

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL  
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
Octubre de 2005**

**ÍNDICE DE CONTENIDO**

	<b>Página</b>
<b>Integrantes de la línea psicosocial</b>	<b>1</b>
<b>1. historia y conformación de la línea de investigación</b>	<b>2</b>
<b>Génesis y funcionamiento de la línea</b>	<b>3</b>
<b>2. Relación del grupo de investigación- línea psicosocial y la mesa de salud mental</b>	<b>3</b>
<b>3. Propósito y objeto de la línea psicosocial</b>	<b>4</b>
<b>4. Visión de la línea a 5 años</b>	<b>4</b>
<b>5. Pares académicos</b>	<b>4</b>
<b>6. Conceptos de salud mental</b>	<b>4</b>
<b>7. Relación de la salud pública, la salud mental y la intervención psicosocial</b>	<b>6</b>
<b>8. Referentes conceptuales de la línea psicosocial</b>	<b>9</b>
<b>a) Juan Carlos Jaramillo. Políticas de salud mental y ley 100</b>	<b>11</b>
<b>b) Milton Morales. La psicología social en la práctica de la salud mental.</b>	<b>12</b>
<b>c) Javier Franco. ¿Qué es un ejercicio clínico?</b>	<b>13</b>
<b>d) Rodrigo Lopera. Avances y proyecciones en salud mental DSSA</b>	<b>14</b>
<b>e) Javier Franco. Valoración del daño en salud mental</b>	<b>15</b>
<b>f) Javier Franco. Daño en salud mental desde una perspectiva biomédica</b>	<b>16</b>
<b>g) Flor Angela Tobón Marulanda. Valoración del daño en salud mental desde una perspectiva basada en la evidencia</b>	<b>16</b>
<b>9. Articulación de la línea con la Facultad Nacional de Salud Pública en los procesos de docencia y extensión</b>	
<b>a) consulta a expertos</b>	
<b>1) Oscar Acevedo</b>	<b>19</b>
<b>2) Gloria Naranjo</b>	<b>21</b>
<b>3) Javier Franco y Milton Morales</b>	<b>23</b>
<b>4) Marisela Montenegro</b>	<b>26</b>
<b>5) Conceptos claves</b>	<b>28</b>
<b>6) Ignacio Martín-Baró</b>	<b>29</b>
<b>b) Investigaciones realizadas en la línea</b>	<b>28</b>
<b>1) Ponencias del seminario taller: realidades del Poder en la intervención psicosocial</b>	<b>29</b>
<b>2) Aspectos que intervienen en lo psicosocial</b>	<b>30</b>
<b>3) Dificultades epistémicos</b>	<b>30</b>
<b>4) Ossa, Carlos. De la intervención psicosocial A la dinamización cultural</b>	<b>30</b>
<b>5) Lina María Gutierrez Soto. Sistematización de experiencias de intervención psicosocial en las zonas</b>	

nororiental y noroccidental de Medellín, 2003-2004	31
6) Maryory Abello, Juan Guillermo Gallego Intervención psicosocial. Una mirada desde El trabajo social	34
7) Carlos Mauricio González, Eugenio Paniagua Sistematización de experiencias de intervención psicosocial en Medellín, 2003-2004	42
8) Eugenio Paniagua, Brígida Montoya, Carlos Mauricio González. Riesgo de suicidio	43
a) Beatriz Elena Londoño	43
b) Carlos Andrés Vergara	45
c) Leidy Viviana Villegas	
d) Yaneth Avendaño	
10. Proyectos de investigación realizados en los últimos tres años	48
11. Proyectos realizados en la Facultad y que son de la línea- ANEXO	52
12. Proyectos de investigación pendientes de realización	48
13. Fortalezas y debilidades	49
14. Prospectiva de la línea	50

## **Integrantes de la Línea Psicosocial**

Ramón Eugenio Paniagua

(Coordinador)

Carlos Mauricio González

Brígida Montoya Gómez

Javier Franco

Flor Angela Tobón

Maryory Abello

Natalia Avendaño Arroyave

Nancy Eliana Gallo R

Erika María Montoya V

Isabel Cristina Posada Z

Ruth Viviana Therán Tovar

Gloria Lopera Uribe

Luz Elena Barrera

Carlos Andrés Vergara

Beatriz Elena Londoño

Leidy Viviana Villegas

Yanneth Avendaño

Wendy Granados

Clara Ortiz

### **1. Historia y conformación de la línea de investigación**

La línea se inició casi simultáneamente con la creación del Área de Desarrollo Académico Comportamiento Humano y Salud (ACHYS) (año 2000) y luego de recopilar las propuestas de varios espacios de discusión: Grupo de Investigación en Salud Mental, Comité de asesores de la FNSP, Mesa de Políticas, donde se priorizaba el problema de violencia en Colombia como un problema de salud pública de intervención colectiva urgente unido a la necesidad de profundizar los conocimientos en los aspectos psicosociales que lo rodean.

Las discusiones, sin embargo tuvieron, espacios diferentes y no siempre consensuados, por lo cual se propusieron temas y metodologías diversas de investigación: En primera instancia se generó una sublínea de violencia (liderada por el Dr. Luis Fernando Duque Ramírez, asesor del ACHYS) con una clara orientación epidemiológica y conductista; esta sublínea ha logrado producir diversas investigaciones sobre magnitud de la violencia, sus manifestaciones, víctimas y victimarios, además de factores relacionados preponiéndose como base para trazar políticas de prevención de la violencia, apoyada por el Área Metropolitana con el Programa PREVIVA.

En un segundo espacio y en diversos momentos, los miembros del Grupo de Investigación en Salud Mental y de la Mesa de Políticas Públicas, incluyendo líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales y actores universitarios, proponen y ejecutan una serie de investigaciones de corte cuantitativo y cualitativo, que abarcan temas como intervenciones psicosociales en la ciudad de Medellín, acceso a servicios de salud mental en Antioquia, representaciones sociales de diversos temas y evaluaciones de programas tratando de profundizar, no sólo en la magnitud del fenómeno de la violencia, sino también en otros comportamientos y problemáticas psicosociales que

pueden deteriorar el estado de salud de las poblaciones.

El término psicosocial aún se encuentra sin una definición concreta, ni se han identificado en definitiva los componentes a priorizar (uno de los objetivos del Grupo de Investigación en Salud Mental, GISAME).

Este documento recoge el génesis y los avances logrados hasta al momento respecto a las bases teóricas que sustentan la línea.

Inicialmente, la línea definía como investigaciones en “problemáticas psicosociales: las conductas socialmente anómalas” como fenómenos asociados al deterioro de la Salud Pública; continúa entonces, la construcción de su base teórica con el fin de identificar las diferentes sublíneas y los métodos idóneos para el desarrollo de investigaciones. La importancia de este campo radica en el papel que juega como determinante de la salud y la necesidad de aumentar el conocimiento de éstas problemáticas, no necesariamente ligadas con los trastornos mentales (tema que se constituye en otra línea de investigación del grupo) y centrándose en éstas por su papel como determinante del bienestar o del sufrimiento humano.

Sus objetivos comprenden, no solamente la descripción de dichas problemáticas desde el punto de vista epidemiológico, sino también profundizar en la naturaleza de su génesis, evolución, significado y respuestas sociales, lo cual abre dos campos importantes de investigación: Diagnóstico o Situación y Evaluación de intervenciones.

### **Génesis y funcionamiento de la línea**

El 8 de septiembre de 2001 se concebían dos grandes grupos que en el área de comportamiento humano, el de investigación en salud mental y el de revisión de temas de violencia que inicia labores en febrero de 2002.

El 22 de febrero de 2002 se expresa que las líneas de investigación en salud mental son:

1. sistemas y servicios de salud (Historia, evaluación, prevención de la violencia)
2. salud ocupacional: salud y ambiente.
3. prevención y control de la enfermedad o mirar los factores de riesgo y los factores protectores.
4. promoción de la salud.

El 13 de octubre de 2004 la decanatura de Facultad Nacional de Salud Pública hace un reconocimiento a los nuevos grupos de investigación: salud mental y salud y sociedad y les ofrece un aguinaldo proporcional para el año 2005 y que se incluirá en el presupuesto de sostenibilidad; en esta reunión la coordinadora del grupo de investigación reconoce a los alumnos y profesores que han apoyado al grupo y dice que el doctor Luis Fernando Duque tiene una apuesta en la investigación que ella comparte plenamente.

El 7 de diciembre de 2004 se realiza una reunión del grupo de investigación en salud mental, se dice que tiene 13 millones de pesos para investigación y se acuerda que debe orientarse la investigación en la Facultad Nacional de Salud Pública con líneas definidas; las líneas son:

1. Situación de salud mental {diagnóstico, prevalencia (en psiquiatría (DSMIV,

- depresión) en lo psicosocial y violencia, tamizaje, psicometría), validación de instrumentos, evolución del problema (tendencias, descripción, sicopatología}} .
2. servicios de salud mental (estudios descriptivos de servicios, evaluación de los servicios).

El 22 de julio de 2005 se rediseña el grupo de investigación que hasta ese momento tenía dos líneas: 1) situación de salud (sublíneas: trastorno mental, problema psicosocial) donde se miraba la respuesta social a la problemática en salud mental y 2) evaluación. Se rediseña el grupo de investigación con dos líneas:

1. Problemas psicosociales (aquí cabe la sublínea de violencia).
2. Trastornos mentales (aquí cabe drogas).

Ambas líneas investigarán, la situación de salud mental y los servicios. Se define que importan las investigaciones donde el problema de salud pública es grave (porque es letal o porque tiene amplia cobertura en la población). Se define que Mauricio trabajará la educación para la salud, Eugenio la violencia desde la víctima y la reparación, Silvia la parte jurídica, Vilma las drogas y la violencia desde la víctima y Norma la escuela y la violencia del niño (a).

El 18 de agosto de 2005 sustenta su trabajo de grado la estudiante de administración de servicios de salud, Lina Gutiérrez Soto de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia con su trabajo de sistematización de intervenciones psicosociales de la zona norte de Medellín en el cual crea la necesidad de investigar sobre lo específico del trabajo social en la intervención psicosocial y lo específico de la psicología en la intervención psicosocial; igualmente la revisión teórica que hace empieza soportar a la línea psicosocial y puede decirse que aquí inicia en firme el trabajo de la línea psicosocial como línea de investigación.

El 27 de diciembre de 2005 en la cafetería “Versalles” en el centro de Medellín se oficializa la segunda investigación propuesta a la ciudad de Medellín, “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín en el 2006”. Los recursos provienen del fondo de apoyo a la investigación docente de la Facultad Nacional de Salud Pública.

El 25 de enero de 2006, la estudiante Maryory Abello de trabajo social de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia inicia la tercera investigación de la línea, propuesta a la ciudad de Medellín, “lo específico del trabajo social en la intervención psicosocial”.

El 10 de julio de 2006 se informa que el grupo de investigación en salud mental fue clasificado en categoría B por colciencias.

## **2. Relación del grupo de investigación – Línea psicosocial y la Mesa de Salud Mental**

La consolidación del grupo de investigación es paralela al inicio de la mesa de salud mental que es concebida como un espacio abierto de participación ciudadana en al cual la investigación de temas de salud mental le da a los miembros mayor sentido de pertenencia; en este espacio se gestaron investigaciones como la de acceso a los

servicios de salud mental y el 15 de marzo de 2004 se presenta en él el proyecto de investigación “sistematización de experiencias de intervención psicosocial de la ciudad de Medellín; se obtuvo apoyo del profesor Elkin Martínez, director del Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública para adelantarla y se está actualmente en el proceso de edición y publicación.

Luego de la presentación de los resultados de la investigación sobre sistematización de experiencias de intervención en la zona norte de Medellín, se define en la mesa, la necesidad de investigar lo específico del trabajo social en la intervención psicosocial.

Al inicio de las actividades de la mesa, se comparte entre tres de los el proyecto “riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín”.

### **3. Propósitos y objetivos de la Línea psicosocial**

Fundamentación epistémica del concepto que permita una acción más reflexiva de los profesionales y de las instituciones para realizar procesos de intervención social más adecuados a las problemáticas identificadas como psicosociales, especialmente aquellas que se relacionan con la salud y la salud mental de las poblaciones.

### **4. Visión**

Para el año 2011 la línea psicosocial será un grupo de investigación clasificado en la categoría A de colciencias con publicaciones en revistas nacionales e internacionales y con ponencias en esa misma dirección, realizando investigaciones con enfoques cualitativo y cuantitativo, con pertinencia social para la ciudad de Medellín y el departamento de Antioquia y trabajando con estudiantes de pre y postgrado de la Universidad de Antioquia y con personas de las organizaciones comunitarias y de otras universidades de la ciudad.

### **5. Pares académicos**

Para el desarrollo de las investigaciones se cuenta con expertos en diferentes disciplinas y temas de la salud pública.

- 1 Alvaro Giraldo Pineda: Investigación cualitativa, violencia y sociología.
- 2 Sara Yaneth Fernández: En género, en violencia, en salud pública y en ubicación de la línea en el contexto nacional e internacional.
- 3 Gloria Hernández: En género, en sistematización, en violencia y en investigación cualitativa.
- 4 Ivonne Gómez: En depresión y en ubicación de la línea en el contexto nacional e internacional.
- 5 Luz Miriam Agudelo: En familia.

### **6. Conceptos de salud mental**

La línea se acoge al concepto de salud mental que es reconocido en Colombia y que proviene del ministerio de salud de Canadá.

## CONCEPTO DE SALUD MENTAL CONSTRUIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD DEL CANADÁ Y AVALADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA:

“Salud Mental es la capacidad de todas las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales para el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común”.

## CONCEPTO DE SALUD MENTAL DE LA V COHORTE DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN SALUD MENTAL:

“Salud Mental es la capacidad cognitiva, afectiva, emocional y relacional de un individuo o un grupo social, que les permite enfrentar y autogestionar satisfactoriamente sus procesos vitales y resolver sus necesidades personales, sociales y culturales”.

## CONCEPTO DE SALUD MENTAL DE LA MESA DE TRABAJO DE SALUD MENTAL.

La salud mental se entiende como:

- 1 Capacidad para resolver, autogestionar.
- 2 Como espacio de construcción de soluciones y líneas para que los individuos y los colectivos encuentren el bienestar público; estos espacios requieren capacidad cognitiva, afectiva, emocional y relacional (individual y colectiva) para autogestionar sus procesos vitales y resolver sus necesidades sociales.

## CONCEPTO DE SALUD MENTAL QUE PROPONE EL DOCTOR ARTURO CAMPAÑA

Salud Mental es la capacidad de las personas y las agrupaciones de reconocerse como entes dotados de conciencia y de sentimientos vinculantes, de orientarse adecuadamente en la realidad, de trabajar y producir con miras a sostener la vida material y espiritual tanto en perspectiva personal como en términos comunitarios, y la aptitud para resolver problemas de un modo no programado, flexible, y creativo, guiados siempre por los valores solidarios de lo humano.

## CONCEPTO DE SALUD MENTAL (Levav, 1989. Fue director de la OPS; parece que lo asumió la OMS):

“Estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en el que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en el medio ambiente físico y social”.

## CONCEPTO DE SALUD MENTAL DE ALICIA STOLKINER (Referenciado en la página 199 de Salud Mental de Arturo Campaña)

Salud Mental es el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad.

## **7. Relación de la salud pública, la salud mental y la intervención psicosocial**

El concepto de salud es relativamente amplio, puede entenderse como un estado de armonía y equilibrio funcional que se traduce en un silencio orgánico, y solo, cuando uno de estos órganos se altera, se escucha, es decir, rompe el silencio. La enfermedad es la ruptura del silencio orgánico.

Tautológicamente la definición sería no estar enfermo, por tanto, estar enfermo es una condición de no estar sano.

Para la Organización Mundial de la Salud, el concepto trata de abarcarlo como la aspiración de los pueblos y como marco ideal define la salud como “el completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad” (7, p.8).

En cuanto se refiere a salud mental, las definiciones son muy amplias y se han relacionado de muchas formas, algunas de las definiciones más conocidas en nuestro medio son referenciadas en la mesa de salud mental (8) de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y se presentan en el numeral 6 de este documento.

La Salud Mental es producto de los componentes (9): biológico, psicológico y social de manera interdependiente. Los comportamientos “normales” en una población se miran desde la adaptación a los niveles, personal, social, familiar, laboral.

En el eje IV del DSM IV se clasifican los problemas psicosociales. En el eje III del CIE 10 se clasifican los factores psicosociales.

En la clasificación (10, p.27) multiaxial del DSM IV se incluyen cinco ejes:

Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.

Eje III: Enfermedades medicas.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación de la actividad global.

Los problemas psicosociales pueden afectar (10, p.31) el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos de los ejes I y II. Se concibe como problema psicosocial o ambiental un acontecimiento negativo en la vida de una persona como: una dificultad ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o recursos personales, otro problema relacionado con el contexto en el que se desenvuelve la persona. El trastorno psicosocial puede ser el inicio de un trastorno mental.

Por razones de conveniencia (10, p.32) los problemas psicosociales se han agrupado en las siguientes categorías:

Problemas relativos al ambiente social.

Problemas relativos a la enseñanza.

Problemas laborales.

Problemas de vivienda.

Problemas económicos.

Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen.

Otros problemas psicosociales y ambientales.

Desde la Salud Pública se puede trabajar la prevención primaria (antes de que aparezca el trastorno) con grupos poblacionales específicos.

La salud es un estado puntual (7) en el cual se consideran los componentes, biológico, psicológico, social y espiritual. En los barrios populares ahora se está en el primer paradigma de la salud (7), el primitivo porque por medio del espiritualismo se está buscando la Salud Mental.

La salud (7) hay que asociarla con bienestar el cual se puede trabajar por medio de dos vías, la interpersonal (vida social) y la intrapersonal (formación personal).

En la cultura antioqueña el bienestar no se logra rápidamente por estas dos vías y por ello se recurre a otros atajos efímeros de culto personal como el sexo, los psicoactivos, la violencia y el consumismo. El SIDA y el consumo de sustancias psicoactivas están en aumento en Antioquia.

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS (7), la Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad.

La Salud Pública mira al individuo y a la comunidad en el proceso salud-enfermedad el cual es un continuo lo que indica que no se separa la salud de la enfermedad y en ese proceso en algunos momentos hay más salud que enfermedad y en otros se puede presentar más enfermedad que salud.

La imagen guía para el individuo y la comunidad es que en el proceso salud-enfermedad siempre se esté en la situación o condición de salud y poco o nada en el de la enfermedad.

La Salud Mental es una forma de mirar la Salud Pública y por lo tanto es una perspectiva.

La Atención Primaria en salud se definió en el congreso de Alma Ata y es la que se hace acorde con la cultura con una oferta de servicios y de tecnología de acuerdo a la magnitud del problema.

El Ministerio de Salud de Colombia, hoy Ministerio de la Protección Social (7) avaló el concepto de Salud Mental que el Ministerio de Salud del Canadá promulgó en 1988, Salud Mental es la capacidad de todas las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales para el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común.

Operacionalizar los conceptos de Salud Pública y Salud Mental trae dificultades porque la realidad con sus procesos sociales es compleja. Sin embargo, es importante contar con un concepto de referencia aunque en la práctica social cada persona trabaja y se desempeña con el propio concepto que haya elaborado.

Existen diferentes concepciones sobre el hombre (ser humano) y el mundo y sobre su desarrollo dentro de él. Se habla de desarrollo a Escala Humana en el cual se toman en cuenta sus necesidades. Se dice (7) que cualquier necesidad humana no adecuadamente satisfecha, revela una pobreza humana y conduce a una patología. La visión occidental del hombre y el mundo se basa en el consumismo y se coloca como imagen guía el éxito. La visión oriental, se basa en la iluminación y la imagen guía es la perfección.

En Colombia, en sus departamentos y ciudades se está imponiendo una visión posmodernista del hombre y el mundo sin haber llegado siquiera a la visión modernista. Se quiere pasar del premodernismo en el cual el autoritarismo y la discriminación eran las conductas socialmente aceptadas en tanto que en el modernismo se buscó la convivencia pacífica porque sus ilusiones eran que el hombre alcanzaba el progreso social y la felicidad por medio de la ciencia, el arte y la ética y el control y utilización de los recursos naturales.

En el modernismo se reconoció la diversidad humana porque se visibilizaron grupos de personas como: ateos, negros, comunistas, indígenas, feministas, gays, limitados físicos y sensoriales.

Norbert Klechner (11) dice que la vida social puede ser organizada como una convivencia pacífica si la fe, los gustos morales y los gustos estéticos son relegados al fuero privado como un asunto de conciencia individual.

La sociedad (11) se entiende como un conjunto de comunidades y la comunidad es el conjunto de personas que tienen unas condiciones de vida y unas metas parecidas.

Una persona (11) es un individuo único e irrepetible con historia, expectativas, sensaciones y potencialidades propias.

La Política (11) es la acción de la sociedad sobre sí misma. Se requiere que la sociedad se reconozca y afirme a sí misma como colectividad.

La modernidad produjo un desencanto en el ser humano por el consumismo, la corrupción, el autoritarismo y la homogenización.

En el siglo XIX la epidemia (11) fue la sífilis, en el siglo XX la epidemia fue el SIDA y en el siglo XXI la epidemia será la depresión.

En el Estado de derecho (7) lo que interesa es la norma. A partir de 1991 se constituyó en Colombia un Estado Social de derecho y en éste lo que interesa es la realidad social.

La salud pública entonces, se concibe desde la protección y mejoramiento de las condiciones de salud de la población desde la colectividad y desde la individualidad, y es en esta concepción donde las intervenciones psicosociales se convierten en una herramienta de trabajo que facilita el logro de la razón de ser de la salud pública.

## **8. Referentes conceptuales de la Línea Psicosocial**

Para obtener referentes de la línea psicosocial se debe recurrir a las disciplinas de origen y a los paradigmas dominantes en lo psicosocial: Medicina (Diagnóstico pronóstico y tratamiento) De la mirada individual a la colectiva. Psiquiatría (Derivada de la medicina, se ocupa de los trastornos mentales que impiden el desarrollo personal y las relaciones sociales). Psicología (Ocupase del comportamiento del sujeto).

La Mesa de salud mental es un espacio donde se valora la opinión de los expertos y se invitan para que presenten ponencias sobre diferentes temas afines a la salud mental; se presentan algunas en las cuales se aborda no sólo lo psicosocial sino la salud pública y la salud mental en su sentido más amplio.

a) Se retoma una parte de la charla del profesor y psicólogo, Juan Carlos Jaramillo de la Universidad San Buenaventura la cual presentó en la mesa de salud mental el 11 de diciembre de 2003 y en la cual presenta los viejos y nuevos paradigmas para mirar la salud a raíz de la promulgación de la ley 100 que regula el sistema general de seguridad social en Colombia

### **Políticas de salud mental y ley 100/93**

Juan Carlos Jaramillo Estrada  
Psicólogo  
Febrero 19 de 2004

Los últimos 10 años se han caracterizado por grandes cambios para la psicología, con nuevas y “extrañas” exigencias a nivel aplicado que han derivado en serias confrontaciones conceptuales internas... y digo extrañas porque por casi 100 años la psicología se soportó en unas bases epistemológicas prácticamente incuestionadas que le permitieron adaptarse juiciosamente a los modelos de salud/enfermedad, cumpliendo sus exigencias y adecuándose a sus patrones de funcionamiento.

Sin embargo, ahora la situación es diferente, pues el modelo de salud/enfermedad vigente ha ocasionado un giro radical de tipo epistemológico en la conceptualización e intervención de lo sano y enfermo, lo que ha traído como consecuencia que a la psicología se le pidan propuestas aplicadas para intervenir fenómenos sociales de los que hasta hace muy poco no se ocupaba, como por ejemplo: los desplazados, los secuestrados, las víctimas de la violencia en todas sus formas etc. mientras que por otro lado, se le ha negado la posibilidad de continuar usando en forma extendida y sistematizada la psicoterapia individual como método prevalente de intervención privada del que hasta la fecha había sido su principal elemento constitutivo, se ve enfrentada, casi desnuda, con la exigencia de cumplir con todo aquello que se le pide como requisito so pena de desaparecer del medio.

¿Por que llegó a esta situación? ¿Cuál puede ser su lugar hoy, tras diez años de desarrollo y aplicación de la ley 100/93?

A continuación voy a hablarles de algunos antecedentes de la Ley 100/93, específicamente los que tienen que ver con el ya mencionado cambio en el modelo de salud/enfermedad que lleva, finalmente, a su formulación:

En el siglo XX puede hablarse de tres modelos para conceptualizar la salud y la enfermedad; ellos han sido los ejes rectores de todo lo que las organizaciones nacionales y profesionales relacionadas con el campo han construido en la materia.

Los dos primeros modelos, el de infecciosas y comportamental se fundamentan en el cumplimiento del objetivo de la OMS, “suprimir las enfermedades”, y en ese orden de ideas proponen intervenciones contra la enfermedad del corte clínico/médico, esto es, intervenciones uno a uno, descontextualizadas, basadas en la lectura de signos y síntomas que conducen a la clasificación del enfermo como una enfermedad para la cual se conoce el tratamiento –preferiblemente bajo la forma de protocolos-. En ellas el profesional de la salud es quien sabe lo que debe hacerse, lo cual prescribe en forma neutral y objetiva a través del tratamiento requerido y preestablecido. El paciente no es más que eso, pero cuenta con la promesa de que si es obediente, se aliviará.

La psicoterapia cumple perfectamente con estos requerimientos, por lo que durante los 50 años de vigencia de estos modelos no tuvo problema en adaptarse a ellos y, a través de ella, tampoco la psicología. Sin embargo, el nuevo modelo tiene características bastante diferentes que ya no incluyen como aspecto prioritario las anteriormente mencionadas y es allí donde comienzan los problemas:

El modelo socioeconómico es el que ha entrado a reemplazar a los dos anteriores y se caracteriza por contemplar a la salud como un medio y no un fin, esto es, para el modelo lo importante no es ya “suprimir las enfermedades” sino “alcanzar para todos los ciudadanos del mundo una vida social y económicamente productiva”, lo que incluye como elementos evaluativos imprescindibles de toda intervención en salud criterios como la eficiencia, la eficacia y el costo/beneficio; además, ahora se hace énfasis en la salud y no en la enfermedad, y se sostiene como un principio la necesidad de comprender y atender al hombre en relación, no uno a uno, posibilitando, de paso, procesos de empoderamiento de las comunidades.

Comparación entre los dos modelos:

<b>MODELO ANTERIOR</b> <b>Modelo comportamental o de factor de riesgo</b>	<b>MODELO ACTUAL</b> <b>Modelo socioeconómico</b>
El objetivo es la modificación del comportamiento del individuo que le conduce a la enfermedad.	El objetivo es propiciar entornos saludables en el que la persona tenga opciones saludables.
Basado en la patogénesis.	Basado en la salutogénesis.
Interviene la enfermedad.	Propende por la salud.
La estrategia fundamental es la educación para la salud: a través de la información se dice a las personas lo que estas deben hacer.	La estrategia fundamental es salud para todos: propiciar condiciones socioeconómicas aceptables para la población.
Énfasis en la prevención, sobre todo en la secundaria y terciaria.	Énfasis en la promoción de la salud
Se fundamenta en la prohibición.	Se fundamenta en la elección sana.
Intervenciones sobre la salud bajo un modelo disciplinar aislado: cada disciplina se encarga de lo suyo.	Trabajo interdisciplinar e intersectorial

<b>MODELO ANTERIOR</b> <b>Modelo comportamental o de factor de riesgo</b>	<b>MODELO ACTUAL</b> <b>Modelo socioeconómico</b>
Piensa al hombre aislado, intervención uno a uno.	Interviene al hombre en relación.
Basado en el método clínico médico tradicional, modelo medicalizado fundado principalmente en nosotaxias preestablecidas: evaluación-diagnóstico y tratamiento.	Debe buscar alternativas al método clínico medico tradicional. Modelo holista que amplía el diagnostico a un nivel contextual.
Lo sano y lo enfermo están objetivamente determinados	Lo sano y lo enfermo se relativizan; deben reconceptualizarse.
El paciente es precisamente eso: alguien que no participa en el proceso de intervención de la enfermedad. Es un agente pasivo en el tratamiento.	Las personas se consideran agentes activos en los procesos de salud/enfermedad.
Modelo estatal de atención. Subsidios a la oferta.	Modelo empresarial de atención: Subsidios a la demanda.
Baja relación costo/beneficio en las intervenciones.	Alta relación costo/beneficio en las intervenciones.
Focaliza sus actividades en los niveles segundo y tercero de atención	Focaliza sus actividades en el primer nivel de atención

El profesional de la salud es quien sabe lo que se debe y no se debe hacer: atención paternalista.	El profesional de la salud facilita los procesos emergentes: no se lo considera quien sabe sino quien acompaña y ayuda a que los procesos comunitarios generen salud.
La recuperación de la salud a través de la intervención de la enfermedad es un fin en sí misma.	La salud se convierte en un medio para alcanzar una vida social y económicamente productiva.

La psicología se ve igualmente confrontada en su ser y hacer ante estos dos modelos. Hasta la aparición de Alma Ata (1978, ciudad donde se realizó la XXX asamblea mundial de la salud de la OMS, en la cual se propuso el modelo socioeconómico) había estado articulada en forma cercana a los métodos y objetivos del modelo comportamental, utilizando el método clínico/médico como método básico de intervención.

b) El profesor y psicólogo Milton Morales de la Universidad Pontificia Bolivariana, el 27 de noviembre de 2006, en la mesa de salud mental presenta su ponencia, **“la psicología social en la práctica de la salud mental”**:

Toda intervención psicológica y social pone en ejecución la concepción que el interventor tenga de salud y de enfermedad. La salud y la enfermedad son dos categorías interdependientes aunque la psicología se ha centrado en el déficit, en la enfermedad, es decir en la psicopatología.

La salud mental en los eventos y congresos no aparece explícitamente, hablan es de la enfermedad mental. Se da por supuesta la categoría de salud mental.

El modelo médico se ha centrado en lo biológico y las dolencias del alma y del espíritu, las ajusta a la lógica de lo biológico. El modelo psiquiátrico considera que la condición fisicoquímica del ser humano es la que determina la salud.

El modelo psicológico se inspira en los modelos dinámicos (psicología del yo) y la enfermedad la concibe como una descomposición de las fuerzas del ser humano.

El modelo psicológico se basa en la armonía del ser humano en la sociedad y eso se considera normal.

El modelo psicosocial analiza el sistema de relaciones del individuo con la sociedad.

Al hablar de salud mental se debe tener en cuenta algunos aspectos: bienestar, recursos sociales, capacidades y potencialidades, la cultura, nivel de realización personal, la base hereditaria, adecuado desarrollo biológico y neural.

La forma como concebimos la salud mental da cuenta de la forma como nosotros nos desenvolvemos en un contexto. Los psicólogos buscan que la salud mental deje de considerarse como ausencia de enfermedad y que muestren que las personas están saludables:

- 1 No sólo como ausencia de malestar o enfermedad.
- 2 Manifestación de bienestar subjetivo.

- 3 Manifestación de una buena calidad de vida.
- 4 Presencia de un conjunto de atributos individuales positivos.

c) El 11 de septiembre de 2006 el profesor y psicólogo Javier Franco de la Universidad de Antioquia presenta en la mesa de salud mental su ponencia, “¿**Qué es un ejercicio clínico?**”. Dice que la clínica es un concepto médico que se debe mirar desde la perspectiva, psicológica, psiquiatría, psicoanalítica y médica.

La clínica es aplicar los conocimientos de la psicología a la adaptación. La clínica inscribe una relación paciente-clínico-tratamiento.

La enfermedad es todo desorden orgánico que puede ser genético, neurológico o por un accidente. Es un semblante clínico:

- 1 Procesos de evaluación.
- 2 Diagnóstico de signos y síntomas.
- 3 Intervención primaria, secundaria y terciaria.

Los clínicos utilizan métodos clínicos que se apoyan en teorías. El discurso amo es el DSM IV que es una taxonomía de signos y síntomas. La clínica trata a un hombre potencial o actualmente enfermo para lograr niveles de salud.

El proceso clínico es interdisciplinario. La clínica se inscribe en diferentes discursos y defiende status quo.

Lo más cercano a un ejercicio psiquiátrico desde la psicología médica es la ejercida por los psicólogos médicos. La organización mundial de la salud sugiere que se ajuste el diagnóstico al DSMIV pero a su vez, estimula la investigación desde una epidemiología psiquiatría para entrar en la prevención. El criterio de normalidad o anormalidad se inscribe en diferentes contextos.

La clínica social puede ser un experto que hace un estudio en profundidad de un sujeto (colectivo) que padece de cara a unas políticas públicas y a un sistema político. La clínica social es una clínica individual ampliada. La clínica individual la realiza un perito desde su propia subjetividad frente al trastorno.

Todo ejercicio clínico define unos trastornos clínicos. El ejercicio clínico es un método es un campo del conocimiento. Uno de los ejercicios de la clínica es buscar la adaptación individual y colectiva y desde la adaptación trata de entender el trastorno.

¿Cómo hacer una clínica social?

El discurso político debe permitir la clínica; cómo enferman, de qué enferman y las diferencia por grupos sociales.

La clínica social busca modificar el sistema de salud, el sistema educativo y las prácticas sociales de riesgo de enfermar o de morir.

La psicología clínica y de la salud es una terapia individual. Históricamente se ha hablado de la clínica psicológica que es una expansión de la forma de entender el funcionamiento.

En la intervención psicosocial hay un razonamiento diferente; la clínica social es un reto.

Los psicólogos no saben de clínica y para ser psicólogos se tiene que saber de clínica. La clínica debe ejercerse teniendo en cuenta lo político para que sea una clínica social que debe estar en lo psicosocial.

La ética da elementos que son referentes que sirven de contención para ciertas prácticas. La clínica es una, pero la forma como se ejerce la clínica, depende de discursos epistemológicos y de las relaciones de poder.

d) El psicólogo Rodrigo Lopera de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, DSSA el 13 de agosto de 2006 presenta la ponencia **“avances y proyecciones en salud mental-DSSA”**: El estado reconoció en las acciones del 2002 al 2006 que la violencia es un problema de salud pública que afecta a la salud mental; incluyó en el PAB los recursos para atender este problema lo que trajo como consecuencia que los psicólogos trabajaran en los municipios de Antioquia. El diseño e implementación de la salud mental está incluida en el plan de desarrollo de Antioquia. En la oficina de salud pública de DSSA se trabaja la salud mental desde el PAB y no se ofrece la atención. Tomando los lineamientos de la circular 18 de 2004 se enviaron a los municipios para que lo diligenciaran; de los 125 municipios respondieron 112; el 18% de los municipios tienen identificada la salud mental dentro del PAB.

El POS subsidiado en Antioquia permite la atención psiquiátrica en el hospital mental aunque tiene la dificultad del acceso a los servicios. El objetivo es fortalecer la atención en los primeros niveles de atención. Antioquia desde hace años destina recursos a la atención psiquiátrica al régimen subsidiado y a los vulnerables.

La violencia intrafamiliar y el suicidio están posicionadas en la agenda pública pero no se colocan como metas del gobierno departamental porque su intervención es multisectorial y de un avance social muy lento.

La oficina de salud pública de la DSSA presta apoyo a los prestadores de servicio de salud y no a las comunidades. También brinda apoyo a los profesionales de los municipios que prestan la atención y que pertenecen al sector salud, comisarías de familia, ONG, direcciones locales de salud. Se están capacitando en suicidio e intento de suicidio, autopsia psicológica, competencias en violencia intrafamiliar. La vigilancia epidemiológica la realizan varias instituciones pero se está buscando una franja común de información en 20 municipios para construir un sistema de información.

La formación del recurso humano en psicología presenta problemas porque tienen una formación clínica individual y las intervenciones grupales las reducen a charlas, no saben del PAB, de cómo se formula y cómo se construye un plan operativo; las universidades en su formación no cobijan estos aspectos. No saben evaluar el impacto de una intervención ni de investigación ni de sistematización.

Salieron unos lineamientos para la política de salud mental en junio de 2006.

e) El 9 de julio de 2007 en la mesa de salud mental el profesor y psicólogo, Javier Franco presenta su ponencia **“valoración del daño en salud mental”** y dice que el daño en

salud mental se mueve en los prejuicios, las supersticiones, las creencias, los discursos académicos.

El prejuicio carece de una base fáctica y hace parte de los grupos étnicos y religiosos. El daño mental se interpreta desde ese prejuicio.

Una superstición es una creencia debido a la dificultad de comprensión o explicación de los fenómenos naturales. La superstición depende del nivel de educación y el ámbito cultural que Javier lo relativiza. La superstición forma parte del pensamiento mágico. Por ejemplo la madre de un hijo asesinado a los 17 años puede decir que murió por la voluntad de Dios. En este caso la persona se abstrae de la realidad para expresarlo en términos mágicos.

La cultura es una mezcla de culturas: negra, indígena y española; no aparece una forma pura de cultura occidental sino una mixtura de culturas, cada una con su componente mágico.

Algunos explican el daño en salud mental como un delirio. Es una creencia falsa que no está en consonancia con la procedencia cultural de esa persona.

Los criterios para evaluar el daño en salud mental son estadísticos, sociológicos, biomédicos y subjetivos. Están los principios positivistas: describir, experimentar y predecir.

La cotidianidad presenta unos estereotipos definidos por los colectivos y la creencia que tienen las personas desde estos estereotipos es modificable.

Desde la neuropatología un cerebro alterado produce una conducta anómala y ella produce una disfunción social.

El daño psíquico se valora desde la sicopatología. La duración, el grado y las repercusiones permiten valorar el daño.

El daño se puede pensar en la política desde el derecho; el daño se evalúa en términos de la capacidad labora. Se valora también en años potenciales perdidos a causa del daño.

El daño se restituye en términos simbólicos con indemnizaciones, reparaciones y justicia.

Un factor psicosocial que puede dar cuenta del daño en salud mental es la pérdida del empleo. Una pérdida afectiva ocasiona un daño; una inconformidad con su físico en una mujer puede ocasionar un daño. Enfermar es una relación de género.

f) el 23 de julio de 2007 en la reunión de la mesa de salud mental, el profesor y psicólogo Javier Franco presenta la ponencia “**daño en salud mental desde una perspectiva biomédica**” La enfermedad mental presenta evidencia física en tanto que el trastorno mental presenta un daño psicológico.

Las personas independientemente de su nivel educativo determinan cuándo una persona tiene una anormalidad física o psicológica. Existe un baremo popular para clasificar a las personas anormales.

La salud y la enfermedad mental son un juicio de valor desde unas estructuras académicas.

Cuando un paciente visita a un (a) psicólogo (a) o un (a) psiquiatra lo hace en condiciones de inferioridad; no sucede lo mismo cuando de visita a un médico por una enfermedad orgánica.

g) El 23 de julio de 2007, en la mesa de salud mental, la profesora y química farmacéutica propone el siguiente documento para la reflexión sobre la valoración del daño en salud mental,

### **Valoración del daño en salud mental desde una perspectiva biomédica basada en la evidencia**

*Flor Ángela Tobón Marulanda. Profesora Universidad de Antioquia Facultad de Química Farmacéutica.*

En la práctica clínica para la identificación y valoración del daño en salud mental individual y colectiva, desde un enfoque de las ciencias biomédicas, es importante tener en cuenta las evidencias de las intervenciones más comunes en la valoración clínica, como una herramienta que identifica el (los) tratamiento (s) más susceptibles que puede (n) ayudar de forma positiva y oportuna al paciente con alteración mental.

La evidencia clínica de las intervenciones en salud mental, es un megaproyecto en evolución de grandes dimensiones trascendentales para optimizar las decisiones, acerca de las alternativas en busca de una información clara, precisa y completa. Además, la armonía de los estudios debe ser objetiva y sistémica, con el fin de valorar los beneficios, riesgos, resultados e impacto de los efectos de dichas intervenciones. Por esto, no proporciona recomendaciones, debido a que cada intervención tiene las siguientes características:

- 1 Es única en cada contexto u entorno
- 2 Se interpreta de manera individual
- 3 Es una táctica como un referente de base

En Colombia es inaplazable que los servicios de atención en salud mental reconozcan un enfoque de ésta, con base en la evidencia. Ello es de gran importancia para tomar decisiones clínicas y políticas en el contexto actual local, regional y nacional. La perspectiva basada en la evidencia de la salud mental, al igual que en otras áreas de la medicina, puede dar mejores respuestas, usando el mismo enfoque de la epidemiología clínica y de la informática médica que van de la mano con el desarrollo de las prácticas médicas y psicológicas. Por tanto, la salud mental es un campo que requiere identificar áreas en las cuales se necesita investigar y profundizar desde múltiples variables: clínicas, sociales, políticas, culturales, económicas, ambientales y psicosociales.

### **Limitaciones en la valoración del daño en salud mental**

1. Existen pocas evidencias confiables sobre las alteraciones mentales:
  - 1.1. Los ensayos reportados son cortos y de calidad restringida: la mayoría son

desarrollados por la industria farmacéutica para ensayar medicamentos y obtener el registro sanitario y no para proporcionar evidencias científicas rigurosas confiables que ayuden a las prácticas clínicas y a la práctica psicofarmacológica.

1.2. Los profesionales de la salud tienen vacíos en el reconocimiento del beneficio de la precisión de evidencias disponibles, acerca de las alteraciones mentales para hacer intervenciones específicas con base en ellas.

1.3. La renuencia de algunos profesionales de la salud a utilizar la evidencia investigativa disponible, posiblemente se debe a la falta de calidad y confiabilidad de la misma, la cual tiene diferentes orígenes, entre ellos:

1.3.1. La mayoría de los estudios de intervención son altamente controlados en condiciones muy diferentes a las nuestras.

1.3.2. Las muestras poblacionales utilizadas en algunas investigaciones de intervención no son estadísticamente significativas, por lo que no son fácilmente reproducibles a la población universal.

1.4. Algunos profesionales de la salud tienen temor a que los estudios disponibles excluyan ciertas prácticas de rutina, cuyo objeto principal es mejorar la clínica del paciente, desde una sola perspectiva, como la farmacoterapia. Esto está generando la visión de que no se encuentra evidencias de buena calidad, acerca de que si un tratamiento es efectivo, pero ello no implica que dicho tratamiento no tenga efectividad en un caso específico.

1.5. Las afirmaciones de efectividad como resultado de las investigaciones sobre intervención en salud mental, reflejan la evidencia ideal disponible en la actualidad, en la cual se diferencia la carencia de beneficios y la falta de evidencia del beneficio de la intervención.

1.6. La posibilidad de éxito de una práctica de intervención efectiva en salud mental, depende de múltiples variables simultáneas y de la calidad de la intervención, en términos de una mayor seguridad. Además, debe tener una frecuencia óptima, poseer mejor eficacia y efectividad frente a otras. Algunas intervenciones requieren mayor consideración de otras alternativas, por ejemplo de la psicología cognitiva, de la psicología social, entre otras. Para lo cual, las prácticas de intervención con calidad integral demandan el equilibrio del Riesgo/Beneficio, Riesgo/Utilidad, Riesgo/Costo para alcanzar la mejor eficacia e impacto clínico individual y colectivo.

1.7. La evidencia investigativa de buena calidad, debe proporcionar a todas las alternativas de intervención: buen costo, eficacia positiva, posibles tipos de riesgos, establecer prioridades y facilitar la participación activa real entre el sujeto y el profesional de la salud.

Para la selección de una intervención con calidad y posibilidad de éxito en salud mental, los profesionales idóneos en el tema, deberían actuar de manera interdisciplinaria y transdisciplinaria para responderse las siguientes preguntas:

- 1 ¿Qué tipo de intervención es la más indicada para cada caso de alteración mental?
- 2 ¿Cuáles intervenciones pueden causar daño?
- 3 ¿Cuál es la magnitud y la frecuencia óptimas para la intervención en cada caso de alteración mental en términos de los beneficios esperados?
- 4 ¿Cuál es el rigor de las evidencias para una intervención relevante en una alteración mental específica frente a los posibles beneficios o efectos negativos?
- 5 ¿Cuál es la certeza de la intervención más susceptible de ser efectiva en términos de calidad integral y equilibrio del Riesgo/Beneficio, Riesgo/Utilidad, Riesgo/Costo?
- 6 ¿Cuál es la caracterización de la alteración mental?
- 7 ¿Cuál es definición, objetivos, incidencia/prevalencia, la descripción de la etiología, factores de riesgo, factores protectores, su pronóstico, indicadores de los resultados, los métodos de los estudios de evidencia en la alteración mental?
- 8 ¿Cuál son los objetivos de los tratamientos en la alteración mental, la prevención de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores?
- 9 ¿Cuál es el delineamiento de los resultados de interés clínico positivos o negativos que se esperan de la intervención en la alteración mental?
- 10 ¿Cuáles son los indicadores de interés clínico, positivos o negativos, que evalúan los resultados de la intervención en la alteración mental?
- 11 ¿Cuáles son las opciones clínicas pertinentes para la intervención en la alteración mental, acompañadas de varias alternativas preventivas y terapéuticas?

### **Ejemplo de una valoración mental**

Fecha de evaluación, dirección, identificación personal, edad, sexo, barrio, ocupación, estado civil, nº hijos, # de teléfono.

#### **Motivo de evaluación:**

**Objetivos planteados:** Realizar la valoración clínica que comprenda la evaluación médica y psicológica del paciente, teniendo en cuenta antecedentes personal y diagnóstico previo.

**Antecedentes:** personales, familiares, quirúrgicos, tratamiento médico actual, estilos, hábitos y condiciones de vida:

#### **Examen físico general:**

**Area de evaluación:** educativa, de socialización, relaciones interpersonales, relación con las normas, relaciones con figura de autoridad, habilidades sociales, conformación

familiar, dinámica familiar, área psicosexual, pruebas y cuestionarios:

**Sinopsis de entrevista:** cooperación, lenguaje corporal, lenguaje verbal, motricidad, contacto visual, habilidades intelectuales, aptitudes, afectividad, contacto social, funcionamiento cognitivo y actitud.

**Presentación personal:** peinado, vestido, maquillaje, adornos, presentación de uñas, estado de conciencia, atención, memoria, pensamiento, expresión e integración de resultados.

**Conclusiones, recomendaciones y vocabulario:** La intervención en salud mental es necesariamente transdisciplinar, dirigida al problema en particular. Donde la hipótesis consiste en una reacción a las dificultades, en lugar de adaptar el problema a la teoría. No se trata de expandir, sino de meterse en medio de múltiples factores internos y externos, de intervenir, de buscar los mecanismos prácticos, disciplinarios o no, que permitan actuar ante la urgencia.

## Referencias bibliográficas

BJM, Centro C ochrane, Legis. La Evidencia clínica Salud Mental. La mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva. 2003, P. 224.

BJM, Centro C ochrane, Legis. La Evidencia clínica concisa. La Evidencia clínica Salud Mental. La mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva. Philip Hanzell. Depresión en niños y adolescentes, fecha de búsqueda: abril de 2005, pp. 150-154

## 9. Momento de Conceptualización del término **psicosocial** desde lo realizado en el grupo y en la línea de investigación.

### a. Consulta a expertos

1) El 26 de abril de 2006, el profesor **Oscar Acevedo, psicólogo y profesor** de psicología social del departamento de psicología de la Universidad de Antioquia le presenta al grupo de investigación una ponencia sobre lo psicosocial. Dice que se debe mirar la relación entre psicología y la sociología que es problemática porque la psicología tiene tantas definiciones como escuelas hay, 10 aproximadamente, más de 40 enfoques y 400 técnicas y metodologías. La sociología también tiene sus escuelas y ponerlas en común para mirar la sociedad es el problema. Aquí surge el primer obstáculo epistemológico para definir lo psicosocial a nivel teórico de la ciencia básica porque en la ciencia aplicada lo psicosocial aparece como un campo de acción donde todo el mundo presupone que sabe lo que es y bajo esta lógica el 90% de los proyectos que tienen que ver con lo social tienen un componente psicosocial. Wittgenstein del positivismo lógico propone definir una cosa difícil de definir en términos lógicos por medio de los parecidos de familia, esto es para lograr un concepto se va moviendo bajo nociones que son cantidades de significados aproximados al concepto que le permiten a la gente creer que pueden rodear el fenómeno del que se está hablando, se empiezan a fusionar

parecidos de familia hasta definir si esto de lo psicosocial es una disciplina o es un campo. Oscar piensa que es más un campo, pero hay autores que plantean que es una disciplina y han planteado que la psicología social está a la misma altura de la psicología como tal. Entre estos se encuentran Anastasio Ovejero y Tomás Ibáñez con la psicología social constructivista y plantean algo así como esto, existe una psicología social psicológica (cabén los planteamientos de Freud de la psicología individual) y una psicología social sociológica donde el individuo tiene una relación dialéctica con la sociedad y por lo tanto se le da más fuerza a la sociedad; bajo este esquema se puede decir que toda la sociología es psicología social sociológica pero ese tipo de clasificaciones o taxonomías llegan a un punto sin salida.

La psicología social norteamericana y la psicología social europea y centroamericana tienen puntos de orígenes muy distintos y eso determina su orientación. Con la proliferación de escuelas se intuye que la intervención psicosocial tiene diferentes características dependiendo de la persona que la dirija y la orientación de la escuela a la cual se acoge; no ha aparecido una psicología social colombiana porque hasta ahora no ha salido a la luz pública una obra que dé cuenta de ese hecho.

Oscar piensa que lo psicosocial son las relaciones conflictivas entre el individuo y el estado, y aquí es donde opera lo que puede operar desde el campo organizativo, desde el campo social comunitario, del campo de la salud, desde la psicología ambiental, desde donde quiera pero la va a estar apuntando a lo mismo, a que haya siempre una normalización del individuo en las relaciones con lo social.

Tomás Ibáñez el psicólogo social más leído actualmente plantea, ¿cómo resolvemos el problema epistemológico de la psicología social y del objeto psicosocial? Dice que primero hay que reconocer que lo psicosocial es un problema ontológico o sea que lo remite a la filosofía, segundo reconocer que es un problema histórico y tercero que lo psicosocial siempre implica una acción, estas tres cosas configuran según Ibáñez el horizonte y los límites de lo que es lo psicosocial.

No hay una sola política pública que no tenga una idea de lo que es lo psicosocial porque tienen una concepción de la relación entre el individuo y la sociedad.

A Oscar le gusta la definición psicosocial en la perspectiva de Igor Carusso que es el conflicto entre el sujeto y el estado en términos de la política psíquica y el poder estatal.

2) La ponencia presentada en el marco de la realización de un seminario taller organizado por la mesa de salud mental para conocer el tipo de intervenciones psicosociales que se realizaron en Medellín en el 2003 por parte de la **profesora Gloria Naranjo** presenta una perspectiva de la intervención psicosocial con personas en situación de desplazamiento:

**Impactos psicosociales y políticos del conflicto armado interno en la población desplazada en Colombia**

**Por:**

Gloria Naranjo Giraldo

Adriana González Gil

Adrián Restrepo Parra

**Profesores e Investigadores**

**Universidad de Antioquia**

Con el incremento de la crisis humanitaria y del desplazamiento forzado, se hacen evidentes los niveles de vulnerabilidad psicosocial y política de la población que ha sido sometida a la violación sistemática de derechos. Los impactos políticos del conflicto armado y el desplazamiento forzado, puestos de manifiesto en la alteración de las redes sociales y políticas de los desplazados y de las comunidades receptoras, y las modificaciones generadas en el ámbito colectivo, marcan los alcances políticos y sociales en el momento de buscar soluciones que vayan más allá de las necesidades psicológicas individuales.

En este sentido, cualquier propuesta debe partir de una reflexión que permita ubicar el origen sociopolítico del problema y el contexto de crisis humanitaria y de guerra que lo genera, para comprender cuáles son las dinámicas y la complejidad del fenómeno mismo, para encontrar las posibles salidas que minimicen los factores de riesgo y potencien los factores de protección. Es necesario, como primer asunto, ir más allá de las conceptualizaciones médicas, psicológicas e individuales para abarcar también las situaciones de injusticia social, de violación de derechos humanos, de desintegración de las redes sociales y políticas; asuntos todos que subyacen en la expresión del conflicto armado interno que vive el país. Y, al lado de los impactos, como correlato, destacar las potencialidades, detectar el acervo político y cultural que tienen las comunidades para realizar acciones que favorezcan la restitución de sus proyectos de vida con miras a establecer “el desarrollo de capacidades locales, que permitan a la población en general, hacerse cargo tanto de su propio desarrollo como del mejoramiento de la calidad de los servicios y el fortalecimiento de las políticas, planes y programas, de acuerdo al papel que cada instancia, miembro o sujeto tiene en la sociedad”.

Resolver los problemas críticos que causa el desplazamiento forzado en la vida de las personas, es una labor de largo alcance que involucra a los afectados, directa e indirectamente por el fenómeno, pero diferenciando las responsabilidades que a cada uno compete. Las garantías y protección de los derechos en cabeza del Estado y la participación de los ciudadanos en la reconstrucción del proyecto de vida son intereses complementarios y necesarios en una sociedad que desea superar la guerra.

3) El 28 de agosto de 2006 en el marco de la mesa de salud mental, los profesores y psicólogos Javier Franco de la Universidad de Antioquia y Milton Morales inician la presentación de lo psicosocial.

a) **Para el profesor y psicólogo Javier Franco lo psicosocial** tiene la dimensión psico y social; lo social se piensa desde la política, ¿cómo pensar lo político como gestionante de los conflictos sociales?; la política es como un seguro de los sujetos para garantizar los derechos, presupuestos y concesiones de los sujetos que se realiza por medio de las instituciones.

Las instituciones institucionalizan un saber que se define como realidad. A través de las prácticas cotidianas el saber se manifiesta en los sujetos.

Las instituciones definen unos deberes, hechos sociales, modos de pensar, actuar; cada sujeto desde la práctica define una práctica subjetiva y unas responsabilidades individuales.

La promoción de la salud fue desbordada por la situación de guerra porque la metodología de la promoción no se ajusta a la lógica de la guerra.

En Medellín se debe tener claro en el contexto del Municipio quién ejerce el control, cuál es la ideología dominante, cuál es el discurso amo y quién es el amo.

b) **Para el profesor y psicólogo Milton Morales** lo psicosocial en la psicología es una categoría que se refiere más a prácticas; nace de la psicología social; la psicología es una institución que se consolida en el siglo XIX y se consolida y comparte presupuestos modernos como el pensamiento de Descartes que define la dicotomías con las cuales se interpreta el mundo moderno. Dos de esas categorías son individuo y sociedad.

Una discusión sobre lo psicosocial requiere que se analice cómo las teorías de la psicología explican las relaciones entre los elementos: Individuos y Sociedad. Para algunas teorías el individuo antecede a lo social.

La mayoría de proyectos de la ciudad de Medellín operan pensando que hay un psiquismo en el individuo y lo social lo interpretan desde unas variables como el estrato, sexo, etc. En Medellín y en Colombia se ha desconocido que existe la psicología social y creen que ésta se define a partir de una práctica social. Wilhem Jung desarrolla unas teorías que no logran asiento entre los académicos pero a partir de 1970 se presenta un cambio por que el individuo se mira integralmente.

Ignacio Martín-Baró no concibe la salud por fuera de las relaciones sociales. Para el psicólogo social la memoria es concebida colectivamente porque tiene que ver con el sentido de los significados y las interacciones. Hay memorias colectivas, procesuales, etc.,. Lo psicosocial va mucho mas allá de las acciones puntuales; Lo psicosocial pone en escena otra forma de hacer psicología. Es el sujeto el que desarrolla los trastornos transitorios a partir de un evento; en este caso aparece lo subjetivo.

La falta de discusiones epistemológicas han llevado confusión en torno a lo psicosocial y se convierte en una moda.

Es lo psicosocial una variable o una categoría? Existen aspectos dentro de lo psicosocial que permiten hacer lectura de la realidad pero variables psicosociales como tal no existen.

Para una intervención psicosocial en Medellín se tendría que pensar en unas categorías para definir lo psicosocial lo cual requiere un proceso de reflexión.

Los psicólogos tienen poca formación en las intervenciones colectivas; en psicología hay dos vertientes fundamentales, la psicoanalítica y la dinámica y se ha trabajado últimamente la neurociencia en alianza con la medicina.

La dinámica es la psicología del yo; el psicoanálisis busca que el sujeto escuche sus síntomas y mejore su salud.

El interaccionismo simbólico, la psicología social cognitiva, la psicología social crítica y la psicología social de corte psicoanalítica son corrientes que tratan de resolver la tensión entre el individuo y la sociedad.

Aristóteles responde la tensión por parte del individuo que es un sujeto social; para Platón la educación del individuo resuelve la tensión.

A finales del siglo XIX la psicología social recoge lo que ha estado presente desde siempre.

La psicología social cognitiva es de corte norteamericano que es conocido por la mayoría de los psicólogos; analizan la mente y cómo es afectada por las variables sociales. Tiene las siguientes características: mantiene la separación mente y sociedad, es positivista.

La psicología social de corte psicológico entra en crisis al igual que el paradigma positivista.

El interaccionismo simbólico se configura en la década de los XX. Margaret Mead inició esta psicología centrada en las relaciones. Los seres humanos nos comportamos más por lo que las cosas significan para nosotros que por las cosas en sí. El mundo de los significados se construye en las relaciones cotidianas. El mundo de los significados es móvil porque se puede deconstruir y resignificar. El interaccionismo simbólico sobrevive en las facultades de sociología.

Existen pues una psicología social de corte psicológico y otra de corte social en la cual se mezcla la mente y la cultura.

En la década del 70 hay un colapso del modelo positivista y experimental porque no se le considera suficiente.

A la psicología social se le crítica la pobreza teórica con mucha evidencia empírica.

El psicoanálisis tiene un amplio modelo teórico y poca evidencia empírica.

Surgen unas psicologías sociales críticas o postmodernas que están en contra del paradigma positivista y fortalecen el interaccionismo simbólico. Miran los saberes cotidianos, las representaciones sociales, la evolución de una enfermedad, etc..

La psicologías sociales teóricas evolucionan a unas psicologías sociales aplicadas; las dominantes son: ambiental, política, social comunitaria, jurídica de las organizaciones.

En las psicologías sociales aplicadas la psicología social de la salud descubre que la sola mirada médica no resuelve el problema de salud.

La psicología social no existe en Colombia y si se llega a manifestar es desde la concepción norteamericana de las variables sociales. Los docentes de psicología tienen

formación clínica y no social.

4) Un documento que sugirió revisar el profesor Milton Morales para una de las reuniones de la mesa de salud mental en la cual él presentó la ponencia.

### **Conocimientos, agentes y articulaciones. Una mirada situada a la intervención social**

#### **Marisela Montenegro**

Programa de Doctorado en Psicología Social.  
Universidad Autónoma de Barcelona

Una investigación sobre la intervención social puede tener muchas formas: puede evaluar un programa concreto de intervención, puede reflexionar acerca de las características de colectivos definidos como 'intervenibles' o puede trabajar sobre problemáticas específicas (como por ejemplo la pobreza, el desempleo, etc.). Todos estos caminos son posibles dado que la intervención social abarca una gran amplitud de prácticas (profesionales) relacionadas con promover acciones sistemáticas sobre "la realidad", a partir de demandas provenientes de diferentes entes sociales. Por tanto, el ámbito de la intervención produce espacios que buscan tomar acciones, desde las capacidades teóricas, técnicas y profesionales, para transformar estados de cosas que son vistas como problemáticas. Esta amplitud permite hacer investigaciones que tengan que ver con las técnicas de intervención, con los/as beneficiarios/as o con los problemas sociales que se atacan, entre otros.

Sin embargo, nosotros/as hemos elegido un camino algo distinto, nos hemos propuesto una investigación con dos objetivos: 1) La revisión de desarrollos en las teorías sobre intervención social, para analizar los conceptos y principios que fundamentan la idea de intervención social de algunos sistemas y modelos de intervención; y 2) La construcción de una mirada para la reflexión sobre la intervención social basada en discusiones en el ámbito de la definición de problemas sociales, agentes de la acción de transformación y posturas sostenidas en torno al conocimiento.

Para esta investigación, nos han preocupado los fundamentos teóricos de la intervención social a partir de las ideas que sostienen la necesidad y posibilidad de transformaciones sociales en las que se involucran diferentes agentes para atacar situaciones definidas como problemáticas. En este sentido analizamos textos que trabajaran con las diferentes nociones asociadas a la intervención social.

En primer lugar, comenzamos a investigar desarrollos teóricos que trabajasen el tema del cambio social. Buscamos en lecturas de las tradiciones funcionalista, marxista y anarquista cuál era la idea de cambio que se sostenía, para así delimitar qué entendíamos como intervención social y cuáles eran los aspectos de estas teorías que se han tomado para pensar y practicar la intervención social.

En el pensamiento de la sociedad vista como sistema social (Parsons, 1951; Merton, 1957) se estudia la función que tienen diversas prácticas sociales e instituciones en el mantenimiento de la sociedad. En este sentido, el cambio social es posible porque las cosas varían para establecer el equilibrio del sistema. La intervención es posible o bien para la integración de lo desviado a la norma general, o bien, para hacer planes de transformación con el objetivo de que ciertas instituciones puedan equilibrar los

desperfectos del sistema. Así, la intervención no está planteada como transformación del sistema sino como transformación de elementos (personas, grupos, instituciones...), disfuncionales a él, que deben ser estudiados y tratados para que se vuelvan funcionales.

La sociedad como conflicto de clases de la tradición marxista (Marx y Engels, 1848; Althusser, 1965) se presenta más bien como una sociedad que está basada sobre las relaciones de dominación y explotación que, además, son mantenidas y reproducidas a través de sistemas político – jurídicos e ideológicos (en el sentido que dichas relaciones de explotación son vistas como naturales para la mayoría de la población). La clase trabajadora, justamente por su condición de grupo explotado, es la que puede emprender la transformación social hacia una sociedad sin relaciones de dominación. Existen discusiones dentro del contexto teórico marxista si ese cambio debe ser violento o pacífico; revolución o reformismo, etc. (Lenin, 1897; Kautsky, 1917) En todo caso, el cambio social es posible a partir de un movimiento político organizado, desde la clase trabajadora y con intelectuales que acompañan su causa. Este movimiento tiene como objetivo principal el cambio en el modo de producción capitalista y las relaciones de dominación propias de éste.

La sociedad planteada como sistema de dominación y autoridad de las tradiciones anarquistas, como los desarrollos marxistas, muestra que la sociedad capitalista está basada en una serie de relaciones de explotación. La propiedad privada, la familia y el Estado son producto de relaciones injustas y perpetúan ese tipo de relaciones. La transformación social debe tener como objetivo fundamental la abolición de la propiedad privada y del Estado como formas de explotación de las mayorías por parte de una minoría dominante. Esta transformación, violenta o no (según las diferentes versiones), proviene del descontento de las masas con ese estado de cosas. La sociedad ideal se caracteriza por formas de auto organización, bien sea en cooperativas de trabajo o en negociaciones entre individuos libres de la autoridad. Con relación al ámbito político, tanto Proudhon (1840) como Bakunin (1871), por ejemplo, abogan por un sistema descentralizado y federativo de organización en el que se pueda dar la auto organización local.

Ahora bien una vez estudiadas diferentes formas de comprender el orden y cambio social, pasamos a analizar cuáles ideas son fundamentales para la posibilidad de pensar en la intervención social. Éstas son:

**Cierto descontento con el orden social:** Para poder intervenir hacia la transformación social; es necesario pensar en que existe algún desperfecto con el orden social que debe ser transformado. En las tres versiones estudiadas, está presente este elemento o bien como desequilibrio del sistema o bien como una sociedad vista como sistema de explotación de unos grupos sobre otros.

**Posibilidad y deseabilidad del cambio social:** La intervención social se basa también en la idea de que es posible lograr cambios a partir de acciones humanas sistemáticas y, además, que es deseable que ocurra dicha transformación (como hemos visto, en cuanto a la dirección de este cambio existen grandes diferencias entre los sistemas de pensamiento estudiados).

**Acción colectiva:** Las transformaciones a las que hacen referencia los sistemas teóricos estudiados aluden a la acción colectiva como motor de la transformación social. Una de las bases de la intervención social es que la acción hacia transformaciones concretas se

haga colectivamente.

**El conocimiento como guía de la acción:** Una idea necesaria para pensar en la intervención como ámbito profesional y no sólo como acciones de grupos humanos hacia el cambio, es que el conocimiento puede servir como guía de la acción. Tanto en las versiones funcionalistas como en las versiones marxistas estudiadas, el conocimiento guía definiciones de problemas y de acciones hacia la transformación (en el primer caso como forma de detectar desperfectos en el sistema social y en el segundo a través del desenmascaramiento de los mecanismos ideológicos de conciencia). En la tradición anarquista, en cambio, el conocimiento no toma especial relevancia para las acciones de transformación.

Intervención como diálogo entre diferentes actores: Las propuestas que sostienen que hay ciertas personas que por su conocimiento, como por ejemplo los equipos interventores o los/as intelectuales en el caso de algunas versiones del marxismo, son diferentes a quienes sufren los problemas o aquellos grupos privilegiados para promover el cambio social, se produce un espacio vacío entre los diferentes niveles de intervención en la realidad. Es necesario el diálogo entre estos dos entes colectivos para poder lograr una acción efectiva de transformación.

A partir de estas premisas fundamentales sobre el orden social y las formas de transformación social posibles, estudiamos diferentes formas de entender la intervención social. Para esto, distinguimos dos grandes líneas de desarrollos en intervención social: 1) 'Intervención social dirigida' porque son intervenciones que mayoritariamente son planificadas y llevadas a cabo por parte de quienes son definidos/as como profesionales o expertos/as; y 2) 'Intervenciones participativas' porque explícitamente incorporan dentro de sus planteamientos la participación de las personas afectadas en la solución de sus propios problemas y enfatizan en la importancia del trabajo conjunto entre personas que intervienen y personas de las comunidades o grupos afectados por los problemas sociales identificados; y finalmente 3) "intervenciones sociales situadas".

5) Un documento que sugirió revisar el profesor Milton Morales para una de las reuniones de la mesa de salud mental en la cual él presentó la ponencia: **conceptos claves en:** programas de salud mental programas psicosociales. Programas de intervención en crisis. el estrés postraumático

### ***Psicosocial como concepto transversal***

El término psicosocial abarca muchos elementos:

- Entronca con la tradición de salud pública que emana de la Declaración de Alma Ata y las directrices de la Organización Mundial de la Salud que entienden ésta no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de equilibrio y bienestar con componentes físicos, psicológicos y sociales. Combate, por tanto, la posibilidad del reduccionismo biomédico.
- Pone el énfasis no sólo en los aspectos curativos, sino en los preventivos, considerando problemas médicos todos aquellos que sean agentes patógenos o factores de riesgo constatables en el ser humano. En este sentido la marginación o la violencia son, por ejemplo, problemas de salud, como así lo afirma la Organización Mundial de la Salud y las principales sociedades médicas desde la década de los

ochenta.

- Ve al ser humano desde una perspectiva integral y sistémica, es decir, inmerso en un medio familiar, comunitario, social, cultural y político del que es indisoluble, y que deben ser factores integrados de modo natural en el quehacer sanitario.

Desde esta perspectiva, incluir componentes psicosociales en un programa de actuación de una organización significa tener una mirada nueva y amplia sobre los problemas que son su objetivo y mandato. Una mirada que sea transversal e integrada en todos y cada uno de los programas de la institución.

Esta integración será más clara en algunos casos (p.e. programas de intervención sobre la pandemia del VIH/SIDA) y menos en otros (p.e. programa de potabilización de aguas en un barrio de reasentamiento) pero, como se verá más adelante, en todos es posible y necesario tener esa mirada amplia que denominamos “enfoque psicosocial”.

Hablar de psicosocial, por tanto, es hablar de la interrelación entre componentes individuales y sociales. Y esto se asocia a considerar como criterios básicos en el trabajo de las organizaciones no sólo los elementos técnicos, sino el desde dónde se trabaja. Entender los procesos como caminos de *acompañamiento* que prioricen aspectos como la dignidad de aquellos con quienes trabajamos, la capacidad para las acciones tengan un rol de transformación de la realidad atacando no sólo las necesidades inmediatas, sino las vulnerabilidades sociales, de creer en las propias capacidades y potencial, de no ser receptores pasivos de programas o de ayuda, sino los protagonistas de la propia historia.

Y estos elementos –que son salud mental, pero mucho más que sólo salud mental– impregnan cada uno de los quehaceres de los diferentes miembros de un equipo: desde el administrador al documentalista, del psicólogo al responsable de recolección de testimonios o de campaña de sensibilización política. En cada tarea que se realiza es posible valorar cual es la manera de hacerlo que contribuya en mayor medida a estos

objetivos transversales, y eso es tener una mirada psicosocial.

Tener esta mirada crítica y este proceso de reflexión constante sobre la propia tarea, la del equipo y la de la organización.

### **Programas psicosociales**

Por extensión de lo anterior, y a efectos organizativos, se habla de *programas psicosociales* como de aquellos en los que estos componentes resultan especialmente críticos.

Los programas de apoyo emocional que se desarrollan inmediatamente después de situaciones de catástrofe, ya sea “natural” o provocada por las personas, incluyen:

- Los **primeros auxilios emocionales** llevados a cabo por personal especializado o no especializado de manera inmediata.
- Sentar las bases que permitan posteriormente, a medio término, **reconstruir el tejido social** dañado por la catástrofe.

En cualquier caso, la intervención crítica busca reforzar y potenciar los mecanismos de afrontamiento psicológico propios de los supervivientes para evitar complicaciones adicionales.

Desde el punto de vista práctico un programa de intervención en crisis puede incluir:

- Elaboración del mapa de riesgos. Educación y preparación pre incidente.
- Preparación antes de la crisis: elaboración de planes de contingencia comunitarios (reservas, puntos de concentración, medios de transporte, organización para el desplazamiento... ), distribución de funciones, sistemas de alerta temprana.
- Estructuración de acciones de urgencia en el inmediato post-crisis.
- Intervención individual, familiar y para pequeños grupos de las personas directamente afectadas en la crisis.
- Mecanismos de seguimiento y referencia a personal especializado, preferentemente local, de las personas más afectadas que lo requieran.
- Apoyo para voluntarios y personal de ayuda que actuó en la emergencia que pueda sufrir un impacto.
- Acciones psicosociales o comunitarias con fuertes componentes sobre el estado

emocional de los supervivientes.

**6) Ignacio Martín –Baró.** Guerra y salud mental. En una aparte de este documentodice:

Conversando en una oportunidad con Salvatore R. Maddi, profesor de la universidad de Chicago, recuerdo haberle oído afirmar que , en última instancia, la fuente “curativa” de cualquier método psicoterapéutico se cifra en su dosis de ruptura con la cultura imperante. En ello habría radicado, por ejemplo, el valor del psicoanálisis freudiano cuando escandalizó al puritanismo europeo de comienzos de siglo, o lo mejor de la “no directividad” rogeriana frente a la unidimensionalidad del norteamericano de la postguerra. Quizá eso es lo que faltaría a los métodos psicoterapéuticos actuales, incluidos el psicoanálisis y la psicoterapia “centrada en el cliente” una dosis de ruptura con el sistema imperante. Pero esta intuición nos remite, de nuevo, al hecho de que la salud mental no está tanto en el funcionamiento abstracto de un organismo individual cuanto en el carácter de las relaciones individual cuanto en el carácter de las relaciones sociales donde se asientan, construyen y desarrollan las vías de cada persona. Por ello, debemos esforzarnos por buscar aquellos métodos de intervención que nos permitan como comunidad y como personas, romper con la cultura de nuestras relaciones sociales viciadas y sustituirlas por otras relaciones más humanizadoras.

Si la base de la salud mental de un pueblo se encuentra en la existencia de unas relaciones humanizadas, de unos vínculos colectivos en los cuales y a través de los cuales se afirme la humanidad personal de cada cual y no se niegue la realidad de nadie, entonces la construcción de una sociedad nueva, o por menos, mejor y más justa no es sólo un problema económico y político; es un problema de salud mental. No se puede separar la salud mental del orden social y ello por la propia naturaleza del objeto de nuestro quehacer profesional.

#### **b. Investigaciones realizadas en la línea**

1) Ponencias del seminario: realidades del poder en la intervención y la interacción psicosocial. Octubre 1 de 2005.

**Fuente:** Sánchez Vidal, Alipio; Morales J. Francisco. Acción psicológica e intervención psicosocial. Documento de la Universidad de Barcelona y UNED, 2001.

#### **Concepto de intervención social**

La Intervención psicosocial (IS) se puede definir como una acción intencionada para cambiar una situación que según ciertos criterios (necesidad, riesgo de conflicto o daño, depredación ambiental, entre otros) se considera intolerable o suficientemente alejada de unas pautas ideales de funcionamiento y relación social (libertad, justicia social, sostenibilidad y similares) como para necesitar corrección en una dirección marcada por unos objetivos.

#### **Funciones**

Se han propuesto varias tipologías de IS, con frecuencia asociadas a la función básica de cada tipo de intervención. Sánchez Vidal (1996) contempla cinco funciones, complementarias y no estrictamente excluyentes, de la acción social. En primer lugar,

prestación de servicios (como salud, educación, servicios sociales) a las personas usando criterios poblacionales, sociales (dirigidos a los más débiles) o comunitarios (realizados en el contexto social inmediato, con participación de la gente y promoviendo recursos de personas y colectivos).

En segundo lugar, desarrollo de recursos humanos de dos tipos. Uno, recursos de ayuda para enfrentarse a los propios problemas (así, entrenamiento de destrezas sociales), para ayudar a resolver los problemas de otros (por ejemplo, formación de voluntarios o paraprofesionales). Dos, recursos y capacidades dirigidas al desarrollo humano: escuelas para ser mejores padres, mejora de las relaciones sociales, fomento de redes de apoyo y participación en asociaciones locales, organización comunitaria, programas de salud y de desarrollo de un barrio.

En tercer lugar, prevención de los problemas psicosociales en sus variantes prevención primaria, secundaria (atención global y reorganización de servicios) y terciaria (rehabilitación y resocialización).

En cuarto lugar, reconstrucción social, creando instituciones «artificiales» (como hogares para personas maltratadas, familias de acogida, comunidades terapéuticas, grupos de ayuda mutua) que compensen la pérdida de cohesión y función social de grupos primarios (familias, iguales, comunidades) en sociedades marcadamente anómicas, utilitaristas y despersonalizadas.

En quinto lugar, cambio social en sentido «fuerte»: el cambio que busca cambiar la estructura y funcionamiento de una comunidad o sociedad con frecuencia redistribuyendo el poder y los recursos sociales disponibles. Usa estrategias como: organización social, creación de instituciones paralelas, investigación-acción participativa, democracia directa, educación popular o autogestión comunitaria.

### **Intervención psicosocial: concepto y límites**

Hasta aquí hemos contemplado la IS como un todo globalizado, subrayando los aspectos psicosociales y comunitarios. La pregunta en este punto es si se puede hablar con propiedad de una auténtica «intervención psicosocial», expresión cada vez más usada entre nosotros (Barriga y otros, 1987; Luque, 1988; López Cabanas y Chacón, 1997; Musitu y otros, 1993; San Juan, 1996). Se revisarán algunos conceptos y opiniones antes de avanzar los posibles significados y alcance potencial y límites— de la IPS. Rueda (1986) llama «praxis psicosocial» a la actuación que, partiendo de las formas de adaptación colectivas (pautas de significación, interacción y comportamiento) poco apropiadas de las personas, propone alternativas psicosociales menos problemáticas y acordes con sus deseos compartidos. Se cuenta para ello con la capacidad de autogestión de la comunidad y se ahonda en la contradicción dialéctica entre ambos sistemas adaptativos: el actual, no satisfactorio, y el alternativo, que está todavía por construir. Sánchez Vidal (1990), haciendo gala de un escepticismo razonado, apunta dos concepciones posibles de la IPS: 1) como relación entre variables sociales y psicológicas en que la intervención sobre las primeras produce cambios deseados en las segundas; 2) como acción centrada en las variables «intersectivas», propiamente psico-sociales, relacionales y pequeño grupales. ¿Cuáles podrían ser, pues, los contenidos básicos de una IPS, en gran parte por concretar?

En línea con lo ya apuntado, cabe señalar el conjunto de esfuerzos interventivos de los psicólogos en la acción social. Aquí entran los aspectos de subjetividad social incluidos en alguno de los tres aspectos básicos de las cuestiones sociales, tanto las de carácter problemático como positivo, a saber, causas, consecuencias y soluciones. Por ejemplo: «construcción» de los problemas sociales y de sus soluciones; dinamización grupal; efectos subjetivos colectivos los temas sociales (percepción de «inseguridad ciudadana», sentimientos de pertenencia o de impotencia colectivo); mantenimiento y difusión de programas interventivos.

A lo anterior hay que añadir las cuestiones y procesos en que grupal o colectivamente las personas llegan a ser sujetos y agentes sociales (no objetos de la acción de otros): participación y «activación» social, autogestión comunitaria, organización colectiva, movimientos sociales, entre otros. En esta visión de la IS, prima el carácter de interacción o influencia entre actores sociales, adopta el enfoque psicosocial y privilegia aspectos relacionales y grupales (como generación y frustración de expectativas, relaciones de influencia y poder).

## **2) Aspectos que intervienen en lo psicosocial**

- 1 LAS DIFERENTES SITUACIONES SOCIALES
- 2 LAS INTERACCIONES ENTRE LOS SUJETOS
- 3 LAS PRAXIS SOCIALES
- 4 LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE AFECTAN A LOS COLECTIVOS

## **3) Dificultades epistémicas**

Lo psicosocial es un asunto que desde las ciencias y disciplinas básicas no se ha elaborado mucho y en contraposición en la ciencia aplicada ha sido más utilizado, generando así un obstáculo epistemológico, al intentar una única definición, puesto que en el campo aplicado las intencionalidades se mueven más en la praxis que en lo teórico, provocando falta de sistematización, conceptualización y construcción teórica al respecto. (Oscar Acevedo, 2005).

**4) Fuente: Ossa, Carlos.** De la intervención psicosocial a la dinamización cultural. En Ponencia del seminario: Realidades del poder en la intervención y la interacción psicosocial. Ude A, octubre 1 de 2005.

## **Conceptualización de lo psicosocial**

A nivel conceptual su propuesta de intervención se basó fundamentalmente en la perspectiva planteada por Martín-Baró quien señalaba que los actos de barbarie y terror dirigidos hacia la población civil tenían la clara intencionalidad de destruir el tejido social de las comunidades para facilitar la obtención del control, social, político y psicológico por parte de los grupos armados, poniendo así el énfasis ya no en la recuperación de la salud mental, sino en la consolidación de mecanismos de afrontamiento que les permitieran a las poblaciones afectadas soportar las presiones ejercidas y luchar por sus derechos. Desde esta perspectiva las acciones de recuperación se centraron en el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento de las comunidades a partir de la generación de procesos basados en la resistencia civil no violenta y el DIH, marco normativo que definía la identidad organizativa de las comunidades de paz.

## **5) Lina María Gutiérrez Soto. Sistematización de experiencias de Intervención psicosocial en las zonas nororiental y noroccidental de la ciudad de Medellín, 2003-2004**

### **Intervención psicosocial**

#### **Definiciones**

El concepto de intervención psicosocial surge en los Estados Unidos a principios de la década de los 30 (15) como un enfoque del trabajo de caso o “casework” que inició su desarrollo a principios de 1.800 con el trabajo social que se llevaba a cabo en las grandes organizaciones de beneficencia americanas.

El trabajo de caso o “casework” toma fuerza y se desarrolla a partir de dos escuelas de pensamiento: La escuela diagnóstica y la escuela funcionalista. La primera enfocaba su trabajo a “intervenir los “problemas de los individuos como una enfermedad, la cual debía ser diagnosticada y ser tratada por el trabajador social o experto” (15); la segunda escuela, trabaja desde un enfoque que destacaba el crecimiento y el desarrollo, donde se daba al cliente una gran responsabilidad en el desarrollo del tratamiento (15)

El precursor de los inicios de la teoría psicosocial surge de la escuela diagnóstica, y es de sus postulaciones e influencias teóricas que se inicia la construcción, análisis y contextualización para el trabajo social y posteriormente para la psicología comunitaria o social que hoy se desarrolla.

En la actualidad es en las ciencias sociales y humanas donde se han desarrollado este tipo de intervenciones, principalmente son las áreas de trabajo social y psicología, las que han desarrollado nuevos elementos conceptuales y procesos metodológicos; estos elementos se caracterizan y diferencian de una disciplina a otra, solo por las bases teóricas de los métodos utilizados y por los resultados que se esperan obtener con el trabajo del profesional.

En términos generales una intervención psicosocial (16, P. 26) puede definirse como el conjunto de acciones encaminadas a mitigar o desaparecer los riesgos y procesos sociales problemáticos para un individuo y su grupo social, ya sea este la familia, la comunidad, el grupo de trabajo, entre otros; a través de actividades de carácter preventivo o terapéutico que buscan mejorar la calidad de vida y el bienestar, tanto individual como colectivo.

Elementos como el concepto de la personalidad, los procesos cognitivos y las teorías del comportamiento, son los que orientan y complementan las estrategias y formas de accionar de las Intervenciones Psicosociales desde el campo de la psicología social; es decir lo que básicamente marca la diferencia (16) entre una intervención psicosocial desde la psicología comunitaria y una intervención desde el trabajo social, es el estudio minucioso del individuo, una vez se identifica el problema y se interviene de manera colectiva.

Hecha esta precisión es importante mencionar que ambas disciplinas trabajan con las características dadas a la intervención psicosocial para diferenciarla de otro tipo de intervenciones:

- 1 La intervención a problemas sociales que afectan un individuo.
- 2 los problemas de un individuo que afectan su contexto social.
- 3 El trabajo en grupo
- 4 Los procesos participativos para la búsqueda de las situaciones problemáticas y para las alternativas de solución.

### **Fundamentos teóricos**

Aunque algunos autores mencionan un sinnúmero de teorías que pueden estructurar y complementar los procesos y modelos desarrollados en la Intervención Psicosocial, la mayoría se acoge a las bases conceptuales definidas en la teoría general de sistemas o teoría sistémica y la teoría psicodinámica. A continuación se ampliará un poco la justificación de estos fundamentos.

Siendo el trabajo con grupos y la evaluación del individuo en su contexto social, elementos estructurales de la intervención psicosocial, para los profesionales es importante visualizar el conjunto de factores positivos o negativos que afectan a un grupo social (15), identificando cada uno de los elementos que lo componen y afectan, para prever como se modificaría cada uno de los escenarios sociales al momento de modificar o eliminar un elemento o factor identificado como problema. Así mismo, es primordial en este tipo de intervenciones, no detenerse y ahondar en la minucia, es decir no solo dedicarse a resolver el problema identificado, si no que debe verse todo desde la totalidad, desde lo que rodea al individuo y a su grupo social.

Aplica también en este tipo de intervenciones la identificación en un sistema de las entradas, los procesos y las salidas que se retroalimentan y modifican según las acciones realizadas por el individuo y su grupo social. Un modelo muy utilizado para la comprensión de este concepto, está relacionado con la evaluación de los roles sociales asumidos por los miembros del grupo intervenido y como estos roles afectan el problema que se interviene.

La teoría psicodinámica por su parte, aporta a la fundamentación psicosocial los elementos relacionados con el desarrollo de la personalidad, “ que permitan dar al profesional una comprensión más profunda del mundo psíquico interno del individuo, sobre todo de los procesos psíquicos inconscientes, que ayudan a explicar parte de las reacciones que los individuos tienen en situaciones terapéuticas” (15).

La mayoría de los conceptos utilizados son los definidos en la teoría psicodinámica clásica que incluyen la conceptualización y comprensión del ello, el yo y el superyo como base de la estructura psíquica.

Con la aplicación de la teoría psicodinámica en las intervenciones psicosociales se fundamentan los procesos de atención terapéutica para los individuos con los que se trabaja y se entiende el proceso natural que cada individuo afronta al someterse a actividades psicoterapéuticas: la resistencia y la transferencia. (15)

## Enfoques de intervención psicosocial

Se entiende por enfoque de intervención psicosocial los métodos o modelos de acción que el profesional o grupo de profesionales encargados de la intervención establezcan para desarrollar acciones encaminadas a mejorar las condiciones sociales de los miembros de una comunidad y de los individuos.

En la revisión bibliográfica del tema se identificaron tres enfoques básicos (15):

1 ENFOQUE INTERVENCIONISTA: El profesional logra cambios en la situación del grupo social o el individuo, a través de su propio accionar; es decir, el profesional es quien direcciona las intervenciones, se hace cargo de toda la responsabilidad y de todas las medidas para que el cambio pueda desarrollarse, dejando al grupo social o al individuo sin responsabilidades.

1 ENFOQUE DIRECTO: Este enfoque implica que el profesional es el responsable de proponer o sugerir al grupo social o al individuo objeto de la intervención que tome medidas determinantes frente a las problemáticas que lo afectan; en este caso la responsabilidad del profesional es sólo por el tipo de cambio que se deba lograr, es el grupo social o el individuo, quien debe tomar las medidas y responsabilizarse por la acción.

1 ENFOQUE INDIRECTO: En este caso el profesional enfoca su trabajo hacia el proceso, con el objeto de que el cliente se responsabilice por los cambios que sean necesarios; es decir, el profesional sólo se enfoca en velar que las medidas que se deben tomar sí se tomen y es el grupo social o el individuo quien debe establecer cuales son las medidas y realizar la acción.

## Principios de la intervención psicosocial

- 1 Adopción de perspectivas ecológicas o de atención centrada en las posibles influencias de los factores socio ambientales.
- 2 Búsqueda del cambio social.
- 3 Importancia de la prevención (especial y primaria).
- 4 Intervención en crisis.
- 5 Procesos participativos e interrelacionados.

## Modelos de intervención

Aunque los enfoques y modelos de trabajo aplicados en las intervenciones psicosociales no son estándar, ni están predefinidos, en la revisión bibliográfica efectuada se encontró que pueden identificarse cinco modelos de intervención según el objetivo que se espera obtener al realizar acciones con un grupo de individuos y sus contextos sociales (17)

1 **Intervención preventiva:** Acciones encaminadas a prevenir o evitar que los factores de riesgo sociales que se identifican en un grupo social o un individuo determinado puedan ser controlados e intervenidos a tiempo, evitando que otros individuos se vean afectados a futuro.

2 **Intervención asistencial:** Acciones encaminadas a la atención de problemáticas sociales de manera inmediata y precisa para disminuir en el menor tiempo posible los efectos causados por el desenlace de una situación de riesgo. La atención de emergencia que se ofrece a las comunidades o individuos en situación de desplazamiento o a las comunidades afectadas por desastres naturales pueden clasificarse en este tipo de intervención.

3 **Intervención rehabilitadora:** Se incluyen en este modelo los procesos de ayuda y recuperación de individuos y grupos sociales cuando una problemática específica ha modificado su comportamiento y deteriora sus condiciones de salud física, mental y social. Las actividades de recuperación y adaptación social que se realizan en los programas de rehabilitación para drogadictos, indigentes y menores infractores, son un ejemplo de este tipo de intervención.

4 **Intervenciones dinamizadoras de reconstrucción social:** Se agrupan en este tipo de intervención las acciones encaminadas a mejorar los valores y elementos sociales de la comunidad a través del fortalecimiento de los grupos organizativos, las formas de participación y el desarrollo de nuevas habilidades sociales.

**Intervenciones de cambio y transformación social:** Son las actividades realizadas para dotar a la comunidad y a sus individuos de nuevos elementos socio culturales, de educación popular y de formación en oficios que les permita mejorar las condiciones económicas, culturales y la calidad de vida de los individuos de la comunidad.

**6) Maryory Abello, Juan Guillermo Gallego. Intervención psicosocial. Una mirada desde el trabajo social.**

### **Lo psicosocial**

Para comprender de dónde nace la noción de lo psicosocial se hizo necesario hacer un rastreo desde una perspectiva histórica y disciplinar que permitiera identificar las raíces acerca de su surgimiento. Para este propósito, se consideró pertinente acoger como referente a Oscar Acevedo quien considera que en forma general lo psicosocial es un asunto que desde las ciencias y disciplinas básicas no se ha elaborado mucho y en contraposición en la ciencia aplicada ha sido más utilizado, generando así un obstáculo epistemológico, al intentar una única definición, puesto que en el campo aplicado las intencionalidades se mueven más en la praxis que en lo teórico, provocando falta de sistematización, conceptualización y construcción teórica al respecto.

Por los límites para definir lo psicosocial Acevedo retoma a Wigeitein, argumentando que

cuando no hay una forma precisa de nombrar algo, se recurre a los parecidos de familia desde ideas y nociones con un sinnúmero de significados o aproximaciones comunes para lograr acercarse a la clarificación de un concepto.

Es pertinente mencionar que en la bibliografía revisada y en los referentes teóricos, lo psicosocial puede nombrarse de diversas formas, entre ellas, se encontró como enfoque de intervención, como modelo de intervención, y como atención o intervención propiamente dicha.

Se inició por reconocer que lo psicosocial puede entenderse como enfoque de intervención, que se define, para este caso particular, como los métodos o modelos de acción que el profesional o grupo de profesionales encargados de la intervención establecen para desarrollar procesos encaminados a mejorar las condiciones sociales de los miembros de una comunidad y de los individuos que la constituyen.

**Intervención social:** es un concepto muy amplio y que ha tenido sus orígenes en el desarrollo de las ciencias sociales y en el cual la interacción entre las personas de un colectivo con fines o propósitos claramente definidos, posibilitan la obtención de beneficios sociales en pro del desarrollo de la comunidad.

**Intervención social:** proceso sistemático y coherente que se lleva a cabo frente a problemáticas sociales no resueltas, que se desarrolla a través de acciones con carácter de educar y generar procesos organizativos, que llevan implícitos una ideología orientada fundamentalmente a la modificación y transformación de las maneras de ver, actuar, y sentir de los individuos en su inserción social. Existen modalidades de intervención, ya sea desde arriba, por medio de organismos de planificación y del orden institucional, o desde abajo, propiciada por las organizaciones comunitarias de base.

### **Intervención psicosocial**

conjunto de acciones encaminadas a mitigar o desaparecer los riesgos y procesos sociales problemáticos para un individuo y su grupo social, ya sea éste la familia, la comunidad, el grupo de trabajo, entre otros; a través de actividades de tipo preventivo y terapéutico que buscan mejorar la calidad de vida y el bienestar tanto individual como colectivo”

### **La intervención psicosocial teorías confluyentes**

Para avanzar en el establecimiento de un corpus referencial que permita abordar con mayor precisión el tema objeto de la presente investigación, se identificaron de manera preliminar los postulados centrales que configuran las tres vertientes teóricas en las cuales se inscribe la Intervención Psicosocial. Se encuentran con mayor recurrencia en la literatura, la Teoría General de Sistemas o Teoría Sistémica, la Teoría Psicodinámica

y el Funcionalismo, como las principales fuentes conceptuales que fundamentan este tipo de intervención social. Se establecen a continuación algunos elementos básicos de estas teorías que darán luces para una comprensión mayor del tema.

Es interesante percatarnos que, en su conjunto, estas tres teorías aportan a la comprensión de los procesos de intervención psicosocial en tanto se interroga al sujeto en crisis vinculado y comprometido en relaciones complejas y dinámicas de interacción, que lo determinan y caracterizan; al sujeto en su naturaleza y configuración psíquica; y al sujeto en su condición funcional y social. Estas tres dimensiones y oportunidades teóricas de orientación de la intervención psicosocial, si bien abordan tres aspectos fundamentales, no necesariamente implican la compatibilidad de enfoques entre las mismas, lo cual conlleva a la comprensión de que de la teoría base que orienta la intervención psicosocial depende su desenlace en términos de la concepción del sujeto, del o los fenómenos que lo comprometen en contexto, del acompañamiento profesional y del desenlace metodológico y operativo de la intervención propiamente dicha.

**La Teoría Sistémica** considera un sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por el estado de cada uno de los otros. Este primer planteamiento involucra un alto grado de complejidad y abstracción; sin embargo para ilustrar de una manera sencilla un sistema, se puede relacionar con los sistemas en que cualquier individuo interactúa como son: la familia, el grupo de trabajo, un equipo deportivo, entre otros. Al analizar un sistema, como el familiar, es importante reconocer que éste presenta ciertas influencias, relaciones y dinámicas que lo componen, caracterizan y determinan; según Aunar esta es una manera sencilla de comprender la Teoría Sistémica en un vocabulario cotidiano.

La Teoría General de Sistemas permite considerar un fenómeno en su totalidad, definir sus componentes internos y externos y estudiar las relaciones que los unen, sin reducir la totalidad a la suma de las partes, ya que el todo en un sistema es mucho más que la suma de las partes.

La Teoría de Sistemas se ha desarrollado para comprender y explicar diferentes realidades: físicas, biológicas y sociales.

Ludwin Von Bertalanfy en 1937 inició las bases teóricas de la Teoría General de Sistemas, proponiendo un lenguaje común para las diferentes disciplinas, sus conceptos básicos son:

- **Sistema:** Es un conjunto de elementos que están interrelacionados por diversos canales de comunicación y de control para alcanzar objetivos identificables, en éste, los elementos, componentes o subsistemas, por su misma naturaleza, constituyen una complejidad organizada que interactúa continuamente.

- **Las partes:** pasan a ser funciones básicas realizadas por el sistema: entradas, recursos materiales, humanos o de información que integran al sistema, constituyendo la fuerza de arranque que suministra al sistema sus necesidades operativas.

- **Proceso:** transforma una entrada en salida.

- **Salida:** resultado que se obtiene al procesar las entradas

- **Sistemas, subsistemas y suprasistemas:** todo sistema tiene una relación jerárquica con sistemas mayores o menores, por lo tanto, todo sistema es parte de un subsistema y / o suprasistema. Los sistemas deben beneficiarse entre sí para sobrevivir, equilibrando así el ambiente. Los suprasistemas se desarrollan a partir de los subsistemas y ganan gradualmente control sobre ellos.

Esta Teoría plantea la posibilidad de iniciar un lenguaje idéntico en las Ciencias, permitiendo establecer un marco de referencia conceptual común para las diversas disciplinas; desde sus postulados hace un llamado a un enfoque interdisciplinario y global de los fenómenos.

Por el interés de este estudio, se hace necesario articular La Teoría de Sistemas con lo Psicosocial, dado que es reconocida como una de sus bases teóricas. Esta teoría sistémica hace que en la Intervención Psicosocial tanto el fenómeno como la población afectada se vean como un todo sistémico, complejo e interdependiente en el cual se tejen relaciones entre sus miembros, se generan procesos de transformación, retroalimentación, entradas, salidas y se crean otros subsistemas con el fin de superar el estado de crisis o situación problemática.

**La Teoría Psicodinámica** está dirigida a la descripción de la forma en que la personalidad se desarrolla para explicar cómo los procesos subyacentes interactúan para determinar la conducta del sujeto y sus relaciones interpersonales. Subraya la importancia de las fuerzas internas, como los impulsos, motivos y emociones, suponiendo que la personalidad se desarrolla conforme se resuelven los conflictos entre estas fuerzas. por su parte, aporta a la fundamentación de lo psicosocial con elementos relacionados al desarrollo de la personalidad, “que permitan dar al profesional una comprensión más profunda del mundo psíquico interno del individuo, sobre todo de los procesos psíquicos inconscientes, que ayudan a explicar parte de las reacciones que los individuos tienen en situaciones terapéuticas”.

La mayoría de los conceptos utilizados provienen de la Teoría Psicodinámica Clásica, que incluye la conceptualización y comprensión del ello, el yo y el superyo, como base de la estructura psíquica.

Del ello forman parte las manifestaciones psíquicas de los instintos biológicos, y constituye por esto la fuente de energía y fuerza motriz de toda la personalidad; el ello pertenece en su totalidad a las capas inconscientes de la personalidad y sus funciones están organizadas de conformidad con el principio de placer y el proceso primario (éste se ve reflejado en sueños, bromas, olvidos y actos fallidos).

El yo puede definirse como el grupo de procesos psíquicos cuya tarea es observar y registrar los distintos factores que inciden en el organismo, tanto del medio exterior como del interior, el yo debe continuamente ocuparse del equilibrio para que no sea perturbado el ello, el superyo o el mundo exterior de una forma amenazadora, si el yo logra esta tarea, la adaptación del individuo es exitosa, tanto para lo interno de su personalidad como para la relación con el mundo externo, este funciona también con procesos secundarios es decir, procesos mentales que se caracterizan por lógica, orden en el tiempo y en el espacio.

El superyo es la estructura de la personalidad que aparece en última instancia. Su función

es la de evaluar en forma crítica a las otras funciones síquicas teniendo en cuenta normas como correcto, incorrecto, bueno y malo. Las funciones del superyo pueden ser conscientes, preconscientes o inconscientes. Las primeras pueden denominarse como la conciencia, las últimas están relacionadas con concepciones más primitivas y arcaicas de premio y de castigo. El superyo comprende también el pensamiento normativo, que caracteriza la sociedad y la cultura en la que vive el individuo y las tradiciones, formas o comportamientos que son transmitidos a él a través de los padres. El superyo tiene entonces una importante función como conservador de tradición y continuidad de la cultura.

Con la aplicación de la Teoría Psicodinámica se fundamentan las Intervenciones Psicosociales respecto a los procesos de atención terapéutica, con los individuos con que se trabaja y se entiende el proceso natural que cada individuo afronta al someterse a actividades psicoterapéuticas como la resistencia y la transferencia. La primera entendida como la totalidad de la fuerza que dentro del paciente se opone al procedimiento y al proceso terapéutico, la resistencia defiende el *status quo* aun cuando el paciente en apariencia está motivado para el tratamiento y el cambio. La transferencia es uno de los medios más importantes a través de los cuales el paciente hace consciente sus conflictos inconscientes, es el terapeuta quien debe favorecer el advenimiento de una relación de transferencias con el fin de que el paciente le transfiera sus pensamientos, sentimientos, sufrimientos y otros factores que ayuden en la terapia.

Después de los 80's se habla de una Teoría Psicodinámica moderna que se distancia de la idea de los impulsos como factor básico (conducta) y se interesa por el individuo, (interacción en el mundo social, lo social sólo desde lo biológico) este cambio se dice fue generado por la psicología del ego (Goldstein).

Estos modelos son llamados Psicodinámicos porque la teoría que los fundamenta se basa en la conducta que es la resultante de una serie de movimientos e interacciones que se producen en la mente de las personas. Algunas críticas que se le han hecho a la influencia de la teoría psicodinámica en la intervención tienen que ver con su enfoque científico y biológico, su modelo médico, que impone en la relación terapeuta y cliente el supuesto de que el terapeuta es el experto.

**El Funcionalismo**, como teoría que permea el campo de lo Psicosocial considera a la sociedad como un conjunto de partes (normalmente instituciones) que funcionan para mantener el conjunto y en la que el mal funcionamiento de una parte obliga al reajuste de las otras.

La idea de que la sociedad consiste en un conjunto de instituciones relacionadas que trabajan en favor del sistema en su conjunto se remonta, a la época moderna, a los escritos de Maquiavelo, y fue desarrollada por Montesquieu y otros.

En la primera mitad del siglo XX, el Funcionalismo fue un modelo teórico importante para llevar a cabo estudios de carácter sociológicos y antropológicos. Malinowski, a partir de las investigaciones de campo que realizó en las islas Trobriand, concibió una teoría de la cultura que explicaba la existencia de las instituciones sociales por su capacidad de satisfacer las necesidades psicológicas humanas. El Estructural-Funcionalismo de Radcliffe-Brown reaccionó a este punto de vista, sosteniendo que el funcionamiento y la existencia de las instituciones sociales debían ser explicados en términos sociales, y no

reducido a motivaciones psicológicas. Este punto de vista se creó en torno al estudio de unidades sociales pequeñas y autosuficientes, en las que es relativamente fácil suponer un sistema de funcionamiento como totalidad.

Debido a su insistencia en el mantenimiento del sistema, el Funcionalismo ha sido criticado por parecer una ideología reaccionaria. En consecuencia, en el estudio de sociedades complejas es difícil aplicar modelos Funcionalistas, especialmente en sociedades de clases que conceden una gran importancia al conflicto, aunque los intentos de aplicación de la Teoría de Sistemas y la obra sociológica de Talcott Parsons han arrojado importantes modelos de comprensión Funcionalista de las sociedades complejas.

El Funcionalismo es una de las teorías que nutre las ciencias sociales en general y ha desarrollado de manera particular la sociología, por tanto se hace necesario abordar algunos asuntos para complementar los apuntes anteriores y comprender a la luz de esta teoría la Intervención Psicosocial. Esta corriente teórica tiene como fundamento la lógica de las Ciencias Naturales en cuanto al comportamiento orgánico de los hechos, por eso se encuentra que Comte, Heibert y Spencer, conciben los grupos de sociedad o las sociedades singulares como algo muy semejante a los organismos biológicos, en cuanto a su forma de operar, se encuentra como hecho relevante que entre 1920 y 1930 se hablo de una reorientación de la sociología por interesarse en la concepción de los fenómenos sociales, sin tener en cuenta como punto de partida las sociedades concretamente aislables, por tanto se toma la Teoría Estructural Funcionalista de Parson que tiene como rasgos para el análisis de los hechos sociales lo siguiente:

- Delinea las fronteras entre el sistema social y los restantes sistemas (para este análisis se toma la cultura, la personalidad y lo biológico).
- Delimita las principales unidades estructurales del sistema social y tiene un fuerte énfasis en las relaciones normativas existentes entre estas unidades.
- Se interesa por las condiciones de estabilidad, interacción y eficacia máxima del sistema social.

Desde una mirada Estructural Funcionalista se toman para el análisis los imperativos funcionales, los cuales aluden a problemas básicos de un sistema social. Estos imperativos son 4 y se concretan de la siguiente manera:

1. La adaptación a otros sistemas y al entorno físico.
2. La consecución de los objetivos de un sistema.
3. La integración.
4. El mantenimiento de la estabilidad y la coherencia.

Los imperativos funcionales se emplean en función de analizar las condiciones de estabilidad y eficacia de un sistema y no meramente para la existencia y supervivencia del mismo.

Después de 1949 la perspectiva del Funcionalismo se denominó social porque se preocupaba por la estabilidad, el consenso y la integración; la diferencia entre el Funcionalismo y el Funcionalismo Social está en el interés por ver un sistema que está compuesto por partes interdependientes y por su interés en ver las consecuencias sociales no intencionales de la acción y la organización social.

7) Carlos Mauricio González Posada, Eugenio Paniagua Suárez. Sistematización de experiencias de intervención psicosocial en Medellín, 2004.

<b>ZONA</b>	<b>CONCEPTO GENÉRICO</b>
NORORIENTAL	<p>consideran como intervención psicosocial las acciones y medidas tomadas con un individuo que se ha visto afectado por los factores condicionantes del entorno que lo rodea y al mejorar su situación, él como parte del contexto, mejora las situaciones que están a su alrededor.</p> <p>Pero también acciones de tipo integradoras que permiten al individuo mejorar sus relaciones, crear nuevos lazos y tener una visión integradora de las situaciones y problemas psicológicos y sociales que los afectan</p>
NOROCCIDENTAL	<p>El concepto de intervención psicosocial no está definido; ninguna de las organizaciones participantes refirió como precisa sus intervenciones psicosociales; sólo refirieron asuntos relacionados con la teoría psicoanalítica que soportan las intervenciones psicosociales.</p>
CENTRO ORIENTAL	<p>Desde el sector educativo se evidencian dos conceptos: uno centrado en el comportamiento de las personas e interacción con los demás y otro en donde se resalta a la escuela como primer espacio de socialización.</p> <p>Desde el sector social y comunitario se tienen concepciones integracionistas en donde puede observarse una confluencia entre lo individual y lo colectivo, en donde aspectos como lo comportamental, lo emocional, lo cognitivo lo familiar, lo comunitario tienen un acompañamiento y asesoría de manera consecutiva y permanente.</p> <p>El sector eclesiástico es enfático al afirmar que La dignidad humana es el centro de la persona, por tanto la intervención que realizan se enfoca a trabajar en éste aspecto.</p>
CENTRO OCCIDENTAL	<p>En estas jornadas participaron las instituciones universitarias desde el sector educativo y en cuanto se refiere a los conceptos de intervención psicosocial desde las universidades se plantean conceptos fundamentados en las prácticas institucionales de intervención psicosocial realizadas por los estudiantes en la mirada de subjetividades (individual y colectiva) que de cierto modo determinan lo psicosocial mediatizadas por la interacción social en los fundamentos de la psicología social en donde participa la comunidad y se reelaboran y devuelven sus demandas y en las orientaciones humanistas experimentales y dinámicas perfiladoras de la psicología social.</p> <p>El sector social y comunitario, las intervenciones psicosociales están muy orientadas a intervenir desde lo pedagógico –</p>

	<p>educativo, la capacitación artesanal, y lo lúdico a través de expresiones artísticas y culturales.</p> <p>Estos procesos van dirigidos esencialmente a los individuos en estado vulnerable y a sus familias, con un fuerte componente humanista, y con orientaciones desde la psicología, el trabajo social.</p>
SUR	<p>Pueden encontrarse dos concepciones en el sector educativo: una desde las universidades que refiere a la corriente de la psicología social en donde se incluye la intervención psicosocial desde la promoción y prevención y desde la IAP en donde el profesional sirve de catalizador del trabajo comunitario.</p> <p>La otra concepción desde la institución educativa primaria y secundaria en donde prima lo pedagógico y el énfasis de la formación humana, reforzado desde el trabajo fuera de las aulas y dirigido a la atenuación de problemas de consumo de SPA y de apoyo a la familia, la metodología se apoya mucho en lo artístico.</p> <p>El sector social y comunitario expresó que no hay modelos definidos, no obstante las intervenciones psicosociales tienen orientaciones desde lo cognitivo, el desarrollo humano, la pedagogía social comunitaria, la psicología social, el análisis organizacional y el apoyo al apoyo.</p>

### En síntesis:

Las intervenciones se sustentan en las problemáticas sociales, especialmente en las relacionadas con todo tipo de violencias y vulneración de los derechos humanos, así como en los factores que alteran la convivencia familiar y social.

Diversas concepciones en torno al término psicosocial, relacionadas esencialmente con:  
 Intervenciones asistencialistas  
 Intervenciones rehabilitadoras  
 Intervenciones de cambio y transformación social

**8) Eugenio Paniagua Suárez, Brígida Montoya, Carlos Mauricio González. Proyecto riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de Medellín, 2006.**

Estudio que busca conocer el estado de salud mental de adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín mediante indicadores de salud mental como: Depresión, Riesgo de suicidio, Consumo de sustancias psicoactivas, Vulnerabilidad familiar y adaptabilidad a las crisis familiares y sociales.

### a) Beatriz Elena Londoño. Consumo de sustancias psicoactivas

### Conclusiones

El total de la muestra para este estudio fue de 779 estudiantes de los cuales el 48% son

de sexo masculino, 91.7% pertenecen a instituciones educativas de carácter oficial, 54.4% asisten a la jornada de la mañana, los grados con mayor participación están entre los 6 a 9 con un total de 77.8% y los estrato socioeconómico más predominante es el 2 con un 52.2%.

De esta muestra el 58.5% ha vivido toda la vida en el mismo barrio y el 8.7% se ha tenido que cambiar de residencia a causa de la violencia. El 1.7% de los adolescentes escolarizados de esta muestra tienen entre uno a dos hijos.

El 63.3% de los adolescentes de la zona nororiental ha consumido alguna vez una o varias sustancias SPA, lo que corresponde a más de la mitad de la población participante en el estudio de estos el 33.4% son hombres y el 30.2% son mujeres lo que significa que el consumo de SPA es mayor en los hombres.

Con respecto a la edad promedio de inicio de las sustancias psicoactivas sigue la tendencia a la disminución en la edad de inicio del consumo aunque se sigue el promedio de inicio para las bebidas alcohólicas 12 años, para el cigarrillo 11.5, y para las sustancias ilícitas 13.5 años.

Las tres sustancias de mayor consumo en la vida para la zona nororiental son las bebidas alcohólicas con un 90.6%, el cigarrillo 54.5% y marihuana 16.6%. Se evidencia un incremento considerable en los porcentajes de consumo sobre todo en las bebidas alcohólicas y el cigarrillo, la marihuana sigue siendo la sustancia ilegal de mayor consumo. En cuanto al consumo anual de sustancias psicoactivas se evidencia una disminución en el consumo más que todo con las sustancias psicoactivas ilegales.

La dependencia en el consumo de SPA el cigarrillo tiene la prevalencia más alta de dependencia 25.6%, con respecto a las demás sustancias y es mayor en los hombres con un 19.1%; a su vez esta sustancia que genera mayor exconsumo en un 15.4% siendo mayor en las mujeres con un 9.3%. La abstinencia en el consumo se dan las proporciones mayores en las sustancias de tipo ilegal.

Como posibles factores protectores se tiene que los tres motivos principales para abandonar una sustancia es que el adolescente sólo consumió para probar la sustancia, consumió y no le gustó y el temor a seguir consumiendo

Los motivos para no consumir sustancias son: "no le gustan las sustancias", "no ha sentido la necesidad" y el "temor", la principal razón para consumir sustancias SPA es la curiosidad y la diversión.

Como posibles factores de riesgo se tiene que el consumo en amigos tiene un porcentaje del 61% lo que significa que más de la mitad de estos adolescentes tienen amigos consumidores, en cuanto a los familiares las sustancias con mayores porcentajes de consumo son el alcohol (74%), cigarrillo (65.7%) y marihuana (19.9%). Existe asociación significativa entre el consumo de sustancias SPA y el hecho de tener amigos (as) o familiares cercanos que consuman dichas sustancias, hacen que la actitud frente al consumo sea más permisiva.

En cuanto al tiempo libre las actividades escogidas con mayor porcentaje se encuentran la realización de tareas escolares (24%) siendo mayor en las mujeres con un 15.5% y la

práctica de los deportes con un 18.5% siendo mayor en los hombres con un 15.3%; en cuanto a la asociación del consumo de SPA con el uso del tiempo libre se tiene que estadísticamente con una significancia del 5% los estudiantes consumen sustancias en el desarrollo de las actividades en el tiempo libre.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre el consumo y el riesgo de suicidio por rangos de edad; el rango de edad de los 15 a los 19 años el 67.7% consumen y están dentro de los niveles de riesgo de suicidio.

Por sexo no hay diferencias estadísticamente significativas, se evidencia que el riesgo a suicidarse es posible para ambos sexos. Del total de los adolescentes de la zona nororiental se tiene que el 20.3% han consultado alguna vez por problemas de consumo de sustancias psicoactivas y es mayor la consulta en los hombres; por cada mujer que consulta hay dos hombres. Las principales personas a las que acuden son a un familiar y a un amigo.

En síntesis:

Se han encontrado situaciones de riesgo para los adolescentes, manifestados en altos índices de consumo de sustancias psicoactivas, depresión, vulnerabilidad familiar, riesgo de suicidio.

El estudio evidencia que las situaciones de problemas familiares en donde la violencia tanto física como verbal, son las causas más frecuentes que, asociadas con las situaciones de vulnerabilidad social como el desempleo y la falta de oportunidades, pueden afectar a los jóvenes y al núcleo familiar.

b) **Carlos Andrés Vergara Cano.** Depresión en adolescentes escolarizados de la zona nororiental Medellín, 2006.

Discusión y conclusiones

Los resultados de la aplicación del Children Depression Inventory (CDI) muestran una tendencia a los puntajes bajos que es lo esperado en poblaciones normales no clínicas, lo cual prueba la efectividad de la prueba como tamiz para detectar posibles casos positivos de depresión.

Al comparar los puntajes totales del CDI obtenidos por la muestra de estudiantes de la zona nororiental de Medellín en este estudio, se obtuvo un promedio de 10,46 con una desviación estándar de 6,34 con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 42, lo cual es similar a lo que hallaron Posada y Rúa en la Validación de la prueba en la población no clínica, con un promedio de 10,032 y una desviación estándar de 5,435 y un puntaje

mínimo de 0 y máximo de 34; la doctora Kovacs (1985) en la validación original de la prueba había obtenido un promedio de 9,8 (33).

El CDI evalúa síntomas depresivos en los últimos 15 días, por tanto la población que registró los puntajes más altos en la aplicación de la prueba cumpliría con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno depresivo mayor, no obstante para un diagnóstico certero aun sería necesario que lo confirmara un profesional de la salud mental, psicólogo o psiquiatra, aun así, los datos obtenidos pueden considerarse como un aproximación confiable con el número aproximado de posibles casos positivos de dicho trastorno.

El 26,5 % de la muestra presentó algún síntoma de depresión para una estimación de unos 11.872 adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín con algún tipo de síntoma de depresión, lo cual es una cifra alta que se ubica muy por encima de lo que Bathia et al (5) estiman, estos autores en su artículo de revisión sobre la depresión en la infancia y la adolescencia afirman que aproximadamente el 15% de los adolescentes habían tenido algún síntoma de depresión alguna vez en su vida. En este mismo artículo se estima que entre un 3 a 5 por ciento de niños y adolescentes han padecido un trastorno de depresión mayor, y un 3 por ciento un trastorno distímico alguna vez en su vida. El presente estudio por su parte encontró que el 9,9% de los encuestados presentó síntomas altos de depresión para una estimación para la zona de unos 4.435 adolescentes escolarizados, lo cual muestra lo preocupante de la situación.

Las mujeres son quienes tienen mayor tendencia a presentar sintomatología depresiva, ellas presentaron 5,5% de nivel de depresión alto y 10% de nivel moderado. Lo cual es acorde con lo reportado en otros estudios donde se ha hallado mayor incidencia del trastorno en la población femenina sin importar la edad (5) (7) (15) (29).

El rango de edad comprendido entre los 11 a 14 años presenta una tendencia mayor hacia la sintomatología depresiva con un 7,6% de nivel alto de depresión y 9,7% en el nivel moderado; esta etapa es reconocida como crítica en cuanto implica cambios físicos y psicológicos (8), lo cual podría explicar el mayor índice de síntomas en este rango de edad, pero en general los estudios sobre depresión indican que la incidencia es mayor a

medida que aumenta la edad del individuo (7) (12).

El grupo específico que presentó los más altos niveles de depresión fue el de mujeres entre 11-14 años con 9,4% y el que menor porcentaje obtuvo fue el de hombres de 15-16 años.

En la comuna Santa Cruz fue donde se presentó la mayor prevalencia de depresión de la zona, con un 38,4%. El nivel de depresión alto en las mujeres es también notablemente superior que el promedio con un 21,8%, (9,4% de nivel alto y 12,4% de nivel moderado).

En la comuna Santa Cruz los porcentajes de síntomas depresivos para el grupo de edad de 15-19 años son más altos (22,1%) que los del grupo 11-14 años (16%); esta diferencia esta dada sobre todo por el nivel moderado el cual tiene un índice de 15,8%, lo que sugiere en general un ánimo depresivo mayor para este grupo de edad.

La prevalencia total de depresión para la comuna Popular fue de 29,7%, ubicándose en el segundo lugar; los hombres, tuvieron un porcentaje ligeramente superior en el nivel alto de depresión que las mujeres (5,9% contra 5,3%); en el nivel moderado las mujeres presentaron un 10,6% y los hombres un 7,9%.

La comuna de Manrique se ubicó ligeramente por debajo del promedio de la zona con 23,5% de nivel total de depresión y ocupa el tercer puesto en cuanto a prevalencia total. Las mujeres presentaron 14,1% de síntomas de depresión. El rango de edad 11-14 años presentó 14,2% de síntomas de depresión.

En la comuna de Aranjuez se presentó el nivel más bajo de depresión total de la zona con un 21,5%. Esta comuna presenta una particularidad para el nivel alto de depresión en hombres, el cual además es el más alto de la zona con 6%, sin embargo, el nivel moderado se ubica muy por debajo con 1,7%; conjuntamente, el nivel de depresión tiene un porcentaje de 7,7% muy por debajo de los niveles de la zona.

Este estudio encontró una relación entre el nivel de depresión y nivel de riesgo de suicidio, mediante la prueba de independencia de variables, se halló, que existe una

relación estadísticamente significativa entre ambos, es decir que a mayor nivel de depresión también es mayor la posibilidad de que se presente un nivel alto de riesgo de suicidio; el 6,2%, unos 2.782 de los estudiantes de la zona aproximadamente, presentarían un nivel alto de depresión y riesgo de suicidio alto.

Por comunas, en general, el comportamiento de estas dos variables reafirma su interrelación, esto es más notable en las comunas Popular y Santa Cruz, en donde el nivel alto depresión y alto de riesgo de suicidio fue de 9,4% y 6,9%, respectivamente.

Otro hallazgo de este estudio fue encontrar la asociación entre las variables de nivel de depresión y el nivel de funcionamiento familiar utilizando la prueba estadística de chi-cuadrado de independencia, existe una relación estadísticamente significativa entre ambos factores, lo que significa que a medida que la disfunción familiar aumenta también aumenta el riesgo de sufrir de síntomas de depresión, los datos muestran que el 48,9 % de la población tiene un buen funcionamiento familiar o disfunción familiar leve y esta libre de síntomas de depresión. el 18,1% tiene nivel de disfunción familiar moderado o severo y presencia de algún síntoma de depresión; hay mayor riesgo de tener síntomas depresivos a medida que la calidad de la relación familiar presenta mayor disfunción.

La literatura reporta una asociación similar en un estudio realizado por Gaviria et al (41), en una población de estudiantes de medicina de la ciudad de Medellín, estas autoras hallaron una relación entre los puntajes del test de Zung para la depresión y el APGAR familiar, los resultados arrojaron que el nivel de depresión es directamente proporcional al riesgo de pertenecer a una familia con una relación pobre.

Particularmente en el presente estudio, el factor familiar parece ser una de las variables que más explicaría la diferencia de la prevalencia de depresión en la zona. Las comunas Popular y Santa Cruz donde se presentaron los niveles mas altos de prevalencia total de síntomas de depresión, son también las que presentan mayor disfunción familiar, y las comunas Manrique y Aranjuez con los índices mas bajos de la zona fueron las que presentaron un mejor índice de funcionamiento familiar.

En cuanto a la búsqueda de ayuda, se halló que el 45,6% de los adolescentes de la zona

han solicitado ayuda alguna vez en su vida por problemas psicológicos, el 16,8% por un deseo de morir y un 46.9% lo ha hecho por problemas familiares. En general, solicitan más ayuda las mujeres y el grupo de edad comprendido entre los 11-14 años.

De los adolescentes con un nivel de síntomas de depresión alto, un 54,7% solicitó ayuda por problemas psicológicos, 29,6% por un deseo de morir y un 57.8% por problemas familiares.

Las personas a las que acuden los adolescentes de la zona cuando han buscado ayuda por problemas psicológicos, principalmente, han sido un familiar, un amigo (a) y a nivel profesional han acudido al psicólogo(a).

Un 44,4% de los adolescentes que presentaron un nivel alto de síntomas de depresión no han solicitado ayuda por problemas psicológicos, los que han solicitado ayuda han acudido principalmente en su orden a: psicólogo(a), familiar o un amigo(a).

Esta investigación sobre depresión en adolescentes de la zona nororiental de Medellín tuvo algunas limitaciones, entre ellas, están el no haber podido incluir por problemas logísticos a la población desescolarizada, puesto que se sabe que la depresión es un factor que incide en la deserción escolar; el haber contado con este tipo de población, hubiera ampliado la verdadera dimensión de la magnitud de la depresión en la adolescencia en esta zona, la cual también es una de las que tiene mayor índice de deserción escolar.

Aunque la base de datos obtenida a partir de la encuesta aplicada permitía un análisis del patrón de consumo de psicoactivos y el nivel de depresión dicho análisis no se llevo a cabo en este estudio.

En conclusión, la depresión en los adolescentes de la zona nororiental presenta porcentajes altos que evidencian la existencia de esta como un problema de salud pública que amerita ser tomado en cuenta por los docentes y los administradores de las Secretarías de Educación y Salud municipales.

**9)** Articulación de la línea con la Facultad Nacional de Salud Pública y con la Universidad de Antioquia en los procesos de docencia y extensión.

El grupo de investigación es de la Facultad Nacional de Salud Pública e igual sucede con la línea psicossocial, sin embargo se trabaja con estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas y del Instituto de Educación Física, de Educación y de Química Farmacéutica al igual que con profesionales de las organizaciones comunitarias. Se han graduado al momento 4 estudiantes, y en proceso de grado otros 3, mediante el apoyo del Centro de Investigaciones de la Facultad de Salud Pública y a través de la Mesa de Salud Mental (es extensión solidaria) en cuyas reuniones se dan ideas para concretar propuestas de investigación.

### **10) Proyectos de Investigación realizados en la línea en los últimos tres años**

Sistematización de las experiencias de Intervención psicossocial en Medellín, 2003 – 2004. (Eugenio Paniagua, Mauricio González, Lina Gutiérrez).

Intervención Psicossocial: una aproximación desde el Trabajo Social. 2007. (Maryory Abello Londoño, Juan Guillermo Gallego Ossa).

Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006. (Eugenio Paniagua, Mauricio González, Brígida Montoya, Beatriz Elena Londoño, Carlos Andrés Vergara, Leidy Villegas, Yanneth Avendaño).

### **11) Proyectos de investigación pendientes de realización**

- 1 Sistematización de lo realizado por la Mesa de Salud Mental entre noviembre de 2002 a noviembre de 2007.
- 2 Formas de Violencia por género en adolescentes de Medellín, 2003.
- 3 Lo psicossocial en la salud pública.
- 4 El abuso sexual y el maltrato físico en adolescentes de la zona nororiental de Medellín y su relación con el riesgo de suicidio y la depresión.
- 5 Salud mental de los docentes de la zona nororiental.

### **12) Fortalezas y Debilidades de la Línea**

#### **1 FORTALEZAS**

Formación académica y profesional de sus integrantes (Expertos)

Interdisciplinariedad del grupo

Conocimiento en metodologías de investigación e intervención.

#### **1 DEBILIDADES**

Excesiva carga docente (de cátedra) y laboral de sus integrantes.

No hay una integración con las personas que toman las decisiones en el ámbito de la universidad y en el ámbito gubernamental (Municipal Departamental).

### **13) Prospectivas de la Línea**

Formulación de proyectos de investigación e intervención que permitan aportar al desarrollo epistemológico de lo psicossocial, mediante la publicación de artículos en revistas referentes al tema y en los ámbitos nacional e internacional.

Autosostenibilidad de la Línea mediante convenios, formulación de propuestas y cualificación de sus integrantes.

Compartir información y experiencias con otros grupos de investigación inscritos en conciencias.

En lo posible las investigaciones deben ser preguntas resueltas desde los investigadores y no encargadas por instituciones para que se les produzca información.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. MEDELLÍN, SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL. Diagnostico social de Medellín. Alcaldía de Medellín, 2000.
2. MEDELLÍN. ALCALDÍA DE MEDELLÍN. Experiencias de Intervención en el conflicto Urbano. Tomo I. Medellín: La Alcaldía, 2001. 88 p.
3. PANIAGUA, Eugenio, GONZALEZ Mauricio. Sistematización de las experiencias actuales de intervención psicosocial en las seis zonas del municipio de Medellín por parte de las entidades y organizaciones de carácter público y privado. Propuesta de investigación. Grupo de salud Mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín Marzo de 2005. 14p.
4. CORPORACIÓN REGIÓN. Medellín en zonas. Monografías. Primera edición. Editores unidos. Medellín, 1992. 336 p.
5. MEDELLÍN. SECRETARIA DE PLANEACIÓN MUNICIPAL. Anuario estadístico municipal 2002. Alcaldía de Medellín: Medellín, 2003. 345 p.
6. CIFUENTES Rosa. La sistematización de la práctica del trabajo social. Buenos Aires. Lumen. 1999. 159 p.
7. ALVAREZ Fernando, ALVAREZ Andrés. Investigación y epidemiología. Santafé de Bogotá. ECOE, 1998. 156 p.
8. RIVILLA, Alonso. Curso de conceptualización de la salud Mental. Maestría en Salud Pública con énfasis en salud mental. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Abril de 2002
9. GARCIA, Jenny. Curso de epidemiología siquiátrica. Maestría en Salud Publica con énfasis en salud mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Abril de 2002.
10. PICHOT, Pierre. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson, 1995

11. GIRALDO Andrés. Curso de promoción de la salud. Maestría en Salud Pública con énfasis en salud mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2002.

ANEXO

No. Investigación	Título	Inicio	Fin	Nombre	Apellidos	Tipo participación
GSM2000-01	Validación de las escalas AQ y EXPAGG para evaluar agresividad en jóvenes y adaptación como prueba tamiz para detectar riesgos de agresión. Medellín, 2001	2000	2002	Germán Fernando	Vieco Gómez	Investigador principal
				Diego	Castrillón	Externo
GSM2001-01	Descripción y caracterización del sistema de información para el caso del menor maltratado. Medellín, 2001	2001	2001	Laura Alicia	Laverde Botero	Investigador principal
				María Vilma	Restrepo Restrepo	Profesor FNSP
				Priscila	Ramirez	Estudiante Pregrado FNSP
				Diana Lucia	Idarraga Piedrahita	Estudiante Pregrado U de A
				Jairo	Martinez	Estudiante Pregrado FNSP
GSM2001-02	Concepto de maltrato escolar en una institución pública, Barrio Manrique, Medellín, 2001	2001	2002	María Vilma	Restrepo Restrepo	Investigador principal
				Laura Alicia	Laverde Botero	Profesor FNSP
				Diana	Uribe	Estudiante Pregrado FNSP
				Catalina	Serna	Estudiante Pregrado FNSP
GSM2001-07	Diagnóstico de Dificultades Psicosociales y Cognitivas en Escolares del Municipio de Sabaneta, 2003	2001	2003	Erika	Montolla	Estudiante Posgrado
				Dora María	Hernandez Olguín	Estudiante Posgrado
				Marta	Gaviria	Asesor
GSM2001-08	Tipificación de los niños agresivos inscritos al programa de prevención temprana de la violencia, Municipio de Medellín. 2003	2001	2003	Marta	Gaviria	Asesor
				Soraya	Betancur	Estudiante Posgrado
GSM2002-02	Formas de violencia según género en la zona norte de Medellín, 2003	2003	2004	Ramón Eugenio	Paniaga Suárez	Estudiante Posgrado
				Alvaro	Giraldo Pineda	Asesor
GSM2002-03	Estudio Epidemiología de la Violencia en Itagui	2002	2002	María Vilma	Restrepo Restrepo	Asesor
				Monica	Muñoz	Estudiante Pregrado FNSP

No. Investigación	Título	Inicio	Fin	Nombre	Apellidos	Tipo participación
GSM2004-03	Relacion del comportamiento agresivo con la exposición a violencia en la infancia, Medellín 2003	2004	2005	David	Arbelaez Vellamizar	Estudiante Pregrado FNSP
				María Vilma	Restrepo Restrepo	Asesor
GSM2005-01	Red de Jóvenes para la Prevención de la Fármaco dependencia, la Sexualidad Insegura y la Violencia	2005	2005	Luz María	Agudelo	Investigador principal
				Samuel	Arias	Profesor FNSP
				Gloria	Lopera	Contratista
				Nancy Eliana	Gallo	Contratista
				Lina	Saldariaga	Contratista
				Erika	Montolla	Contratista
GSM2005-03	El Caso de los sobrevivientes el deslizamiento de Villatina de 1987. Estudio etnográfico, Medellín 2005	2005	2006	Laura Alicia	Laverde Botero	Asesor
				Luz Helena	Barrera	Estudiante Posgrado
				Claudia	Isaza	Estudiante Posgrado
INV131-02	Magnitud, características y condicionantes de la violencia en Medellín: información para la acción. 2002-2004	2002	2004	María Vilma	Restrepo Restrepo	Investigador principal
				Ramón Eugenio	Paniaga Suárez	Profesor FNSP
				Luis Fernando	Duque Ramírez	Profesor FNSP
				Martha Lee	Coulter	Externo
INV134-02	Las agresiones: ¿quiénes y cómo se inician? Factores de resiliencia para la agresión, en una ciudad altamente violenta. 2004-2005	2003	2005	Luis Fernando	Duque Ramírez	Investigador principal
				Germán Fernando	Vieco Gómez	Profesor FNSP
				Luz Idalia	Gómez	Contratista
				Juan de Jesús	Sandoval	Contratista
				Joanne	Klevens	Externo
IdInvestigacion	Título	Inicio	Fin	Nombre	Apellidos	Tipo participación
INV140-02	Representaciones sociales de ciudadanía y sus repercusiones sobre el bienestar. Antioquia, 2002-2003	2002	2004	María Vilma	Restrepo Restrepo	Asesor
				Loren Elizabeth	Callejas Franco	Estudiante Posgrado
INV143A-02	Evaluación de los efectos iniciales de un programa de prevención temprana de comportamientos agresivos y consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, Colombia: estudio de seguimiento cuasiexperimental en escuelas y guarderías infantiles (Primera etapa, Primera Fase)	2002	2004	Luis Fernando	Duque Ramírez	Investigador principal
				María Vilma	Restrepo Restrepo	Profesor FNSP
				Samuel	Arias	Profesor FNSP
				Dora María	Hernandez Olguín	Contratista
				Norma Yaneth	Morales Echavarría	Contratista
				Adriana	Gómez	Contratista
INV143B-02	Evaluación de los efectos iniciales de un programa de	2002	2006	Luis Fernando	Duque Ramírez	Investigador principal
				María Vilma	Restrepo Restrepo	Profesor FNSP

No. Investigación	Título	Inicio	Fin	Nombre	Apellidos	Tipo participación
	prevención temprana de comportamientos agresivos y consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, Colombia: estudio de seguimiento cuasiexperimental en escuelas y guarderías infantiles (Segunda Etapa)			Samuel	Arias	Profesor FNSP
				Dora María	Hernandez Holguín	Contratista
				Norma Yaneth	Morales Echavarría	Contratista
				Adriana	Gómez	Contratista
				Martha Lee	Coulter	Externo
				Joanne	Klevens	Externo
INV172-04	Sistematización de las experiencias de intervención psicosocial en las seis zonas del municipio de Medellín por entidades y organizaciones de carácter público y privado	2004	0	Ramón Eugenio	Paniaga Suárez	Investigador principal
				María Vilma	Restrepo Restrepo	Profesor FNSP
				Carlos Mauricio	Gonzalez Posada	Contratista
				Lina María	Gutiérrez Soto	Estudiante Pregrado FNSP
INV204-05	Sistema para generar políticas y programas para la Prevención y control de la violencia en el Valle de Aburrá, con base en su monitoreo. (2002-2010)	2004	2005	Luis Fernando	Duque Ramírez	Investigador principal
				Piedad	Roldán	Contratista
				Nilton Edu	Montoya Gómez	Contratista
				Marcela	Correa	Contratista
INV215-05	Riesgo de suicidio y salud mental en los adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006	2006	0	Ramón Eugenio	Paniaga Suárez	Investigador principal
				Carlos Mauricio	Gonzalez Posada	Externo
				Brígida	Montoya Goméz	Externo
				Yaneth	Restrepo	Externo
				Carlos Andrés	Vergara Cano	Estudiante Pregrado FNSP
				Leidy Viviana	Villegas	Estudiante Pregrado U de A
				Yaneth	Avendaño Molina	Estudiante Pregrado U de A
				Beatriz E.	Londoño	Estudiante Pregrado FNSP
INV215-05-1	Prevalencia de depresión y riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006	2006	0	Carlos Andrés	Vergara Cano	Estudiante Pregrado FNSP
				Ramón Eugenio	Paniaga Suárez	Asesor
INV156-02	Evidencia científica necesaria para la prevención y control de la violencia en municipios antioqueños (primera etapa)	2002	2003	Luis Fernando	Duque Ramírez	Investigador principal
				Hernan	Sepulveda	Profesor FNSP
				Germán	González E.	Profesor FNSP
				Beatriz	Caicedo Velasquez	Profesor FNSP

