir, entonces una reunión familiar, pedirles que no debemos abandonar a nuestra comunidad a nuestra familia , debemos regresar a visitar, los hermanos pequeños, así como nosotros fuimos a estudiar gracias a nuestro padre a nuestra madre , que han dado el esfuerzo económico moral , igual ayudar a los hermanos menores, en este caso yo estuve ayudando a mi hermano menor”(1CQ)</p> <p>“Pero un poco el se descuidó en el estudio y retiró del colegio entonces, más bien buscó a su esposa y hoy es ya casado , pero yo le he dicho que trate de estudiar porque yo igual ahorita tengo veinte y dos años y estoy estudiando, claro que no me ayudan pero por si solo toca superar” (1CQ)</p> <p>“Igual mi esposa estudia y a veces la vida es muy difícil de sustentar los dos estudiando y más ahorita que tengo un bebé , entonces de alguna manera toca luchar” (1CQ)</p> <p>“Sí yo soy la mayor, mi hermana menor ya es casada, ella vive por Quito...” (1UG)</p> <p>“Si en agricultor mismo, tienen animales y trabajan...” (los padres) (1UG)</p>
--	--	---

		<p>“Mi hermana mismo vive en Quito, ella por ejemplo gasta mucho. Yo aquí en el campo hay cebollas, hay lo que es producto agrícola. Si hay como de comer aunque sea agua poniendo cebolla. Por ejemplo yo ahorita estoy feliz.” (1UG)</p> <p>“Ella ha interesado por ejemplo otras personas ya casan más guaguas y ellos ya tienen edad de mi hermana por ejemplo ya casa ya tiene dos hijos, ella ya interesó a casar, ella salió de colegio de cuarto curso terminó” (1UG)</p> <p>“Claro por ejemplo mi papá le hablaba, él mismo sabía dar ideas, pero ella no comprende” (1UG)</p> <p>“Uno aunque sea fiando, trampeando tiene que estudiar ya ha de haber trabajo por lo que son estudiantes, así sabía compartir ideas de mi papá mismo” (1UG)</p> <p>“O sea yo he dicho a mi familia, me dicen que piensa bien” <u>(cuando está triste o preocupada)</u> (1UG)</p> <p>“Si ayuda mucho, yo solita no pudiera estudiar por ejemplo sin mi papá”. (1UG)</p>
--	--	--

	<p><u>Problemáticas sociales</u></p>	<p>Mientras su mamá se encontraba en el hospital, Blanca se tenía que hacer cargo del cuidado de la casa, de la tienda y de la familia. Menciona que debido a la ausencia de la mamá sus hermanas “no saben querer comer, lloran, quieren estar con mi mamá”. (2 CQ)</p> <p>“Cuando nos enojamos, nos hacemos de buenas; cuando hay tristeza conversamos entre nosotros” (3 CQ)</p> <p>“Cuando estoy alegre, cuando estoy con mi papi todos juntos” (1Y)</p> <p>Le gusta vivir en el campo, con la familia, unidos (1N)</p> <p>“Bien, todos aportan” (1N)</p> <p>“La familia tiene que estar unida en los momentos difíciles” (1N)</p> <p>“Porque mi papi se va a trabajar y no estamos aquí juntos”. (1Y)</p> <p>“El anda trabajando así, se va a trabajar y viene” (1Y)</p>
<p>PREOCUPACIONES</p>	<p><u>Problemáticas sociales</u></p>	<p>“Pero en estos últimos años, no sé a la pobreza, se dedicó a la migración, casi el 50% de la gente vive en la ciudad, ya no vive aquí en</p>

		<p>el campo, en la comunidad". (1 CQ)</p> <p>"Muchas de las veces los niños son explotados" (en las ciudades)</p> <p>(1 CQ)</p> <p>"Si. No solo en el duelo, sino para trabajar también con los jóvenes, adolescentes, para dar criterio a los jóvenes". (Mencionó que hay casos de violaciones, abuso sexual, madres solteras a tierna edad). (1 CQ)</p> <p>Como dirigente ha observado que en muchas familias, los hijos han migrado y han dejado solos a sus padres y como muchos son de edad avanzada "han anunciado que no quieren vivir, que mejor se van a tomar veneno". (1 CQ)</p> <p>"En estas edades tienen guaguas y próximos años ¿con qué?... no hay con qué, no hay ni trabajo para facilitar" (1UG)</p> <p>"Yo siento ahí triste por ejemplo yo para mi persona siendo solita no me alcanza la plata para hacer, así me siento triste." (1UG)</p> <p>"Hay familias que van abandonando un año dos años así, desaparecen, entonces eso no comparto yo" (1UG)</p> <p>"Yo pienso, los demás cómo vivirán, familiares</p>
--	--	---

	<p><u>Familia</u></p>	<p>con guaguas..."(1UG)</p> <p>"Yo no más pienso por ejemplo ahora mismo está subido las cosas bastante, yo pienso así soltera aunque sea se vive no más. Yo pienso ¿ya casando? como quiera solita ya se vive."</p> <p>"Por ejemplo de aquí yo salgo poniendo de tristezas que falta de económico," (1UG)</p> <p>"Por eso yo he pensado, diez quince dólares cada quintal y con qué plata mismo, dónde mismo vamos a sacar plata. Por eso yo he pasado triste." (1UG)</p> <p>"A veces hay muchas preocupaciones, ya pues, eso afecta la salud mental, no nos deja desarrollar bien" (2N).</p> <p>"Hemos visto las dificultades que tiene el niño en el aprendizaje... nos han dado información que vive con los abuelos, con los familiares, entonces no hay un control absoluto en la casa como es debido con su padre y su madre y eso también se debe a que los niños estén con mal rendimiento escolar" (1 CQ)</p> <p>Por eso yo no he logrado casarme más pronto y he querido prepararme para no estar sufriendo como mi <u>mamá</u>." (1UG)</p> <p>"Mi papá sabe comparar conmigo y mi hermana de menor edad, yo tengo mayor edad y a veces hay trabajo o no; así sabe preocupar</p>
--	-----------------------	---

	<p><u>Comunidad</u></p>	<p>papá.” (1UG)</p> <p>“Sí porque me siento mal porque él se va a trabajar y no estamos juntos, solo estamos aquí con mi mami”. (1Y)</p> <p>“Solo pensaba en eso, ir al hospital, saber cómo está, no quería hacer nada más” (hermano asaltado) (1N)</p> <p>“Pasada semana hubo muchas heladas aquí , una semana completa, de día sabía llover y de noche sabía helar, papas también ya acabó, nada, nada nada” (1UG)</p> <p>“No puedo prepararme yo solita... si hubiera más estudiantes jóvenes yo estaría ubicada entre dos entre tres conversando para sacar ideas para mejorar. ... yo sola participo y digo cosas, palabras; ellos me dicen uh!” (1UG)</p> <p>“Por ejemplo ellos ya ven que otras personas trabajan en Quito, Ambato, Latacunga, ellos ya interesan por plata” (1UG)</p> <p>Al preguntarle que si había algo que le preocupara o le pusiera triste, respondió que cuando hay helada se pierden los cultivos, “ahí con qué vamos a vivir. Este año mismo pensamos para no sembrar y salir. Yo misma me pongo a pensar para no salir” (3 CQ)</p>
--	-------------------------	--

	<p><u>Organización política</u></p>	<p>alcoholismo, han formado grupos de pandillas, ellos no han mejorado absolutamente en nada” (1 CQ)</p> <p>“Yo pienso no hay más jóvenes para que por ejemplo de esta comunidad más o menos sólo yo ; de ahí el resto de compañeros ellos ya de tercer curso, cuarto curso ya salen casando” (1UG)</p> <p>“Caso contrario el niño... todos los fines de semana ya empieza a migrar, sale a la ciudad de Latacunga y todo esos niños realizan las actividades de ser betunero (...) entonces todos los viernes sale diez a quince niños van a Latacunga y ellos regresan el día lunes” (1 CQ)</p> <p>“Con el Seguro Social Campesino hemos estado proyectando en ese sentido hacer huertos escolares, hacer cuyeras y trabajar con animales menores” (1 CQ)</p> <p>“...Pensando formar un grupo, un equipo de capacitadores aquí en la comunidad que les vayan a cada una de las familias a ser que capaciten como se cuida de los animales menores , si tiene pues animales grandes entonces puede ser una fuente de ingresos no?... (1 CQ)</p> <p>“Por ese lado planteamos también que puede quedar aquí, una de las alternativas haciendo</p>
--	-------------------------------------	--

		<p>esas actividades y estuvimos socializando en la comunidad con la gente, estaban muy de acuerdo lo que pasa es que aquí un poco la gente se encuentra desorganizada en la unidad, nunca tiene un absoluta reunión con toda la gente entonces esa es una debilidad que no hemos podido lograr trabajar aquí". (1 CQ)</p> <p>"Es unos cinco años que la comunidad viene fracasando en lo que es la participación comunitaria, en lo que es la minga, en las actividades comunitarias, o sea desvaloriza a los dirigentes y al trabajo de la comunidad". (1 CQ)</p> <p>"No sé por qué se da eso, igual todavía no acabo de entender por qué. Hace unos cinco años la gente salía a realizar las mingas, si quiera unas cien personas en adelante, hoy apenas salen de unos diez a quince". (1 CQ)</p> <p>"Si llamamos a una asamblea general no reunimos a cincuenta sabiendo que tiene que estar por lo menos unas trescientos personas lo mínimo. Entonces pienso que también eso es una de las dificultades que tiene, pero mientras tanto estuvimos coordinando con los niños" (1 CQ)</p> <p>"Un poco la amenaza es también por parte de la multa, ahí la gente tiene el interés de no fallar... el resto de personas que no tiene así por qué pagar las multas, ellos si ya no va". (1 CQ)</p>
--	--	--

		<p>“Somos 300 comuneros, 6 familiares de casas, las familias Caisaguanos y Toaquizas que viven aquí.” (1UG)</p> <p>“Primero realizamos para organizar con miembros de comuna, éramos de Yaguartoa de ahí una persona partió Ugshaloma Grande por eso somos Ugshaloma Grande no Yaguartoa” (1UG)</p> <p>“Algunas veces yo estoy participando así mismo tengo que hacer entender a otras personas qué estoy haciendo” (1UG)</p> <p>“En la comunidad mismo somos gente indios mismo hay puggnas o sea por qué no mejoramos más, siguen con puggnas, eso yo tengo que analizar y ver cómo estamos yendo” (1UG)</p> <p>“Por ejemplo mis edades ya son casados, ellos ya con su trabajo y a lo que cogen plata ellos sólo interesan por plata. Por ejemplo como yo tengo idea más estudiar, más analizar y más preparar para hacer en nuestra comunidad mismo, eso pienso yo”.</p> <p>(1UG)</p> <p>“La comunidad van a haber talleres por</p>
--	--	---

		<p>ejemplo de qué estamos tratando, cómo estamos viviendo aquí por qué no mejoran, eso vamos a tratar en cada comunidad,” (1UG)</p> <p>“En cambio nosotros participamos, hay reuniones en Tigua, aunque sea centavos pero nosotros ya gastamos”. (1UG)</p> <p>“En eso de la comunidad , ahí mismo no podemos analizar, en eso, yo por ejemplo qué estamos viendo, qué estamos tratando, qué estamos pasando, por qué habrá problemas, así de eso yo pienso” (1UG)</p> <p>“Yo no he pensado salir a la ciudad. Aquí voy a estar cogiendo plata, estamos haciendo agua potable del páramo. Lunes y martes estamos haciendo trabajar para entregar de casa en casa que tengan. En eso yo no he tenido tiempo para salir a trabajar en ciudad”. (1UG)</p> <p>“En Tigua así estoy ahí y toca analizar programa, hacer convocatorias a cada una de las comunidades, hay que analizar por eso, toca hacer trabajos, ir a clases.” (1UG)</p> <p>“Las personas que ya terminaron verdaderamente el colegio, ellos pueden dar... pueden ser como unos promotores comunitarios aquí en la comunidad y eso es uno de los incentivos que por ese lado el niño va proyectando y da el interés de estudiar;... “Pienso que este fracaso, no se, será a raíz de la dirigencia de la comunidad o a lo mejor las nuevas reglas desde los años anteriores”. (1</p>
--	--	---

		<p>CQ)</p> <p>“También es que falta la directiva y le digo concienciar a la gente, los intereses de la comunidad, los beneficios que se está trayendo y muchas veces yo diría que no sé, han ingresado dirigentes jóvenes y han proyectado con intereses personales y eso fracasó a la comunidad, por eso también está débil débil ahorita”. (1 CQ)</p> <p>“Es muy importante trabajar sobre salud mental. Es que no es hay veces, pensamos solo otros temas pero eso de la persona humana es muy importante para nosotros. Yo creo que nosotros debemos pensar en promotores, capacitar a los niños, a los jóvenes a todos” (2N).</p> <p>“De acuerdo a cada especialidad en que se han preparado los jóvenes yo creo que mejor formar un equipo u grupo para que ellos también sigan más aprendiendo y conociendo”(2N)</p>
<p>REFERENTES CULTURALES</p>	<p><u>Imaginarios</u></p>	<p>“Con el pasar del tiempo, tratando de no recordar”. (1 CQ)</p> <p>Luego contó el caso de su esposa, quién perdió a su padre en un accidente de tránsito, nos comentó que ya van casi dos años de eso y ella y su familia aún lloran cuando se acuerdan de él. Comentó que no quería comer, el tono de la voz era débil, lloraba todo el tiempo. (1 CQ)</p>

	<p><u>Costumbres</u></p>	<p>“El duelo es diferente al de los mestizos, acá lloran, aún recuerdan, se sienten tristes, deben pasar 4 o 5 años para que se restablezca, en cambio los mestizos ni lloran a veces”. (1 CQ)</p> <p>“ Ya no vuelven de esa forma a pelear”.<u>(finalidad de los castigos)</u> (1UG)</p> <p>“Cuando fallece alguien de la comunidad, van todos a apoyar a la familia, le lleva incentivos económicos, comida, para aliviar el sufrimiento de la gente”. (1 CQ)</p> <p>“De ahí, ya mandaron con toda ropa, con todo hijos ya viene ella solita con los guaguas así, de ahí ya saben poner en conocimiento a los dirigentes para que apoyen. Con eso sabemos solucionar.” (cuando hay problemas maritales y quieren volver) (1UG)</p> <p>“Cuando quiere con castigos, organizar qué mismo van a hacer, les ortigan, les bañan en agua fría.” (1UG)</p> <p>“O sea así llegan autoridades de otras partes por ejemplo si ha de haber conocido a José Manuel Vega... ellos saben ayudar, cómo tiene qué hacer con el matrimonio, cómo tienen que ayudar, cómo vamos a solucionar el problema.” (1UG)</p> <p>En la comunidad se reunieron para “consolar” y</p>
--	--------------------------	--

		también económicamente (1N)
--	--	--------------------------------

1CQ: Ilaquiche – Casa Quemada

1UG: Blanca Toaquiza – Ugshaloma Grande

2CQ: Blanca – Casa Quemada

1Y: Blanca Ilaquiche – Yahuartoa

3CQ: María Victoria Caizaguano – Casa Quemada

1 N: María Victoria Toaquiza- Niño Loma

2 Y José Manuel Vega- Vicepresidente CITIGAT

2 N:Hilda Toaquiza- dirigente Comunidad Niño Loma

