596 2006

Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
COORDINACIÓN DE SOCIOLOGÍA

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES:
El caso del Diplomado en Formación de Promotores en la Salud Mental del Instituto Mexicano Del Seguro Social

T E S I N A
Que para obtener el título de la
Licenciatura en Sociología

P R E S E N T A:
LILIA CRISTINA ELIZONDO RUIZ

ASESOR:
MARCO A. LEYVA PIÑA

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
Casa abierta al tiempo
C. S. H. JUL. 11 2006 C. S. H.
UNIDAD IZTAPALAPA
LICENCIATURA DE SOCIOLOGIA
COORDINACION

MÉXICO D. F. JULIO DE 2006

A mis padres:

Porque nunca han dejado de creer en mi y

porque sé que siempre me darán lo más valioso que poseen:

Su amor y comprensión.

A Marco:

Porque más que enseñar, compartiste;

tu conocimiento, tu tiempo, tus ganas de luchar en la vida,

en el trabajo y en lo que quieres.

A mi pareja y mi Sol:

Porque creíste en mi cada momento,

porque me dabas tu mano cada que caía,

por tu ternura y tu amor incondicional.

A mis amigos:

Porque comprendieron mi falta de tiempo hacia ellos

y me dieron su apoyo en cada momento.

ÍNDICE

Introducción 3

Capítulo 1.- Perspectivas de la Evaluación de Programas Sociales..... 7

Capítulo 2.- Neoliberalismo y Mercantilización de la vida social..... 24

Capítulo 3.- Salud Mental en México..... 37

Capitulo 4.- Modelos de salud mental.....48

EVALUACIÓN DEL DIPLOMADO EN FORMACIÓN DE PROMOTORES DE LA SALUD MENTAL

Capítulo 5.- Historia del Diplomado..... 55

Capítulo 6.- La formación del promotor..... 69

Capítulo 7.- Práctica comunitaria..... 86

Conclusiones.....99

Apéndice Metodológico.....101

Entrevistados.....106

Bibliografía.....107

INTRODUCCIÓN

La sociedad mexicana, desde la década de los ochentas, empezó a sufrir fuertes transformaciones estructurales que han incidido en la vida social de la población.
El Modelo de Desarrollo Neoliberal y la globalización, procesos generados en los países desarrollados y posteriormente implicados en el país, impulsaron un conjunto de políticas económicas, productivas, laborales y sociales con la idea de convertir a esta nación en una de primer mundo.

Sin embargo, después de dos décadas de aplicación del Modelo de Desarrollo Neoliberal los resultados son negativos: crecimiento económico poco significativo, desempleo y precarización del mismo, salarios indignos para los que por suerte tienen empleo, condiciones laborales con tendencia hacia la precarización, ataques empresariales y del estado a la seguridad social, incremento de la pobreza y combate a todos los movimientos sociales que se atreven movilizarse.

En el presente, nuestro país se encuentra muy lejos de los niveles de desarrollo económico y de desarrollo humano que se manifiestan en los países desarrollados y de aquellos, que como México se encuentran en la OCDE. En consecuencia, en el país hay un desorden económico difícil de resolver en el corto plazo, así mismo hay una degradación del trabajo que desanima y mantiene al borde del precipicio a miles de habitantes y sí la privatización de la seguridad social continúa tendremos a poblaciones significativas de población vulnerable sin la menor esperanza de protección social y de goce de los mínimos de salud.

En un país con graves problemas para encontrar empleo y un salario digno, con desprotección social y pobreza extrema, y con instituciones políticas deficientes que toleran la indiferencia política, la corrupción y la exclusión política y social los resultados son: altos niveles de inseguridad laboral y social, incremento del narcotráfico, aumento de robos, secuestros, violaciones, violencia intrafamiliar y de daños a la salud, como la diabetes, el VIH-SIDA y otras.

En este contexto poco alargador de protección social se ubica la situación compleja de la salud mental. El cambio del Modelo de Sustitución de Importaciones al Neoliberal ha implicado una menor responsabilidad social del Estado con relación a los poblaciones vulnerables, su finalidad es que cada pobre se haga responsable de si mismo, no en el sentido del desarrollo humano como tampoco con la intención del crecimiento de su persona en términos emocionales, todo lo contrario, persigue ahorro de inversión en la atención de los servicios públicos hacia la salud mental lo que contrasta con todo el apoyo económico que le otorga a los empresarios.

El menor compromiso social del Estado, lo errático de las políticas públicas de la salud por su insistencia en Modelos de Salud correctivos y no preventivos, aunados al desorden económico y social que prevalece en el país han permitido la aparición de canales de comunicación y acción desde la propia sociedad civil.
Con relación a la salud mental además de las instituciones públicas que existen, como el Instituto Nacional de Psiquiatría, han proliferado servicios privados, desde diferentes modelos de atención que tienen una clara expresión en la psicoterapia y múltiples organizaciones dedicadas al desarrollo humano. De alguna forma, los ricos y lo que queda de las clases medias tienen su propia oferta de atención a sus problemas de salud.

De cualquier manera, los servicios públicos y los privados de la salud mental son insuficientes y deficientes en un país en el que es creciente el empobrecimiento y la miseria humana. Además el origen del deficiente tratamiento de la salud mental radica en la concepción que se tiene en el gobierno y los expertos en la materia al concebirla desde modelos correctivos que persiguen resultados parciales que esconden la mayor parte las intenciones de control social.

Este conjunto de perspectivas y soluciones que tienden a encarecer los servicios del estado y por tanto limitarlo en una atención eficiente a los grupos vulnerables, además de enriquecer a los empresarios relacionados con la producción de medicamentos asociados a este tipo de salud e impulsar el crecimiento de expertos en sacar provecho con la miseria emocional nacen opciones vigorosas desde la sociedad civil, como el Diplomado en Formación de Promotores de la Salud Mental.

Este diplomado tiene una orientación de salud, en términos preventivos y concibe como unidad biopsicosocial a la persona. Es evidente que esta propuesta integral de la persona y que se propone la formación de promotores sociales que actúen en la fase de

prevención es más sugerente que los enfoques médicos, psiquiátricos y psicologicistas que son limitados, parciales y dejan fuera a los factores sociales.

Por la importancia de este diplomado de salud mental considero que es importante conocerlo y evaluar sus resultados. La razón fundamental de ésta elección es porque la Sociología cada vez más se abre a campos nuevos de análisis como las emociones, a tal grado que estamos quizá en una transición sociológica; de una disciplina que tiene como eje a la razón a otra que contemple como unidad de análisis a las emociones y los sentimientos que forman parte de la construcción social de los sujetos.
Así mismo, la Sociología amplía su mirada a campos sociales poco explorados por la disciplina como la construcción y evaluación de proyectos sociales dirigidos a los grupos vulnerables de esta forma se recupera en parte el compromiso de esta disciplina social con la población en proceso de creciente empobrecimiento.
De esta perspectiva de sociología humanista, el sociólogo con responsabilidad social incidiría en la crítica de las políticas públicas de salud mental y ayudaría a elaborar un conocimiento que contribuya al autoconocimiento de las propias poblaciones en atención y quizá hasta generar una conciencia reflexiva en el personal experto que se dedica a esta profesión. De esta forma estoy hablando de una ciencia con conciencia que para nada deja de preocuparse por los mercados de trabajo para el sociólogo.

Ésta investigación se orientó a la evaluación de un programa dirigido a la promoción social en la salud mental, que funciona desde hace diez años y es una opción para realizar investigación sociológica desde una perspectiva humanista. En el capítulo 1 expongo las perspectivas de análisis de la evaluación de programas sociales enmarcados en una concepción específica de política social. En este sentido, la evaluación tiene una articulación entre la ciencia y lo político lo que deja fuera concepciones que la conciben como un mero problema de tipo técnico.

En el capítulo 2 se presenta el contexto social para entender el desarrollo de la salud mental. Se analiza al Modelo de Desarrollo Neoliberal y sus repercusiones en la degradación del trabajo y en los múltiples problemas que a propiciado. Este conjunto complejo de problemas se convierten en una condición para entender a la salud mental. e
En el capítulo 3 presento a la salud mental como uno de los problemas acuciantes de la

sociedad mexicana que tiene sus cimientos en el modelo de desarrollo neoliberal y no como se intenta ver un problema individual de personas desviadas.

El capítulo 4 se exponen los dos modelos de salud mental, uno que nace de la medicina y que encuentra su prolongación en la psiquiatría y el otro que se origina en el humanismo y se orienta a la prevención posición desde la que se crítica al primer modelo. En los capítulos 5, 6, 7 se realiza la evaluación del diplomado en Formación de promotores de la salud mental con una metodología de corte científico para valorar la eficacia, cobertura y rendimiento de personal y por supuesto contiene una posición crítica de la institución que lo ofrece y de los lugares en donde se aplica.

CAPITULO 1

PERSPECTIVAS DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

SOCIEDAD Y EVALUACIÓN

Ezequiel Ander-Egg señala que hasta épocas muy recientes se ha fortalecido el campo de la evaluación, inclusive se puede sostener la existencia de una interesante tradición reconocida como investigación cualitativa. Es interesante señalar que el desarrollo de la evaluación se palpa desde los enfoques que se utilizan, en la diversificación de las metodologías y técnicas, de la abundante bibliografía sobre el tema, y de las polémicas que generan su aplicación que no siempre esta exenta de intereses políticos para desarticular la resistencia de los actores subordinados[1].

Es notorio que hay un enriquecimiento de los espacios de aplicación de la evaluación, si bien tiene sus inicios en lo económico y una tradición en lo educativo, ahora adquiere carta de naturalización en programas sociales. Este movimiento de evolución de la evaluación puede ser entendido en su plenitud si lo contextualizamos con relación a los modelos de desarrollo y sus momentos históricos.

América Latina y México, desde la década de los ochenta, fueron integrados por sus gobernantes e instituciones financieras internacionales a la globalización y al modelo de desarrollo neoliberal. Cada país latinoamericano construyó su propia vía de integración lo que trajo resultados diferenciados para cada uno de ellos, sin embargo hay un consenso social e intelectual que hasta el momento sólo han dejado adversidades económicas y políticas para millones de pobres en comparación de los efectos positivos que las minorías ricas han logrado obtener.

[1] Un ejemplo de evaluaciones con intereses políticos es la que realiza la SEP al sistema educativo a nivel nacional en primarias y secundarias, la última aplicada llamada "Enlace", su finalidad es evaluar la calidad de los alumnos en sus habilidades verbales y de razonamiento. La pregunta sería si este tipo de evaluaciones ayudan para mejorar el sistema educativo y generar estrategias para que el nivel de enseñanza sea de calidad, pues los resultados que se presentan a lo largo de diversas evaluaciones realizadas a este sector, demuestran que no se ha aumentado el prometido aumento de calidad en el aprendizaje de los alumnos en estos niveles.

Para el caso mexicano, dudo que la evaluación en el modelo de desarrollo de sustitución de importaciones haya obedecido a una racionalidad estrictamente científica. Como ya muchos autores han insistido en que este modelo de desarrollo en el que el gobierno dirigía a la economía, el sistema político se encontraba dominado por un partido político, el PRI, el que estableció una basta red corporativa de subordinación de los agentes sociales al estado, la permanencia de una economía cerrada, rígida y protegida y con una corrupción institucionalizada y puesta en práctica por todos los actores políticos y empresariales, la evaluación de la acción gubernamental fue un simple simulacro.

Como menciona Ezequiel Ander-Egg existen pseudo-evaluaciones, unas de tipo de investigaciones encubiertas o políticamente controladas, las que pululan para América Latina, y otras de carácter de relaciones públicas orientadas a crear una imagen positiva de la institución. Ambos tipos de evaluación han estado presentes para el caso mexicano y tal vez hasta ahora son las dominantes en una sociedad con una clase política que se niega a asumir una práctica democrática.

Con el modelo de desarrollo neoliberal se gestaron cambios en todos los niveles que constituyen a la realidad mexicana, si bien empezaron en lo comercial de ahí se fueron extendiendo a toda la sociedad incluyendo a la cultura. Para cubrir las necesidades capitalistas que demandaban mayores tasas de ganancia y desarticular el poder de los trabajadores se generaron diversas estrategias de operación de los capitalistas desde lo ideológico hasta el mundo cultural y de la subjetividad social. Me interesa destacar que aparece un nuevo lenguaje y viejos conceptos sufren resignificaciones, así aparecen términos como internet, web, y otros como la calidad, la productividad, la competitividad, que adquieren nuevos sentidos que empujan novedosas prácticas en el mundo empresarial. En este contexto también la evaluación recibe un impulso inusitado y se convierte en un as que todos dicen tener y desear convertir en formas culturales y prácticas de los actores laborales y diseminar esa semilla tan sustanciosa en la población. En el país, la evaluación se desarrolla no sólo por las discusiones y avances al interior de ese espacio de intervención, además de reconocer los esfuerzos de intelectuales y de personal interesado en desarrollar este tipo conocimiento y prácticas, su extensión obedece al cambio de modelo de desarrollo.

Se reconoce que la evaluación tiene más tradición en la economía y en lo educativo y hasta hace pocos años se desarrolla con fuerza en el espacio de lo social. Esto no obedece a un proceso evolutivo propio de la evaluación sino a las propias transformaciones del modelo de desarrollo, es claro que el gobierno de México ha puesto en marcha la ejecución de programas sociales por el deterioro grave de las condiciones de vida de la población.

En el diseño de la política social se han presentado serios esfuerzos para dotarla de un carácter dizque más científico y menos político, sin embargo los gobiernos de diferente tinte político la continúan usando más como un instrumento de cooptación de masas electorales que de solución de los problemas vitales como la pobreza y la exclusión social. Sin embargo no se puede obviar que la discusión se ha hecho mas fuerte y tenaz pues los alcances electoreros y de cooptación política por medio de la política social han conducido al fracaso de muchas de ellas o de simpatías transitorias por parte de la población sin lograr acercarse a la equidad que tanto pregonan los gobiernos neoliberales.

Sin embargo la necesidad de combatir a la pobreza incita a continuar con propuestas de evaluación de las políticas sociales como lo hacen diversos intelectuales, para Ernesto Cohen y Rolando Franco las políticas sociales deben ser reorientadas para lograr su cometido y ofrecen algunas sugerencias:

- Practicar una política compensatoria, es decir cumplir con determinadas condiciones; así como atender a los más necesitados, sin aplicar la misma solución a todos los sectores sociales que se encuentren en la misma problemática
- Aumentar la eficiencia del gasto social
- Lograr que los servicios se usen, es decir que los servicios lleguen a los beneficiarios. Y para que se logre hay que facilitar el acceso a las prestaciones sociales y promover la demanda por medio de los servicios existentes
- Avanzar a un conocimiento técnico, para que deriven recomendaciones viables y eficientes; por medio de diagnósticos adecuados, el

sistema de información debe de mejorar, así como evaluar los programas, proyectos y servicios sociales y obtener la participación de los usuarios

- Que los programas y proyectos tengan continuidad
- Que haya una participación de los usuarios

A partir de estás orientaciones los autores mencionados establecen tres tipos de políticas sociales:

a) Las asistenciales, que se rigen por la práctica de la equidad y en estas hay muy poca inversión en capital humano.

b) Las de inversión en capital humano; la equidad rige sus acciones y la eficiencia en intereses sociales para que la población asegure su continuidad y desarrollo.

c) Las promocionales; tienen objetivos sociales y la eficiencia aparece como fin.

De las políticas sociales señaladas en especial la de promoción social, tiende a elevar los niveles de vida, centrando su acción a las necesidades sociales, visualiza la problemática social desde una perspectiva global e integral, en este sentido tiende al desarrollo social[2]. Lo que da razón de ser a la promoción social es la cooperación organizada y comprometida de un grupo, una comunidad, un sector y como fin último una sociedad, por lo que la participación comunitaria se considera como una condición necesaria. Los objetivos de la promoción social son:

- Desarrollar acciones de capacitación, asesoría, que tiene como fin último la organización de la población en un proyecto social para atender sus demandas y necesidades
- Implementar acciones de sensibilización y educación social que propicien la ubicación del individuo y el grupo en el contexto global, propiciando a la participación comprometida y responsable.

[2] Galeana de la O, Silvia. *"Modelos de promoción social en el Distrito Federal"*, UNAM, Escuela Nacional de Trabajo Social, Plaza y Valdés, 2da Ed., 2006, p. 23.

Para esta investigación las políticas promocionales adquieren un sentido interesante, pues la reflexión de este trabajo estriba en evaluar un programa en Formación de promotores en la salud mental con intervención en la comunidad, aunque por la propia orientación de este diplomado la pregunta es si se puede evaluar con relación a la eficiencia o se tendría que pensar en una variable apropiada que pudiese acercarse al enfoque humanista que orienta dicho programa de formación de recursos para la comunidad y no para una empresa, ni para el gobierno directamente.

EVALUACIÓN Y MÉTODO CIENTÍFICO

Cuando prevalece el uso político de las políticas sociales la necesidad de evaluación con criterios científicos se presenta como una opción para despolitizarla y lograr acercarlas a su espíritu de contribución en el enfrentamiento de la pobreza y la adversidad social en la que viven millones de mexicanos. La evaluación como muchos términos en la ciencia social adquiere diferentes significados por lo que es necesario realizar algunas diferencias mínimas con algunos términos que se utilizan como sinónimos, por ejemplo:

- Medición.- es un proceso para determinar la extensión y cuantificación de alguna cosa, por lo cual la evaluación responde al proceso de determinar el valor de esa "cosa". La medición facilita la información, la evaluación implica valorar la información para obtener un juicio sobre el objeto evaluado. La medición facilita la tarea de la evaluación.

- Estimación.- tiene un carácter de subjetividad, mientras que la evaluación pretende ser objetiva y precisa.

- Seguimiento.- o llamado también monitoreo, es una forma de avaluar logros, pero en sentido estricto no es una evaluación. Mediante diversas actividades permite registrar, recopilar, medir, procesar y analizar una serie de informaciones del desarrollo de una determinada actividad programada. La

evaluación pretende enjuiciar esos logros y su nivel de obtención, así como los resultados obtenidos como consecuencia de dicho programa o proyecto

- Control.- es una verificación de resultados, mientras que la evaluación es un enjuiciamiento de dichos resultados. Una cosa es constatar lo que pasa (control) y otra juzgar por qué pasa lo que pasa (evaluación), el control es una verificación de algo y la evaluación es un juicio acerca de ese algo.

- Programación.- es introducir organización y racionalidad en la acción para el logro de determinadas metas y objetivos; evaluar, es una forma de verificar y enjuiciar esa racionalidad, medir si se cumplen los objetivos y metas establecidas y la capacidad que hay para alcanzarlas.

Ander Egg recomienda tratar a la evaluación como una forma de investigación cualitativa lo que exige de la aplicación del método científico que implica la utilización de enfoques teóricos, metodología y técnicas con el objetivo de poder verificar hipótesis, comparar resultados y revisar el cumplimiento de expectativas. En este sentido, el concepto de evaluación deberá cumplir los requisitos de cualquier investigación científica como los siguientes:

1) Objetividad, para captar la realidad

2) La información tiene que ser suficiente

3) Validez, que exige que los instrumentos analizados midan los que realmente se quiere medir

4) Confiabilidad, que exige calidad y estabilidad de la información y de los resultados obtenidos.

Desde una perspectiva científica, la evaluación se entiende como un mecanismo de regulación de acciones y políticas sociales que puede permitir disminuir las posibilidades de fracaso que tiene un programa o proyecto de interés social. La evaluación no es una finalidad como lo tratan de proponer los empresarios y tecnócratas, al contrario es un medio o instrumento que contribuye para mejorar un programa social en el sentido de conocer sus cualidades y debilidades para modificarlo. Como dice R. Natarajan un buen

programa requiere de un diagnóstico y una evaluación permanente para eliminar los errores. Revalorar los procesos de evaluación en programas de promoción social, permite retroalimentar y redefinir las acciones de los programas con la finalidad de que éstos respondan a la problemática particular de las comunidades, lo que garantizaría un mayor compromiso por parte de la población, así como la eficacia y eficiencia en el logro de los objetivos[3].

DEFINICIÓN DE LA EVALUACIÓN

Ezequiel Ander-Egg es uno de los autores cuya obra es prolífica en la temática, para este autor la evaluación es una forma de investigación social aplicada, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información relevante, en que apoyar un juicio de mérito y valor los diferentes componentes de un programa, con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han producido, de forma que sirvan de base o guía para una toma de decisiones racional para solucionar problemas y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados.

La evaluación como la enfoca Ezequiel rebasa concepciones limitadas como restringirla a la revisión de los objetivos o de los resultados, al contrario la invitación que hace este autor es entenderla desde un enfoque procesual en la que hay que evaluar a cada una de las partes y no sólo a una de ellas. La evaluación puede iniciar desde antes de elaboración del propio programa social y extenderse hasta sus impactos en la población en atención. Algunas de las características básicas que identifican a la evaluación desde una metodología científica son:

1) ***Es una forma de investigación aplicada***.- se trata de aplicar el método científico para obtener el conocimiento de la realidad y de esta manera valorar la aplicación en estrategias de acción. No es un conocer para actuar, sino un conocer para mejorar las formas de actuar.

[3]Galeana de la O, Silvia. *"Promoción Social una opción metodológica"*, UNAM, Escuela Nacional de Trabajo Social, Plaza y Valdés, 2da Ed., 2006, p. 106.

2) ***Sistemática, planificada y dirigida***.- Se trata de estudiar organizada y con una intencionalidad un aspecto de la realidad.

3) ***Encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable***.- lo primero es conocer el objeto a evaluar, identificación de información fiable y válida, para que los resultados sean objetivos y precisos.

4) ***Datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio***.- evaluar es señalar el valor de una cosa o emitir un juicio de valor, no juicios subjetivos.

5) ***Acerca del mérito y valor***.- con la evaluación de un programa se establece y juzga tanto el mérito como el valor del mismo.

6) ***De los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución)***.- la evaluación puede realizarse tanto de diagnóstico, que sería una evaluación de necesidades; como en la fase de programación (evaluación ex –ante o evaluación del diseño de un proyecto), o finalizado el proyecto, que sería una evaluación de impacto.

7) ***Comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado***.- con el proceso de evaluación se pretende dar cuenta sobre la forma o manera en que algo se ha llevado acabo, y el grado en que dichas acciones han producido efectos o resultados concretos. Cuando hablamos de grado hacemos referencia a la extensión, cuantificación o magnitud de un efecto o consecuencia como a su profundidad.

8) ***De tal forma que sirva de base o de guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción***.- la necesidad de una evaluación viene dada porque permite una retroalimentación acerca de lo que se está haciendo y los errores que se cometen o han cometido para que se puedan evitar o mejorar. También para proporcionar información objetiva que fundamenten las decisiones de los responsables de un proyecto. La evaluación es un

instrumento útil para mejorar las políticas y las intervenciones sociales haciéndolas más eficientes y pertinentes.

9) ***Para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o el fracaso de los resultados.***- la evaluación no es un fin en sí mismo, sino un instrumento al servicio de unos objetivos o elementos de una intervención social. Están orientados a mejoras o soluciones de problemas y necesidades. Para el éxito o el fracaso de una acción social[4].

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La evaluación al sostenerse en la investigación científica, requiere de la construcción de indicadores, como fase de la metodología, que ayudan a medir, evaluar o exponer el progreso de una actividad, con relación a las metas establecidas y los logros de sus objetivos (indicadores de efectos o impacto). La elección de los indicadores para que tengan mayor valor operativo deben tener las características de:

- permitir comparaciones sincrónicas, en el espacio
- permitir comparaciones diacrónicas, en el tiempo, y en la elaboración de pronósticos
- representar valores sobre los que exista un grado de consenso (o posibilidad de lograrlo) entre las partes implicadas o interesadas en la evaluación.

Los indicadores nos sirven para aproximarnos al conocimiento de "algo" que no se puede captar directamente, es una especie de puente que permite relacionar a la metodología con la realidad empírica. Sin indicadores el trabajo de campo sería impensable desde una perspectiva científica. Después de la propuesta de indicadores se continúa con la selección de una técnica de investigación apropiada para la construcción del dato como las siguientes:

[4] Ander Egg, Ezequiel. *"Evaluación de servicios y programas sociales"*, Ed. Siglo XXI, Madrid, 1992, p. 18-23.

- Entrevista a profundidad (focalizadas y clínicas)
- Observación directa
- Observación participante
- Análisis de contenido
- Recurso de documentación
- Informantes clave
- Estudio de caso
- Historias de vida
- Reuniones de grupo
- Foro comunitario
- Técnicas grupales de investigación (grupos nominales, grupos de creación participativa, grupo de discusión, etc.)
- Entrevistas estructuradas
- Encuestas
- Análisis estadístico
- Diseños experimentales y causi-experimentales
- Escalas de medición de actitudes y opiniones
- Tests

Cuando se tiene la selección de la técnica de investigación e inclusive si se va a utilizar estadística, el diseño de escalas y de las operaciones para su medición, se estima que se está listo para la realización del trabajo de campo. Después de realizar el trabajo de campo es pertinente analizar y elaborar los resultados para que se realice la evaluación que se requiere y presentarlos debidamente. Para ello implica las siguientes tareas:

a) Elaboración de la información.- Una vez obtenida la información es necesario procesarla y sistematizarla para derivar conclusiones válidas; ésta tarea dependerá del análisis que se quiera obtener de la misma información.

b) Análisis e interpretación de los resultados.- Dependiendo del diseño de investigación y del tipo de evaluación, el análisis de los datos puede ser exploratorio, descriptivo o explicativo.

TIPOS DE EVALUACIÓN

Así como hay diferentes concepciones de lo que es la evaluación, desde las que se marcan prácticas, también hay un abanico interesante de tipos de evaluación según momentos y actores que la ejecutan. Según Ander Egg hay cuatro criterios de interés práctico en la evaluación:

1) Según el momento en que se evalúa

2) Según el papel o función que cumple la evaluación

3) Según la procedencia de los evaluadores

4) Según los aspectos del programa que son objeto de evaluación

Con base de estos criterios, Ander Egg elabora una tipología de la evaluación cuya síntesis se presenta a continuación:

1) Según el momento en que se evalúa:

- Evaluación antes (o ex –ante) llamada inicial o pre-decisión
- Evaluación durante la ejecución o de gestión
- Evaluación ex –post facto

2) Según el papel o la función que cumple la evaluación

- Evaluación sumativa
- Evaluación formativa

3) Según la procedencia de los evaluadores

- Evaluación externa

- Evaluación interna
- Evaluación mixta
- Autoevaluación

4) Según las aspectos del programa que son objetos de evaluación

- Evaluación del diseño y conceptualización del programa o proyecto
- Evaluación de la instrumentación y seguimiento del programa
- Evaluación de la eficacia (resultados) y eficiencia (rentabilidad)
- Evaluación de la eficiencia o rentabilidad económica de un programa

ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL CASO ESPECÍFICO

En un país como el nuestro en el que los recursos económicos aplicados al financiamiento para el desarrollo social son escasos, y respecto a los que existen muchas dudas en cuanto a su utilización, interrogante bastante justa cuando los gobiernos deciden de una forma política respecto a los programas sociales que hay que impulsar y sus respectivos destinatarios. En un contexto de pobreza extrema y degradación humana, el desarrollo de la evaluación de programas sociales con una pretensión de racionalidad científica para orientar a la toma de decisiones y la planificación, puede incidir en la elección de proyectos alternativos y convertirse en una forma de contribuir para que las políticas sociales se elaboren y se apliquen con criterios adecuados para intentar resolver, por lo menos, los problemas que las hacen surgir.

De acuerdo a ésta idea no es que se desconozca que las acciones gubernamentales por su propia naturaleza están impregnadas por la política y de ahí su imposibilidad para sujetarse a una racionalidad técnica, al contrario la etiqueta de científica de la evaluación de las políticas sociales implica la necesidad de aceptar la política como una forma de mejorar a la sociedad, de hacer una gestión política para la vida y no para el beneficio de grupos minoritarios que son los que detentan el poder económico, el que se organiza para la destrucción de la naturaleza y de la vida social.

Para la evaluación del Diplomado de formación de promotores en la salud mental, es necesario replantearse algunas de las proposiciones metodológicas que se han realizado en este documento. El tipo de evaluación que se realizará es ex post, después de varias generaciones ya tituladas de ese diplomado. La evaluación se realiza sin petición expresa de algún interesado, se hace como un ejercicio de carácter académico para generar

habilidades sociales, pulir mi conocimiento social en pleno diálogo con el científico y lo más interesante para mi, contribuir en la formación de la memoria de un esfuerzo comprometido con la formación de sujetos en promover la salud mental con capacidad de intervención en la comunidad con fines humanistas, para ser precisos más allá de la ganancia económica y del control social depositados en el binomio empresarios-estado.

Ya desde esta orientación se predefine el tipo de investigación-evaluación que puede realizarse por lo siguiente. Si bien una investigación cualitativa es susceptible de aplicarse para el análisis de cualquier segmento de la realidad social la evaluación depende de múltiples factores, entre ellos de carácter económico y político que bien pueden ser acotados con un buen diseño de corte científico cuyos resultados puedan verificarse además de la población de análisis por instituciones universitarias u institutos de investigación. El diplomado de formación en promotores en la salud mental fue seleccionado para su evaluación con propósitos personales ligados a mi formación sociológica y a los requisitos de titulación, sin embargo estas intencionalidades no sesgan el acercamiento científico al objeto de investigación. Al contrario la potencia, pues es una evaluación desinteresada política y económicamente y se realiza con el interés de conocer para incidir en la realidad social que se conoce. Hay política claro, pero en el sentido de plantear que el conocimiento se construye para construir sociedades mejores en los que todos tengamos oportunidad de vivir y no sólo de sobrevivir o ser carnaza de los poderosos económicamente.

La evaluación que se realizará cae en la de tipo de carácter externo y no se realiza por petición de una institución ni por los responsables del proyecto, aunque goza de todo el apoyo de éstos últimos, para ofrecer la información necesaria, se mantiene la libertad para actuar conforme a los requisitos que tiene que poseer la investigación cualitativa. Por otro lado, el programa como nunca ha tenido una finalidad de corte económico se descarta la opción de evaluar en términos de costo-efectividad, costo-utilidad, costo-beneficio, entonces una evaluación de tipo de rentabilidad queda fuera de este planteamiento.

La evaluación del Diplomado se acopla más a la sugerencia que realiza Ander Egg del tipo de la denominada ex post, que tiene como finalidad valorar los logros de los resultados con base en la eficiencia, productos, efectos e impactos y la obtención de enseñanzas y experiencias para programas o proyectos futuros, sobre todo esta última

apreciación es significativa puesto que el programa en evaluación puede ser sumamente rico por la experiencia generada en el crecimiento de las personas que se han formado en el, sino también por su posible influencia en otros tipos de proyectos de esa naturaleza o con esa temática.

Para esta investigación cualitativa por lo menos hay cuatro preguntas centrales que derivan de lo expuesto que interesan para este documento: ¿En qué medida se están alcanzando los resultados previstos?, ¿Cuál es la capacidad, competencia y habilidad del responsable(s) del programa para efectuar determinadas actividades y tareas que le son asignadas como propias de su trabajo?, ¿Hasta que punto la organización responsable del programa favorece o dificulta la marcha del mismo?, ¿En que medida llega a la población destinataria? De estás interrogantes que orientan la evaluación se desprende que es posible la combinación de diferentes tipos de evaluación para darles respuesta como la de resultados, la de proceso y la de eficacia. Se reconoce que la evaluación de los resultados es el tipo de evaluación mas significativa, tiene una importancia y centralidad indiscutible todo adquiere sentido si los resultados que se obtienen son los planeados y los deseados. Aún así considero que es necesario para un programa social en promoción social como el que se evalúa conocer el funcionamiento del mismo. Para la evaluación de proceso hay que especificar las dimensiones y sus indicadores correspondientes: como la evaluación de la cobertura, la evaluación de la implementación, la evaluación del ambiente organizacional en que se desarrolla y la evaluación del rendimiento personal. A continuación con base de esos tipos de evaluación se expondrán los indicadores específicos para cada uno de ellas.

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL DIPLOMADO

- **Evaluación de la eficacia:** consideración de los resultados, efectos e impactos del diplomado.

a) Logro de los objetivos

- Conocimientos de los participantes por unidades temáticas

b) Cambio en las actitudes de los participantes:

- individual, grupal, familiar y social

- desarrollo de una actitud humanista

c) La promoción de la salud mental en las comunidades

- cambio de la situación- problema de los participantes de la comunidad

d) Continuidad con los compromisos adquiridos al término del diplomado

- aplicación de los conocimientos y experiencias aprendidas
- constancia en la formación de la salud mental de los participantes
- vinculación al diplomado

- **Evaluación de la cobertura:**

a) Población - objeto

b) Cantidad de participantes a los talleres

c) Conocimiento previo del programa en la comunidad

- **Evaluación de la formación del promotor**

a) Selección de los aspirantes

b) Presentación del programa y compromisos de los participantes

c) Información y conocimiento teórico

d) Terapia grupal

- **Evaluación del trabajo de campo**

a) Compatibilidad de los conocimientos teóricos para la práctica de campo

b) Organización del trabajo de campo

c) Supervisión del trabajo de campo

- **Evaluación del ambiente organizacional en el que se desarrolla el programa**

a) Relación con el IMSS

- apoyos económicos
- estructura de decisión
- normatividad del diplomado
- capacidad de concertación

b) Condiciones ambientales y el espacio físico

- **Evaluación del rendimiento de personal**:

a) Formación académica

b) Experiencia profesional

c) Método de enseñanza

d) Actitud humanista

La estrategia metodológica expuesta queda integrada con la técnicas de reconstrucción del dato que se van a aplicar. Para este trabajo la más importante es la entrevista estructurada que se aplicó al responsable del programa y a los participantes del mismo. De estos últimos se seleccionaron participantes de la 2, 3, 5 y 6 generaciones. Los criterios de selección fueron: a) que estuvieran representadas la mayor parte de generaciones, b) por la disposición a participar en la entrevista y c) por azar. El total de entrevistas realizadas fueron 6. Una al responsable del programa y cinco a los participantes. Su aplicación se realizó en espacios de trabajo, domicilio y una por correo electrónico. Así mismo revise toda la bibliografía utilizada en el diplomado, para familiarizarme con las principales temáticas de la salud mental. Para la evaluación del trabajo de campo, además de las entrevistas realizadas revise trabajos finales de dos equipos de la sexta generación de su práctica de campo.

Es fundamental contar con una estrategia metodológica, sin embargo no se pueden pasar por alto algunas indicaciones prácticas que pueden ser complementarias al trabajo científico. Hacer de la evaluación un espacio de trabajo científico es un aporte interesante para la construcción de conocimiento científico, para la elaboración de las decisiones gubernamentales que se traducen en políticas públicas y para el autoconocimiento de la comunidad. Sin embargo no se puede perder de vista uno de los requisitos de mayor importancia que es previo a la evaluación: el convencimiento de los responsables de los programas, proyectos o servicios en que la evaluación es necesaria. Convencimiento en la utilidad y viabilidad de la evaluación, es decir en que debe servir para mejorar el programa, proyecto, actividades o servicios que se están evaluando. La evaluación debe ser aplicable y utilizable por parte de quienes tienen la responsabilidad de administración y gestión. Para ello es necesario ser oportuno por lo menos en dos sentidos:

a) Que se realice en un momento en el que sea posible introducir modificaciones en el proceso de gestión y/o realización de un programa o proyecto y

b) Que se haga en plena aceptación de los resultados políticos, técnicos y administrativos que tienen facultades de tomar las decisiones e introducir correcciones.

CAPITULO 2

NEOLIBERALISMO Y MERCANTILIZACIÓN DE LA VIDA SOCIAL

El modelo de desarrollo neoliberal apareció en diferentes fechas y con diversos ritmos, en el mundo capitalista y sus impactos también presentan esa heterogeneidad, los países desarrollados son los que se han beneficiado de ese modelo en contraste con los países subdesarrollados que poco han sido favorecidos y se mantienen obstinados en continuar con una serie de políticas económicas y sociales que han degradado el trabajo y empobrecido a las mayorías de la población. En el caso mexicano, se registra como inició formal de ese modelo en el sexenio presidencial de Miguel De La Madrid, se aplicó con tardanza en comparación con los países desarrollados, sin embargo presenta una alta velocidad en la destrucción de un tejido social que por lo menos detenía el deterioro de las condiciones de trabajo y de vida de los mexicanos.

El nacimiento del modelo de desarrollo neoliberal y la aparición de un nuevo auge de mundialización de la explotación y de la subordinación del trabajo al capital, fue un proceso que se fue gestando con mucha paciencia después de la Segunda Guerra Mundial y tuvo sus referentes de ataque en el estado de bienestar y del poder que gozaban los trabajadores. Los Estados de Bienestar orientaban sus políticas en los principios básicos de: igualdad y justicia para todos los individuos. Con estos principios, la lucha abierta que se vivía entre capitalistas y trabajadores se institucionalizó y los efectos de tal proceso político aún se encuentran en debate, sin embargo se puede destacar que los trabajadores gozaron de mayores protecciones de tipo legal y sus relaciones salariales y de empleo mejoraron sin que esto sea sinónimo de la desaparición de la explotación capitalista.

En 1944 Friedrich A. Hayek, escribió *Camino de Servidumbre*, texto que fue la plataforma de ataque contra las limitaciones de los mecanismos del mercado por parte del Estado, denunciada como una amenaza a la libertad económica y política[5] . A partir de ese momento Hayek se convirtió en el promotor principal del pensamiento neoliberal. Desde muy joven el Modelo de Desarrollo de los Estados de Bienestar ya era objeto de serias

[5] Anderson, Perry. "*La trama del Neoliberalismo*", UBA, Buenos Aires, 1997, p. 15.

críticas de pensadores conservadores que pregonaban la construcción de sociedades abiertas en las que la libertad tendría un valor alto. Hayek reaccionó en contra de ese tipo de modelo, porque implicaban la destrucción del Estado de Derecho y su base de reproducción el mercado.

En los pensadores neoliberales, la libertad y la competencia entre los individuos son los elementos fundamentales del estado de derecho y del mercado, éstos últimos los más adecuados para la asignación de recursos y riqueza en la sociedad. Desde esta perspectiva, la intervención del Estado en la organización de la sociedad se consideraba como una fuente de desigualdad económica y de generación de un vasto conjunto de protecciones legales y sociales que construirían un tejido social en el que los sujetos sociales sólo reconocerían derechos y ninguna obligación social, por otra parte amparados en organizaciones sindicales fuertes y en convivencia política con el estado.

La ofensiva capitalista se dirigió hacia el estado y sus funciones, sobretodo en el espacio de lo económico y de lo productivo por generar fuertes desequilibrios que afectaron al crecimiento económico. En otro sentido, se observaba en el estado al elemento generador de la crisis económica que empezó a aparecer en los países desarrollados a partir de la década de los setenta. Aparecieron una vasta gama de discursos que con diferentes perspectivas promovían el fin del estado obeso, lo que significaba el fin del estado intervencionista en la economía y en lo productivo y en contra de todo proteccionismo que limitara la libertad de los sujetos en sus elecciones y decisiones. El estado tenía que limitarse a la vieja usanza liberal; al cuidado de la soberanía de los países y garantizar el monopolio legal y legítimo de la violencia, por medio del control de los aparatos represivos del Estado; fuerzas armadas y policía.

Las críticas que se realizaron desde la segunda guerra mundial al modelo de desarrollo de bienestar prosperaron, cavando como el viejo topo y fueron orientaciones que utilizaron los capitalistas para enfrentar la recesión, producto de la crisis de posguerra del '73, que se representó por medio de la disminución de la tasa de ganancia y la lucha entre capital y trabajo. Inglaterra y Estados Unidos son las naciones principales que impulsaron el Modelo de Desarrollo Neoliberal sin lograr con plenitud resolver los problemas que le dieron nacimiento. De las políticas aplicadas destacan, entre otras, las siguientes:

a) **Abatir la crisis financiera:** se llevó acabo por medio de políticas antiinflacionarias, reformas fiscales a los agentes económicos, lo cual significaba reducir impuestos sobre las ganancias más altas; en este caso a quienes manejaban y controlaban el flujo del capital; los empresarios.

b) **Fortalecer la libre empresa:** para crear una rentabilidad empresarial, y para lograrlo se da énfasis al mercado externo y a la inversión internacional que lleva de la mano la autonomía sobre el dinero y en la acumulación de la economía hacia el mercado.

c) **Disciplinar a las empresas hacia el mercado:** es decir, se disciplina a los trabajadores y a los sindicatos; hay una derrota de los movimientos sindicales, aplastando numerosas huelgas en los '80. Por lo tanto, hay un auge en la flexibilización de las relaciones laborales y en su competencia. Hay inversión en los programas de productividad y los trabajadores se convierten en agentes de producción individuales que dependerán de su esfuerzo realizado en el proceso productivo para conservar su empleo.

d) **Disminuir los salarios y el gasto social:** en primer lugar las políticas neoliberales para contraer la inflación, limitaron los salarios que a su vez trajo como consecuencia el aumento del desempleo, pese a ello los neoliberales argumentaban que a mayores inversiones más producción y por lo tanto más empleo, pero ¿se habrán equivocado? Pues al menos en América Latina, el desempleo es uno de los principales problemas sociales y económicos que se vive hoy día; en segundo lugar, las políticas neoliberales redujeron el gasto social llamado "improductivo"; como servicios comunitarios, el bienestar colectivo (seguridad social, subsidios de todo tipo, educación, etc.)

e) **Privatizar las empresas públicas**: por la vía de la privatización de estancias sociales y públicas se da la desincorporación y achicamiento del Estado, para promover la eficacia y rentabilidad del sector privado.

En México, el modelo neoliberal surge desde la década de los ochenta como un llamado a la "Modernización" del país. Desde el período presidencial de Miguel de la Madrid hasta el del actual presidente, Felipe Calderón, se mantiene que la única opción de crecimiento económico y desarrollo social es a partir de la panacea del mercado. La modernidad propuesta por los gobernantes, políticos y empresarios atendía a los aspectos comercial y económico, más tarde llegaría la liberalización de la política y aún estamos esperando los impulsos gubernamentales, por medio de políticas públicas, para cambios radicales en lo cultural y en lo social.

Con el modelo de desarrollo neoliberal se impulsaron diversos tipos de política económica, privatizaciones, pactos económicos y laborales, acuerdos comerciales internacionales, modificaciones a las políticas sociales, muchas recetas de diverso tipo provenientes de organismos económicos internacionales y nos aproximamos a tres décadas de la aplicación del modelo y muchos de los problemas que los gobernadores dijeron subsanar por medio de éste hasta ahora no se han realizado. Es claro que unos sectores de población han resultado afectados y otros favorecidos por medio de este modelo; sin lugar a dudas las clases empresariales extranjeras y en menor medida las nacionales son las que han ganado y la mayoría de la población, incluyendo ya a la clase media, resultaron seriamente lesionadas económica y políticamente.

Las políticas de ajuste neoliberal más que dar solución a la crisis capitalista y la distribución del ingreso mundial, ha reestructurado lo que algunos autores llaman como un: "aparato de poder subordinador" [6], ya que éste se fortalece del mercado pues vive de él y de las políticas y leyes a su favor, con la desventaja de no atender ningún compromiso social, ni respetar los intereses de la gran mayoría, pues el mismo mercado promueve la utilización de cualquier medio y una cantidad de escrúpulos cada vez menor para sus fines [7].

Horacio de la Peña hace una critica al modelo, sostiene que resulta ineficaz e insuficiente; ineficaz porque las mismas políticas aplicadas por el Estado a favor del mercado, ha tenido como resultado la monopolización económica estatal a manos de quiénes mueven el capital, tal situación ha inmovilizado a los pobres a depender de lo que les pueda dar el Estado; es ineficiente porque no ha logrado eliminar la pobreza, al contrario la ha

[6] Pochelu, Galo. Documento *"Lo social en el proyecto de la CLAT"*, en Trabajo y Democracia Hoy, año 2, num. 10, 1998

[7] Guinsberg, Enrique. *"La salud mental en el neoliberalismo"*, Ed. Plaza y Valdes, México, 2004, p. 173.

empeorado y no se ha cumplido el prometido crecimiento y redistribución del capital. En la década de los 90 una persona de clase alta tenía 30 veces más que una pobre, actualmente esa cifra es de 130 a uno, pues al menos 1, 500 millones de personas, un tercio de la población mundial, vive con menos de un dólar al día. De tal forma, que no hay manera de que "los pobres puedan avanzar con las actuales reglas del mundo globalizado"[8].

Uno de los preceptos neoliberales para lograr el ansiado crecimiento económico es la eliminación de todo proteccionismo estatal, entre ellos se dirigió la mirada hacia la seguridad social que se percibió por los apologéticos pensadores y políticos neoliberales como una fuente de la crisis fiscal del estado, un lastre para servicios públicos eficaces y eficientes, una generadora de relaciones corporativas y de corrupción, en consecuencia una carga para el nuevo estado promotor de las virtudes de la competencia y la libertad e inclusive, se decía por los empresarios, para los propios trabajadores que ya no encontraban solución grata en ese tipo de institución.

Ese modelo productivo al sostenerse en la flexibilidad del trabajo y de la producción, en el cambio de la figura estatal también implicó modificaciones en las relaciones sociales, en las percepciones de los sujetos de sí mismos y con relación a los demás. Su claro énfasis en el mercado lo conduce a vanagloriar al individuo y a la mercantilización de toda la vida social. Su ofensiva hacia la seguridad social por medio de un esfuerzo sistemático de privatización del IMSS y ahora del ISSSTE es un claro ejemplo de vulnerar cualquier forma de solidaridad y fraternidad social. Tal vez reconozca informalmente las formas de ayuda que se generan entre los propios pobres para poder sobrevivir ante la degradación del empleo y en beneficio del capitalista, sin embargo esto no es motivo de su acción estratégica las permite por que es una forma de instituir a la pobreza.

El modelo neoliberal tiene como unidad de observación al individuo. Son estos que reencuentran en el mercado en términos de iguales y si acaso hay desigualdad entre ellos se debe a que unos tienen mayor información, conocimiento y experiencia que otros, pero nunca reconocerá que hay desigualdades sociales y que las personales, que bien pueden existir, pueden tener menor impacto en las relaciones sociales siempre y cuando se parte de una base conceptual diferente. El individuo además de ser un núcleo de la filosofía

[8] *La Jornada*, 12 de agosto del 2007.

neoliberal se ha convertido también en la práctica como una expresión de las relaciones sociales.

Políticas de flexibilidad productiva y laboral, la democracia formal, el impuso a construir nuevas identidades con base de mayor responsabilidad del individuo va generando una progresiva degradación de lo colectivo, por ejemplo la embestida a toda forma de organización social orientada a enfrentar a las degradaciones que provienen del capital y cuando estas son toleradas se hace en un presunto marco institucional que resguarde el interés de los capitalistas.

La ideología del individualismo se sostiene a partir de la promoción e institucionalización de nuevas creencias como la realización personal con base en la responsabilidad, la excelencia, el liderazgo, la competitividad, el éxito, como valores únicos para la conformación de estilos de vida aceptados por el estado y la clase empresarial. El individualismo trae consigo sus propias formas de segregación y exclusión social, que por desgracia se combinan con aquellas que arrastramos de las formas de organización pasadas, así aparece el aislamiento como forma potencial de vinculo social, por ejemplo el teletrabajo empieza a evidenciar que el trabajo como organización colectiva como lo conocimos al menos en el nacimiento del capitalismo tiende a ser vulnerado.

Hay abundante información respecto a la construcción de un nuevo sujeto social, que aunque aparezca contradictorio se finca en un terrible individualismo, lo que modifica la generación de subjetividades a tal grado de hablar del *hombre light*, entre tantos discursos que circulan de forma masiva, que expresa una inédita configuración de articulación entre las condiciones estructurales, subjetivas y culturales. Hoy día hablar de un sujeto revolucionario con aspiraciones de constitución de un nuevo orden social aparece como anacrónico, en su lugar emergen un buen contingente de propuestas que hasta ahora carecen de potencial de explicación y de comprensión de aquellas a las que critican.

El modelo neoliberal es un fracaso para la vida social. Tanto en gobiernos priistas como panistas que han gobernado haciendo suyas las premisas neoliberales han mostrado máxima preocupación por el crecimiento económico, en menor medida por transparentar al sistema político y las partes psicosociales y culturales aparecen en este modelo como preocupantes a las que hay que atender, pero para mantener la estabilidad política y la paz social, y en ningún momento como una inversión de primer orden para la construcción

de una sociedad que tenga como referentes de orientación el crecimiento de las personas de forma individual y colectivo.

El desorden global en el que vivimos, mas el oprobioso descaro del estado y gobiernos en defensa de la propiedad de los capitalistas como sostenes de la explotación y la dominación y la voracidad empresarial de incrementar su ganancia sin importar límite legal, humano y ecológico, trae consecuencias que afectan a todos, aunque de forma diferencial, como la violencia, la inseguridad, la corrupción institucionalizada, el consumismo que nos consume como seres humanos.
En lo que respecta a la inseguridad, podemos destacar que los delitos más comunes que se denunciaron en el 2006, son de 1,510 denuncias registradas por homicidio ante agencias del ministerio público, de robo 78,264, de violaciones 1,169 y por secuestro 92, estas cifras tan solo se dieron en el D.F[9]. En el 2005 se presentó la Encuesta Nacional sobre Inseguridad (ENSI), que nos muestra que la percepción de inseguridad entre la población de 18 años o más, es de 85.64% en el D. F., en el Estado de México fue de 70.75%, que sienten un estado inseguro en su vida social, el total nacional fue de 54.21%[10].

En el caso de la violencia, los datos no se quedan atrás. En México, dos niños menores de 14 años mueren cada día en promedio como consecuencia del maltrato infantil, reveló un informe nacional sobre violencia difundido el jueves 19 de abril de 2007. Sin embargo, en las encuestas realizadas en los años 2000 y 2003 a cuatro millones de niños, "casi una tercera parte de estos, particularmente aquellos de seis a nueve años, denunciaron que estaban sufriendo altos niveles de violencia en sus casas y en sus escuelas"[11] , explicó Elena Azaola, doctora en Antropología durante la presentación del Informe Nacional sobre Violencia y Salud.

El informe reconoce que hay un número de casos de maltrato muy alto que no se registra y que numerosas lesiones de menores que probablemente se producen como consecuencia de violencia familar, que se clasifican como accidentales. El principal lugar

[9] Con base en los datos de la Encuesta Nacional Sobre Inseguridad (ENSI). <http:// www.icesi.org.mx/estadisticas/estadisticas_encuestasNacionales>. Los datos de 2006 se encuentran en proceso de valoración por las procuradurías estatales, por lo que pudieron sufrir algunos ajustes.
[10] *Ibid,*
[11] Cimacnoticias.com-criterios.com

e este maltrato se producía en los hogares, principalmente de mano de la madre (47%) y del padre (29%), seguido por las escuelas.
En el mismo informe se señaló que el 56% de las mujeres jóvenes entre los 15 y 19 años que viven en pareja han sufrido al menos un incidente de violencia en los últimos 12 meses del informe, y el 50% de las adolescentes sufre violencia en el noviazgo, la cual se caracteriza por ser poco visible, pero se presenta a nivel físico y psicológico[12].

En cuento a los niveles de corrupción en México, los datos proporcionados por Transparencia Internacional, acerca de qué tan probable es que los funcionarios públicos de alto rango en México pidan o acepten sobornos para concesión de licencias o licitaciones, los funcionarios que trabajan en obras públicas son los más propensos a aceptar sobornos. Germán Martínez Cázares, ministro de Función Pública en México, mencionó que en 2005 hubo en el país 115 millones de actos de corrupción que en promedio costaron 183 pesos a quienes los protagonizaron, asegura que entre 2001 y 2005 el costo promedio de cada extorsión o soborno pasó de 109 a 177 pesos hasta más. En los hogares más pobres del país, las familias se ven obligadas a destinar el 24% del salario mínimo de 45 pesos al soborno, y menciona que "el aumento del precio de la corrupción sólo acentúa la desigualdad social y aleja a los más pobres de las condiciones que ofrece el Estado para el desarrollo individual. Para evitar que la corrupción impida el desarrollo humano con equidad es preciso impactar en los actos de corrupción"[13].

En una sociedad como la nuestra que expresa niveles significativos de trabajo degradado, empobrecimiento, violencia, inseguridad social, corrupción institucionalizada, conflictos políticos y sociolaborales más intensos, crisis de instituciones y agentes de representación colectiva, que se puede esperar si la mirada la dirigimos hacia problemas que poco interés tienen para el estado y los capitalistas e incluso para la mayoría de la población por carecer de información y conocimiento apropiado los desconoce o no los acepta, como la salud mental

En la actualidad los altos índices del consumo de alcohol y otras drogas son de vital consideración, pues son unas de las problemáticas que se ven a diario y una de las principales que afectan al sujeto en su salud mental. En el año 2000 entre la población de 15 a 64 años, el consumo de alcohol se relacionó con la segunda causa principal de

[12] *Ibid*
[13] <http://www.ideal.es/jaen/prensa/20070706/mundo/cada-familia-mexicana-destina_20070706.html>

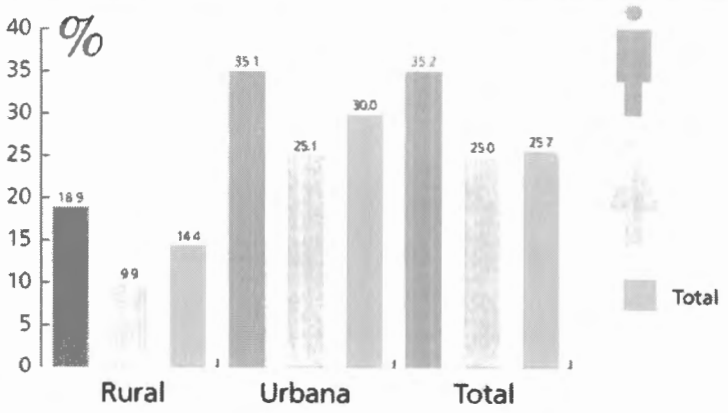
muerte (cirrosis hepática) en México, la cuarta causa principal por accidentes, especialmente de tráfico, y la quinta causa principal por homicidios. Algunas de las consecuencias más importantes del consumo de alcohol o sustancias son los accidentes y la violencia que producen[14].

En el 2002 se llevo acabo la Encuesta Nacional de Adicciones, que fue un proyecto conjunto del INEGI y la Secretaria de Salud, reportaron que existía en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumían alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. Cerca de tres millones (3'522,427) eran adolescentes de entre 12 y 17 años, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo. El consumo en la población urbana en jóvenes alcanza 35% (1'726,518) de la población masculina y 25% (1'252,712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer (Ver Gráfica 2)[15] .

Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por este grupo son los problemas con la policía suscitados mientras usaba bebidas alcohólicas, sin considerar problemas derivados de conducir automóviles, mismos que como era de esperarse, fueron más frecuentes entre los varones (9.7% de los hombres urbanos y 2.9% de los hombres rurales). Este problema sólo fue reportado por 1.2% de las mujeres urbanas. En segundo lugar se reportó haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando 3.6% de los hombres urbanos, solamente 0.3% de adolescentes urbanas reportaron esta conducta. En total 281,907 adolescentes (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor índice se observó entre los hombres rurales (4.1%) (Ver Gráfica 4)[16].

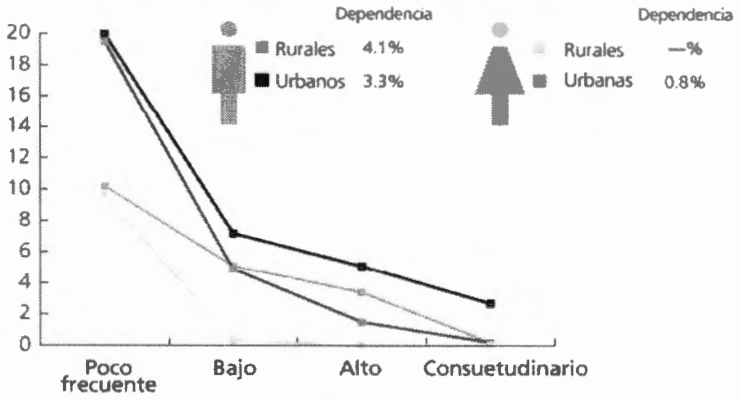
[14] Zambrano, Joaquín y Rojas, G. Estela. *"Uso y dependencia a drogas y alcohol, en un muestra de pacientes de un servicio de urgencias en la Ciudad de México"*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, 2000.
[15] Datos tomados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2002, <http//www. alerta2000.com.mx/alerta_anti/descargas/encuesta_nal_adicciones>.
[16] *Ibid*

Gráfica 2
Índice de bebedores
Adolescentes entre 12 y 17 años



FUENTE: ENA 2002 • CONADIC; INP RFM, DGE, INEGI

Gráfica 4
Consumo de alcohol en población
de 12 a 17 años

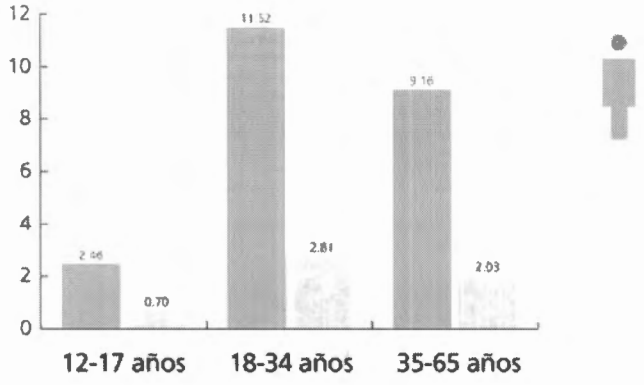


FUENTE: ENA 2002 • CONADIC; INP RFM, DGE, INEGI

En la República Mexicana, hay 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años que han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta. De los cuales 215,634 son adolescentes entre 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez, el índice entre los adultos jóvenes entre 18 y 34 años alcanza al 1'795,577 (1'351,138 varones y 449,439 mujeres) y entre 35 y 65 años,

1'495,391 (1'177,683 hombres y 317,708 mujeres). El mayor índice de consumo se observa entre los varones de 18 a 34 años (Gráfica 3)[17].

GRAFICA 3
Población rural y urbana por edad y sexo que usó alguna vez



FUENTE: ENA 2002 • CONADIC; INP/SM, DGE, INEGI

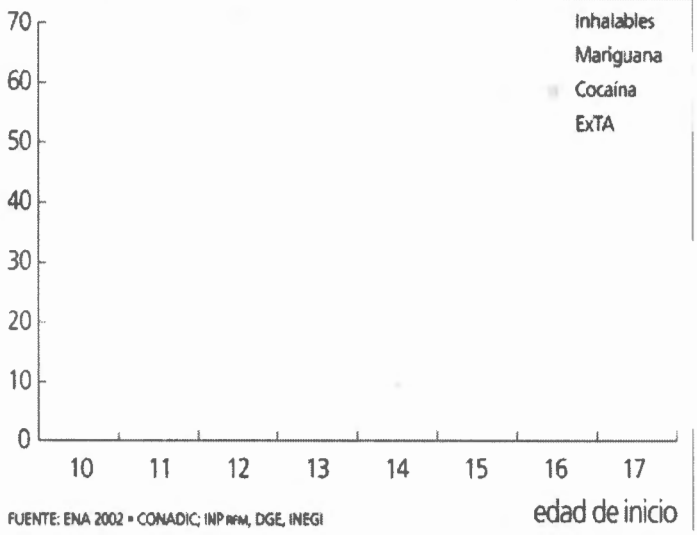
La droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la mariguana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de 2 millones (3.87%) viven en población urbana y el resto en la población rural (385,214 personas). Cuando únicamente se considera a los hombres urbanos la proporción de uso aumenta a 7.58%, y en el grupo entre 18 y 34 años que es el más expuesto, la proporción aumenta a 10.01%. La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. De la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.04% en forma de pasta y 0.10% en forma de crack. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años. Después de la mariguana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico (EsTA) y en último lugar la heroína y los alucinógenos. Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína. La edad más frecuente para iniciar el uso de inhalables son los 14 años, la mariguana muestra la máxima elevación alrededor de los 15 años, y la cocaína a los 16. Se inicia la experimentación con estimulantes tipo anfetamínico entre los 14 y 16 años (Ver Gráfica 5)[18].

[17] *Ibid*
[18] *Ibid*

GRAFICA 5

Edad de inicio en el uso de drogas

POBLACIÓN RURAL Y URBANA



FUENTE: ENA 2002 • CONADIC; INP RFM, DGE, INEGI

Los problemas derivados del consumo, nos muestran que el 0.44% de la población total entrevistada (12 a 65 años) presenta 3 síntomas o más de dependencia. Cabe destacar que los principales problemas físicos de dependencia presentes en la población en los últimos 12 meses de la encuesta son las convulsiones o las infecciones.

La población que ha utilizado servicios de ayuda derivados de los problemas de consumo, es de 1.21% en hospitales generales o centro comunitarios, solo el 0.56% del total que ha utilizado drogas acude a servicio psiquiátrico, 14.54% del total acude a cualquier tipo de ayuda[19].

Como consecuencias a los datos mostrados, nos permite analizar que los efectos del alcohol en los jóvenes los hace más propensos que los adultos en asumir comportamientos de alto riesgo, como la depresión e intento de suicidio, a tener conductas violentas y a otros aspectos de tipo psicosocial, como el estrés, ansiedad, etc., que desequilibran su estado emocional e influyen a su vez en tomar la decisión a consumir otras sustancias. De tal forma que se van generando repercusiones que poco a poco deterioran la salud mental del sujeto, además que se crean nuevos padecimientos, con nuevas repercusiones que a la mayor parte de la población perjudica.

[19] *Ibid*

Si las miradas por parte del Estado no se dirigen a éste tipo de padecimientos los índices irán el aumento, y la sociedad y grupos vulnerables seguirán devoradas por el oprobioso modelo de desarrollo neoliberal que no tiene ningún interés por el bien social.

CAPITULO 3

SALUD MENTAL EN MÉXICO

PROBLEMAS DE CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL.

Hay una controversia intensa respecto al uso del concepto de salud mental, para algunos es necesario evitarlo por su carácter normativo y otros proponen que es útil para entender problemas significativos de la vida social, sin necesariamente caer en un condicionamiento teórico que nos dirija inevitablemente a un recetario de cocina y a un ineludible destino del deber ser. En el Congreso de Higiene Mental realizado en Londres, en 1948, se genera una interesante disputa respecto al concepto de salud mental de la que nace la definición de entenderla como el desarrollo óptimo de las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales del individuo, en cuanto "no contraríe el desarrollo de los otros individuos"[20].

SI ya en ese lejano momento se percibía la dificultad para encontrar un contenido conceptual aceptable de salud mental, la importancia de este tipo de temas por su propia problemática teórica que implica y sin duda alguna por ser de interés empírico continua hasta nuestros días como un reto de construcción de conocimiento que se hace cada día mas interesante por el incremento de fenómenos concretos que se subsumen en esta perspectiva de análisis.

Howard Warren, en el diccionario de Psicología en 1998, la define como: "estado mental normal del individuo humano (contrario a insana)"- y la búsqueda de "insana" la remite a "locura", entendida como "desequilibrio mental, psicosis"[21]. Es por demás claro, que este autor se mueve en dicotomías de poca aceptación sociológica como lo normal y lo anormal que han sido utilizadas para excluir y encerrar a una serie de sujetos por clasificarse de esa forma, digamos como anormales y enfermos. Para Alberto Merani, la salud mental es: "Estado de ajuste favorable, que presupone características mentales personales deseables", además de considerar el estado de salud física de la persona.

[20] Op. Cit. Guinsberg, p. 29.
[21] *Ibid.*, p. 22.

Ante este análisis conceptual, llegamos a cuestionar, ¿qué o cuál es el estado "normal" de un individuo?, ¿qué significa "estado de ajuste favorable" o "características mentales personales, particularmente deseables"?[22] . Si la unidad de observación es el individuo entonces ¿en qué nivel de comprensión queda la sociedad?, ¿Se puede pensar que el nivel individual es un referente para enfrentarla con eficacia?

El psicólogo David Cooper, plantea que el supuesto de "normalidad", que supone inclusión en la salud mental, es endeble pues existe una brecha muy corta entre la salud y la locura, aún así entre ambas hay una diferencia que determina la ausencia de enfermedad, estado o bienestar de los sujetos. El punto esencial de éste análisis es saber cómo se encuentra la supuesta salud mental de los sujetos, y cómo se deteriora hasta considerarse como una enfermedad mental, colocando énfasis en las condiciones y causas que la erosionan, y su influencia sobre los sujetos y las situaciones en que viven.

Como no es la intención de este documento discutir respecto a la amplia gama de definiciones de salud mental con sus derivaciones críticas respectivas, sino de localizar aquella que le da vida al diplomado de salud mental en evaluación, se cree suficiente la exposición de algunas dificultades que presenta este tipo de análisis. Una de las perspectivas que guían la orientación epistemológica y teórica del diplomado en evaluación es la que ofrece la Organización Mundial de la Salud al definirla como "el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", esto es significativo pues una concepción sistémica evita limitar a la salud mental con una condición psicológica sino que incluye niveles físicos y sociales, además de factores que dependen del contexto en los que se desenvuelve el sujeto; como los cambios demográficos, sociales, económicos, etc. También resalta que la salud no es ausencia de enfermedad, un sujeto que se considere como sano no esta exento que padezca una serie de enfermedades clasificadas como mentales o al contrario algunos pueden ser clasificados como enfermos o peligrosos con el propósito de exclusión y control social. De cualquier forma una sociedad como la nuestra al menos llama a la sospecha de que tanto y de que tipo estamos sanos mentalmente, de no hacernos esa pregunta es tanto como legitimar que la violencia, la indiferencia, el miedo y la corrupción que corroe al tejido social es un fenómeno natural del cual podemos escapar

[22] *Ibid.*, p. 23.

socialmente con pequeñas dosis de democracia y de la siempre esperada y que nunca llega, al menos para unas minorías si, de la riqueza material.

Con esta visión integradora se toca al plano social desde el que se condiciona la evolución de las enfermedades mentales. Asimismo, nos ayuda a pensar que una sociedad como la nuestra que se articula por el modelo neoliberal los problemas de salud mental pueden haberse incrementado, al menos como hipótesis se puede proponer. Sin dejar de reconocer que la salud mental continúa siendo un campo de disputa en la ciencia social, hay un acuerdo informal de concederle el carácter de un bien preciado y deseado por la mayoría de la población, cuyos integrantes se asumen como mentalmente "sanos" y "normales".

El Diplomado de Formación de Promotores de la Salud Mental que se evalúa, se adscribe a la comprensión que tiene la OMS de éste fenómeno, conceptualización que define y abre camino para la búsqueda de formas de responder a ella por medio de políticas públicas, de esfuerzos que nacen de la propia sociedad civil y grupos con base humanista. En dado caso sostengo que la mercantilización de la vida social es muy difícil de sincronizarse con una perspectiva de salud mental como la opuesta, cuestión que se aclara con la presentación de los problemas de salud mental que se presentan para el país.

ESTADÍSTICAS PARA MÉXICO

En el 2003, en México por iniciativa de la OMS se aplicó una Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en el marco de un programa Mundial de la Salud Mental, en las regiones metropolitanas más grandes del país (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey), ciudades que presentan altos niveles de conflicto social y condiciones favorables para incubar enfermedades mentales como las que arrojó el estudio: la ansiedad, episodios de depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso de sustancias y los trastornos de conducta[23].

[23] La región conformada por las tres áreas metropolitanas muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%) y es la región noroeste (Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora) la que muestra más elevados índices de trastorno por uso de sustancias (1.7%). Poco más de cuatro quintas partes (85.4%) de la población presentó un trastorno por abuso de alcohol y más de una tercera parte de la

Así como la miseria económica es un problema de preocupación nacional también podemos sostener que la miseria emocional es aún mas fuerte e intensa y con efectos degradantes en el ser humano de gran talante, sin embargo esta se hace visible en parte de su magnitud cuando aparece como negocio para los empresarios y cuando puede volcarse como un espacio de trasgresión a la moral colectiva o fuente de críticas al estado por violación de derechos humanos o simplemente como un imaginario que daña la estética política del estado.

En el país donde por mucho tiempo existió el maquillaje de las estadísticas oficiales, práctica estatal que aún no desaparece en su totalidad y por otro lado, en el caso de la salud mental, el poco interés en investigar a fondo este tipo de problemas que de una manera u otra son atribuibles por su mayor incidencia a la población pobre, se puede considerar que la información que se tiene se queda pequeña a la real magnitud de existencia de ese tipo de problemática, pues el sufrimiento que causan los trastornos mentales poco pueden hacerse sentir y comprender a partir de las estadísticas. En la investigación mencionada se revelan datos que nos deberían de colocar por lo menos en una situación de atención. Pues hay 15 millones de personas que son victimas de diferentes tipos de ansiedad, es una de las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalesencia a nivel mundial. Entre la población mas afectada encontramos a mujeres, jóvenes y la población con bajos recursos económicos. Se indica que si los jóvenes no son tratados oportunamente a la larga tienden a buscar formas para aliviar su ansiedad, como el alcohol y otras drogas[24].

En el caso de la depresión, la OMS manifestó que ésta era la causa del 12% del total de padecimientos y enfermedades en la salud mental, pues una de cada veinticinco personas vive con ella. Se calcula que en el 2020, éste desorden podría ser la causa principal de días perdidos por incapacidad en el trabajo[25]. Un dato de interés para este documento, es

población (37%) que presentó un trastorno de abuso de sustancias (alcohol o drogas) presentó un trastorno del afecto (31.5%), de ansiedad (30.9%). El riesgo de abuso o dependencia a sustancias se incrementa 2.6 veces en los hombres y 7.3 veces en las mujeres cuando anteceden trastornos de ansiedad.
El 3.3% de la población ha presentado cuando menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida, aquellos que lo han padecido tienen una probabilidad 60% mayor que la población general de presentar otro episodio, los que han tenido 2 episodios aumenta a un 70% y los que han tenido 3 episodios tienen una probabilidad de 90% de presentar una recurrencia. Además de 5-10% de desarrollar un trastorno bipolar.

[24] Berlanga Cisneros, Carlos. *"Los trastornos de ansiedad"* en Manual de Trastornos Mentales, México, 2005, p.25

[25] La depresión es una enfermedad cerebral caracterizada por un cambio significativo en el estado de ánimo que dura al menos dos semanas y cuyos síntomas consisten en presentar tristeza, pérdida de interés en

que la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres, pues alrededor del 30% de los casos registrados la padece, comparado con un 12.6% de los hombres, de tal forma que la población femenina es altamente susceptible a esta enfermedad, creencia que requiere de indagaciones de mayor prudencia en las que se rescate con seriedad los elementos de corte social que inciden en ella[26].

La mayor incidencia de la depresión en las mujeres se intenta comprender por factores hereditarios, psicológicos y sociales aún lo acertado de este enfoque en términos de combinar y relacionar diferentes niveles que constituyen el mundo es insuficiente, pues se necesita de enfoques que puedan darle articulación a esa pretensión de relación. Aunque es difícil sopesar la influencia que puede tener un modelo machista como estilo de vida entre hombres y mujeres en la salud mental en el país no se puede obviar y nos invita a retomar diversas investigaciones que recomiendan incluir al género como un enfoque que permita darle vida a la integración de lo biológico, y lo psicosocial. Si bien las mujeres pueden experimentar, como se plantea en dicha investigación, con mayor frecuencia que los hombres síntomas de ansiedad, pánico, fobia, trastornos de la alimentación y personalidad dependiente. Además en la generación del malestar influyen: los cambios que ocurren en el ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período post parto, el climaterio y la menopausia. Todo esto puede estar presente pero el nivel que se le otorga en la explicación sólo puede ser significativo si se incorpora al género como variable de interpretación, no basta con reconocer que muchas mujeres tienen que enfrentar tensiones adicionales como la doble responsabilidad de trabajo, el hogar, ser madres solteras y el tener que cuidar a sus hijo, sino comprender que la sociedad capitalista está conformada por desigualdades sociales y que el género es una causa de esa construcción social.

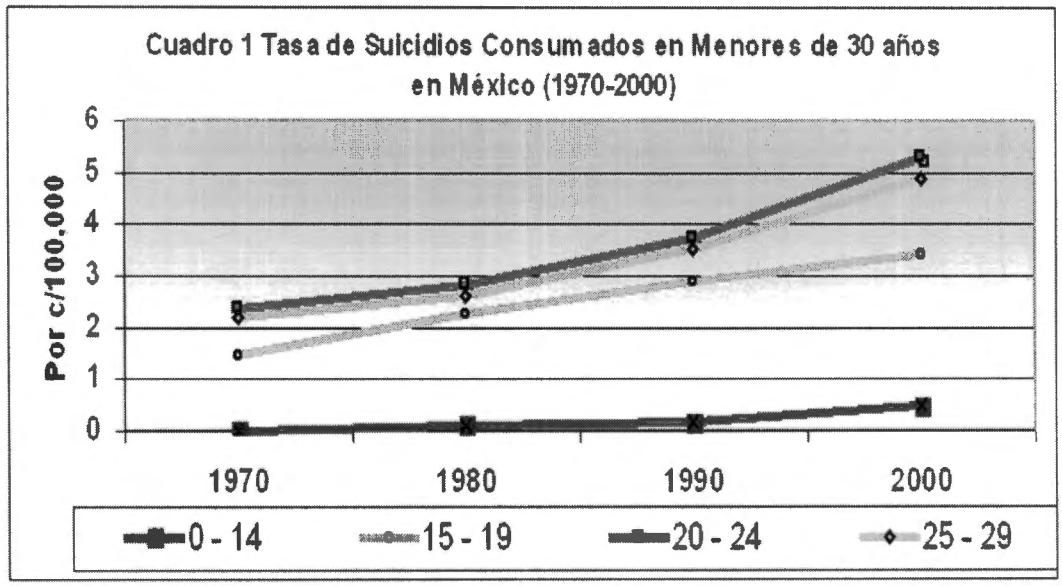
En el país, de las complicaciones más graves asociadas a los trastornos depresivos, es el suicidio, aproximadamente el 15% de las personas con depresión severa no tratada lo han cometido. Asimismo los suicidios en hombres es cinco veces más frecuente que en las mujeres, pero los intentos son 3 veces más usuales en las mujeres[27]. En base a esto, se estimaría que el método que utilizan los hombres es mucho más efectivo que el las

actividades placenteras, disminución o aumento de apetito, aumento o disminución del sueño durante el día, así como menor capacidad de concentración. *La Jornada*, 5 de abril del 2006.

[26] Zárate Hidalgo, Leopoldo. *"Los trastornos depresivos"*, en Manual de Trastornos Mentales, México, 2005, p. 73.

[27] *Ibid.*, p. 73.

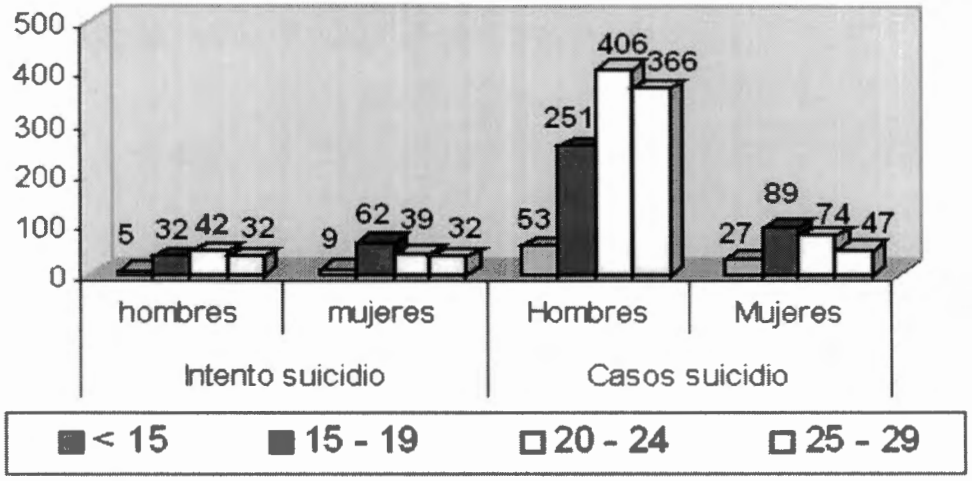
mujeres, o que al menos éstos no dudan en cometerlo. Las muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes se han duplicado en los últimos 30 años, entre los grupos de edad de 20 a 24 años: el aumento es casi el triple. La tasa de mortalidad por suicidio en México en el grupo de 15 a 19 aumentó de 1.49 en el año 1970 a 3.40 en 2000, y el grupo de 25 a 29 años, de 2.20 a 4.89 (ver cuadro 1).



Fuente: Epidemiología del suicidio en México 1970-1994 Borges G, Rosousky, Gomez C, Gtez R. Salud Pública México, 1996; 38: 197-206. INEGI cuadernillo 7 Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios edicion 2001.

El número de suicidios para el año 2000 fue de 2736 casos registrados, de los cuales la mitad lo cometieron personas menores de 30 años, 39.3% varones, 8.7% mujeres. (ver cuadro 2)

Cuadro 2 Casos e Intentos de Suicidio por sexo y edad en menores de 30 años en México (2000)



Fuente: INEGI cuadernillo 7 Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios edicion 2001.

El cuadro nos muestra que la mitad de los que intentan el suicidio tiene menos de 24 años y que uno de cada cinco son adolescentes entre los 15 y 19 años. Estos datos, al ser comparados con el observado en 1999, refleja un incremento del 8.1 por ciento, según datos reportados por el INEGI. Por otro lado, en relación a los suicidios consumados, en la década de 1970 a 2000 la tasa de suicidios en jóvenes de 15 a 19 años pasó de 1.49 a 3.40; en el grupo de 20 a 24 años la tasa pasó de 2.38 a 5.29 por ciento[28] (Ver cuadro 1).

El modelo de desarrollo neoliberal condiciona a la salud mental. Hay estudios que resaltan, que el estado emocional y la salud mental de los sujetos se asocian con conflictos cotidianos y con condiciones de su entorno social, las que a su vez, inciden en el suicidio. La información que se presenta a continuación ayuda a fortalecer la asociación entre el tipo de sociedad que tenemos y algunos padecimientos de la salud mental:

[28] Borges G, Rosousky, Gomez C, Gtez R *"Epidemiología del suicidio en México 1970-199" en* Salud Pública México, INEGI cuadernillo7 Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios edición 2001.

Suicidios registrados según causa, 1990 a 2004

Año	Total	Amorosa	Dificultad económica	Disgusto familiar	Enfermedad grave e incurable	Enfermedad mental [a]	Remordimiento	Se ignora	Otras causas
1990 [b]	1 405	87	31	128	100	60	20	63	916
1991	1 826	148	69	122	126	218	18	972	153
1992	1 955	106	55	133	109	359	27	1 003	163
1993	2 022	110	77	198	95	306	17	1 035	184
1994	2 215	132	86	183	137	78	28	1 227	344
1995	2 428	156	126	238	171	122	40	1 407	168
1996 [c]	2 233	170	89	239	144	103	31	1 288	169
1997 [c]	2 459	165	100	247	155	119	31	1 466	176
1998 [c]	2 414	181	94	258	131	94	39	1 428	189
1999 [c]	2 531	195	67	281	143	134	48	1 472	191
2000	2 736	221	90	291	187	110	49	1 569	219
2001	3 089	237	87	275	197	142	32	1 771	348
2002	3 160	239	112	331	158	119	31	1 831	339
2003	3 327	246	110	301	170	140	42	2 037	281
2004	3 324	230	94	280	172	141	33	2 087	287

[a] Hasta 2003 se refiere a Enajenación mental.
[b] Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal, Guerrero y Campeche.
[c] Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.
FUENTE: **INEGI.** *Estadísticas sobre Intentos de Suicidio y Suicidios.*

Sin ser catastróficos hay información adicional que nos sugiere que el aumento de problemas asociados a una salud mental preocupante se agudizan por que se carece de políticas estatales que permitan atacar de fondo a está problemáticas, por ejemplo solo el 2.5 % de los pacientes con depresión está bajo supervisión de algún especialista, hay una reducción del gasto social que se destina a este tipo de servicios públicos. Un dato que se asocia con claridad a la violencia social que se ha intensificado en los últimos años es el estrés post-traumático, la mitad de los encuestados en la investigación mencionada (68%) reportó haber estado expuesto al menos a un suceso estresante en algún momento de su vida, de los cuales la mitad (33%) había experimentado tres o más de estos eventos; como el robo por arma, secuestro, muerte de un familiar, testigos o victimas de violencia doméstica, violencia física, abuso sexual, acoso, entre otros[29].

[29] Medina Mora, Maria Elena. *"La Salud Mental en México y los retos para su atención"*, Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, Manual de Trastornos Mentales, México, 2005, p. 18.

Si la pobreza aparece como alarmante en el país, no deja de sorprendernos las estadísticas de la salud mental de los mexicanos y la forma de cómo se enfrenta por el estado: sólo uno de cada diez sujetos con un trastorno mental recibió atención y uno de cada cinco con dos o más trastornos, también lo hicieron. Asimismo personas con algún trastorno de ansiedad y de depresión mayor pidió atención, y generaron más uso de servicios especializados en salud mental como: psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta u otro especialista en el tema. Hay que destacar que hay un incremento en la solicitud de ayuda conforme más severo es el problema, sin embargo la gran mayoría de personas con trastornos no pide ayuda o ni siquiera sabe que los padece[30] .

De la información expuesta, se puede estimar que hay un gran déficit de atención pública hacia la salud mental. Las clases medias y altas que cuentan con recursos económicos tienen para pagar los servicios en instituciones privadas y se han convertido en excelentes generadores de especialista para atender este tipo de enfermedades, por ejemplo el incremento de personas que se dedican a ofrecer servicios de psicoterapia.

Por otro lado, es todo un reto formar personal mejor capacitado e informado de las variaciones que tienen las enfermedades en la salud mental y de las posibilidades de atenderla de forma preventiva. Así como desarrollar programas de apoyo en tratamientos orientados a la población de bajos recursos y el incremento en el uso de la consulta psiquiátrica, en especial para quienes tengan trastornos más severos y donde se puedan incluir los familiares de los pacientes, no sólo con apoyo en el tratamiento, sino también para atender la carga emocional que representa para ellos el cuidado de los enfermos[31]. Desde la sociedad civil se han conformado grupos de apoyo para las personas que sufren de un trastorno mental, sin embargo estos esfuerzos son insuficientes pues son los propios familiares que se incluyen en esos dispositivos y otro personal que por razones de filantropía o solidaridad colectiva invierte tiempo y recursos ante problemas que se perciben que gozan de una desatención fuerte por los grupos de poder económico y político.

[30] *Ibid.*, p. 21.
[31] Ibid., p. 22.

De ninguna forma se está de acuerdo que sea la sociedad civil que tenga que responsabilizarse de la salud mental de este país , es claro que se tiene que incluir y participar como un sujeto con responsabilidades, pero jamás asumir aquellas que son de competencia estatal. La OMS promueve que los gobiernos destinen al menos el 10% del presupuesto de salud a la atención de problemas en salud mental, en el caso de México solo se destina el 1.25 % del gasto de sanidad a estos padecimientos[32]. Estos presupuestos en comparación con la magnitud del problema son la confirmación de que la salud mental es un problema sin interés para el Estado ocupado en garantizar las altas ganancias para una minoría de empresarios, cuando la mayoría de la población se encuentra empobrecida y no cuenta con los recursos económicos que les permitan atender los padecimientos que afectan su salud mental.

Debido a la reducción de sus ingresos y la limitación de los medios que les permitan el acceso a terapias y en especial a la atención psicoterapeutas, ya no privadas, sino a servicios de calidad en la atención de sus padecimientos, las instituciones de salud pública se encuentran sobresaturadas y solo pueden ofrecer un servicio poco eficiente y hasta deshumanizado, ya que los pacientes dejan de serlo para convertirse en números que se representan en "ficha tal...", solo por atender la creciente demanda en los servicios.

Si el Estado fortaleciera el presupuesto para las instituciones de salud pública, se podría ofrecer mejores servicios, contar con un personal capacitado para atender cualquier padecimiento y diagnosticar las enfermedades a tiempo, así como contar con los medicamentos necesarios, se puede esperar una atención más humana y de calidad a la población que más lo necesita.

En consecuencia, se está en desacuerdo con la opinión del titular de los servicios de salud de Atención Psiquiátrica de la Secretaria de Salud, Carlos Campillo, que asegura que las enfermedades mentales formaron parte de los programas del gobierno de Vicente Fox, pero no fueron incluidos en los servicios del Seguro Popular, sólo se incluyó el servicio de consulta externa para la depresión y la esquizofrenia, y no se garantizó la atención médica integral que ambos padecimientos requieren, al excluirse la atención hospitalaria y los medicamentos, ya que algunos son de muy alto costo[33].

[32] *La Jornada*, 17 de julio del 2007.
[33] *Ibid.*

Todo indica por lo expuesto, que el modelo de desarrollo neoliberal ha incidido en la degradación de la salud mental de los mexicanos y sin duda los teletones son iniciativas encubridoras de los intereses empresariales que jamás se presentarán como formas adecuadas para enfrentar una problemática social que funciona de manera invisible en contra del bienestar psicosocial de la mayoría de la población mexicana. Indisolublemente los caminos trazados para el afrontamiento de la salud mental son inadecuados desde la misma percepción de los sujetos que la padecen hasta las soluciones que se aplican más plegadas a mayor inversión que a la construcción de un modelo que permita prevenir que lamentar y centrarse en los resultados de la curación.

Es necesario que haya una educación en la prevención dirigida a toda la población, el apego a la consulta psiquiátrica y a tratamientos que mejoren su bienestar en la salud mental. De tal forma se obtendrán beneficios tanto para la población en general y para el mismo Estado, pues esto le implicaría menores costos económicos y sociales. Una labor conjunta de gobierno e iniciativa privada podría crear un clima de salud mental social que facilitara a sus habitantes la satisfacción adecuada de sus necesidades y así mejorar su calidad de vida. Con la difusión y educación sobre la salud metal, la gente podría concientizar sus problemas en torno a su salud mental y buscar un tipo de ayuda, como la psicoterapia orientada a la prevención, eliminar el concepto de *"locura"* que de lugar a que cada vez con más frecuencia se acuda a psicoterapia personas con menos patología, personas dentro de lo normal con deseo expreso de mejorar su personalidad y de progresar en su desempleo laboral y social.

CAPITULO IV

MODELOS DE SALUD MENTAL

Cada sociedad construye sus propias concepciones, prácticas, relaciones y símbolos de lo que es el proceso salud-enfermedad. Para Giddens[34], en las sociedades occidentales nació un tipo de medicina que constituyó su propio concepto de enfermedad con relación a lo físico y su explicación en términos científicos. Perspectiva que fue dominante por mucho tiempo pues la aplicación de la ciencia al diagnóstico y a la cura médica se convirtió en atributo del progreso. Asimismo señala el autor que otra característica de este proceso, fue la aceptación de los hospitales como los espacios en donde se curan las enfermedades más graves y el desarrollo de la profesión médica como un cuerpo con un código ético reconocido y un poder social importante. Reconoce el autor que estos tres procesos se dieron conjuntamente, sin embargo la práctica profesional médica no se limita a los hospitales, éstos proporcionan un medio en el que por primera vez los doctores pueden tratar y estudiar un gran número de pacientes, en unas circunstancias que posibilitan la concentración de tecnología médica.

Sería muy atrevido desconocer el prestigio que adquirió la medicina moderna, aún así hay autores que la critican como Foucault[35] quien sostiene que este tipo de medicina creó un nuevo abismo social al producir una diferenciación entre lo normal y lo patológico cuya utilidad es para crear exclusión social y formas de disciplinamiento del cuerpo. Para Ivan Illich[36], la medicina occidental desde su nacimiento tuvo la intencionalidad de expropiación del saber hacer del cuidado de las personas e industrializarlo, generando un movimiento perverso y contraproducente para la sociedad conocido como Némesis Médica. Para Giddens las mejoras en la asistencia médica sólo son responsables de una parte relativamente pequeña del descenso de las tasas de mortalidad antes del siglo pasado. Pese a las diferencias en las críticas todas apuntan a que el proceso de salud –

[34] Giddens, Anthony. *"Población, Salud, Envejecimiento"* en **Sociología**, Alianza Universidad Textos, 2da. Edición, Madrid, 1993.
[35] Foucault, Michel. *"El nacimiento de la clínica"*, Ed. Siglo XXI, México, 20ª. Ed. 2001, pp. 304.
[36] Illich, Ivan. *"Némesis Médica, la expropiación de la salud"*, Editorial Joaquín Mortiz, 1era edición en español 1978, pp. 34.

enfermedad hay que discutirlo pues se ha mercantilizado a tal grado que se orienta por la ganancia y también se utiliza en términos políticos para creación de formas de conducción política de la población.

La medicina moderna nació con base de un modelo de medicina conocido como biomédico de la salud. Este modelo se caracteriza por la aplicación de la ciencia como diagnóstico y cura de la enfermedad que contempla al cuerpo como una máquina y coloca su énfasis en la curación de las enfermedades, dejando a un lado cualquier preocupación por la totalidad de la persona. Apreciaciones que se hacen extensivas a la salud mental. La psiquiatría se considero por mucho tiempo como la ciencia exclusiva para tratar a los enfermos mentales. En sus inicios se reducía casi exclusivamente a la atención de enfermos psicóticos dentro de los manicomios, que generalmente las instalaciones se mantenían deterioradas e insalubres, además de que el trato a los pacientes era inhumano; ya que no se mantenía una verdadera comunicación con ellos y no se respetaba su condición como personas. Las medicamentos eran escasos e inespecíficos pues lo único que hacían era sedarlos, los controlaban mediante camisas de fuerzas y otros medios de sujeción física en sus momentos de exaltación; en realidad los pronósticos de éstos procedimientos no eran muy claros, pues se decía: "la locura no cura y si cura no dura"[37].

Por suerte está situación se ha modificado, la psiquiatría evolucionó y se dejo de ver como el "patito feo" de las ciencias médicas, se apoyo de la terapéutica orgánica que consistía en choques cardiazólicos, comas insulínicos, electrochoques, etc. Más tarde con la revolución psicofarmacológica se permitieron tratamientos médicos más específicos y los trastornos psicóticos requirieron de menor internamiento y duración en su tratamiento. Las instalaciones fueron más agradables y los pacientes comenzaron a moverse con más libertad dentro de ellas, reciben un trato como personas y sus opiniones son tomadas en cuenta.

[37] Cabildo Arellano, Héctor. *" Psicoterapia preventiva grupal"*, México, D.F., 2002, p. 12.

En el siglo XX, la psiquiatría evolucionó hasta romper con el esquema psicosis-hospital, en este proceso influyeron factores como los siguientes:

- De una concepción etiopatogénica imprecisa de los desordenes mentales, se llegó a un conocimiento científico de los mismos
- De la atención del enfermo mental en los manicomios, se paso a una atención más humanizada
- Se recurrió a la atención externa
- El paso de una atención curativa hacia la rehabilitación y por el otro lado hacia la prevención y la promoción de la salud mental del individuo, su familia y su comunidad
- De la atención individual a la atención a grupos pequeños, grupos familiares, hasta llegar a la atención de grupos grandes y de instituciones enteras, con la posibilidad de llegar al manejo de comunidades completas
- Los tratamientos puramente biológicos y su extensión hacia las psicoterapias preventivas o de crecimiento, que representan un camino para mejorar la calidad de vida de las poblaciones[38].

En confrontación con el modelo psiquiátrico, definido por una concepción de ciencia positivista, nacen opciones de percibir y tratar a los sujetos clasificados como enfermos mentales de una manera muy distinta. De esas opciones resalta la Psicoterapia preventiva grupal y el enfoque de salud mental, que pueden ser integrados. La Psicoterapia preventiva grupal, es un instrumento que se creó para actuar más eficientemente en el terreno preventivo de las alteraciones psicogénicas, así como promover mejores grados de salud mental en los grupos humanos.

Al final del siglo XX se presentaron circunstancias psicosociodinámicas que favorecieron la aparición del enfoque preventivo de la psicoterapia; de las cuales hay que destacar:

- el desarrollo de las neurociencias, en las que se apoya la psiquiatría y las ciencias de la psique en general

[38] *Ibid*, p. 23

- el desenvolvimiento y cobertura social de las ciencias psicológicas, particularmente las corrientes psicodinamístas

- la aparición e impulso hacia la prevención de la Salud Mental[39].

Las teorías psicodinamistas, contribuyeron a generar conocimiento sobre la forma en cómo las tensiones emocionales afectaban neurofisiológicamente al organismo, provocándole las llamadas enfermedades psicosomáticas. Esto presentó otra vía por la que la psiquiatría y la psicoterapia se introdujeron a los hospitales generales, estableciéndose una comunicación más estrecha con médicos de otras especialidades, para la comprensión y tratamiento de esos cuadros[40]. La posibilidad de integración de diversas concepciones y tratamientos que se fueron institucionalizando no solo abrieron brecha para el reconocimiento de enfermedades de expertos y hospitales, sino que se construyó un interesante mercado para el ejercicio de la psicoterapia, que impulsó la ampliación de su objeto de estudio además del nivel individual, también empezó a incursionar en el grupal y familiar.

La salud mental nace de un movimiento de diversos profesionistas que criticaban con dureza a la psiquiatría, llama la atención su insistencia hacia la modificación de la situación deplorable en los hospitales para enfermos mentales, así como orientar sus mejores esfuerzos en pro de la prevención de las alteraciones de la mente, así como la adaptación social del enfermo mental. Con un enfoque de la salud mental que escapa o se vuelve escurridizo a los enfoques tradicionales de la psiquiatría y se empalma con la psicoterapia, se aspira llegar a recorrer el camino de la prevención de un individuo, grupo y a la comunidad; de la atención de los más enfermos, hacia los menos afectados, hasta llegar a los aparentemente sanos[41].

El modelo medico biologicista cedió terreno a otro más integral, que finca sus esperanzas en la prevención como la mejor solución a la salud mental. Aún así tampoco hay que descartar que diversos puntales de ese modelo tradicional continúen reproduciéndose por razones de la lógica de la ganancia. Como para la terapia de grupo y a la salud mental es

[39] *Ibid*, p. 11
[40] *Ibid*, p. 17
[41] *Ibid*, p. 49

clave el concepto de prevención, lo cual es necesario realizar algunas especificaciones al respecto.

Prevención se refiere a una conducta orientada a evitar un daño como enfermedades, accidentes, desastres ecológicos, conflictos sociales u otros. Se apoya en la capacidad de almacenar experiencias que causaron un perjuicio y la forma como se enfrentó a ellas. Cuando surge la posibilidad de que se vuelva a presentar ese evento negativo, el evento almacenado impulsa al sujeto a tomar las medidas necesarias para evitar su presentación[42]. Las actividades de detección oportuna, junto con las de prevención inespecífica o promoción de mejor salud, forma una triple acción preventiva en el campo de la salud mental individual y colectiva[43]. Si una persona o grupo actúa hacia la prevención, conservará su bienestar y su buen funcionamiento físico, mental y social, y de esta forma se contribuye a disminuir daños y costos personales y sociales, aunque lo más importante es insistir en la necesidad de la constitución de un nuevo tejido social.

Como ya se había expuesto, los modelos de promoción social permiten que el individuo se transforme en sujeto protagónico en la reconstrucción del espacio, su entorno y su problemática cotidiana, lo cual implica acciones de sensibilización, capacitación y educación social que propicien cambios de actitudes y responsabilidades colectivas, dirigidas a resolver necesidades y problemas básicos de los sectores sociales. Por tal motivo se considera relevante la participación activa y conciente de la población, pugnar porque esta tome conciencia de su situación real en que vive, lo que permitirá la comprensión crítica de los factores y procesos que incidan en la conformación de esa realidad; ya que solo la participación activa de la población en la toma de decisiones y tareas contribuye a la trasformación de las formas de vida[44].

Por ello, con los modelos de promoción social dirigidos hacia la prevención se permite luchar por incrementar la salud o por lo menos evitar la enfermedad, pues estas conductas con un nivel de acción de la Medicina Preventiva evitan daños más serios a la salud de los individuos y sus sociedades. Estos niveles se pueden enunciar en la siguiente forma:

---

[42] *Ibid*, p. 49
[43] *Ibid*, p. 64
[44] *Op. Cit.*, Galeana, p. 76

- 1er nivel: Promoción del optimo desarrollo de la salud mental de los individuos, sus familias y sus comunidades

- 2° nivel: Prevención especifica de los trastornos psíquicos y de las alteraciones del comportamiento; el objetivo de la prevención será neutralizar las causas que originan los trastornos psíquicos, a fin de evitar su aparición o en su defecto, detectarlos a tiempo para evitar su evolución patológica

- 3er nivel: Detección y tratamiento oportuno para intervenir de inmediato y evitar su evolución hacia un cuadro más serio, esta labor asegurará que se tenga una vigilancia de salud y de la detección temprana de casos cuando se presenten, al igual que permitir la actuación terapéutica oportuna

- 4to nivel: Tratamiento eficaz para restituirle a la persona su estado de salud original. Y evitar que queden secuelas invalidantes.

- 5to. Nivel: Rehabilitación integral de los enfermos, en el caso de que hayan quedado esas limitaciones, entonces hay que actuar para conseguir que el discapacitado se reintegre a la vida social y económica de su comunidad.

En el nivel 1 de la prevención primaria, el objetivo es lograr el máximo desenvolvimiento de la personalidad de los individuos y sus grupos, para que se desarrollen plenamente como humanos[45]. Las actividades preventivas, pueden promover socialmente medidas para que la vida no sea tan tensional, tan deshumanizada; pues la conducta de quienes atienden su salud mental, tiende a ser más congruente con sus valores, sentimientos y convicciones, lo que se traduce pragmáticamente como un comportamiento humanístico orientado hacia el bien común, lo cual le refuerza su autoprecio y su alegría de vivir, es libre y se conduce al apego de la verdad.

Estos comportamientos en los que se pretende enfocar las actividades preventivas, tienen sus raíces con el humanismo, ya que se le considera que no es una teoría, es "reflexión", "cuidado", es un "procurar" la humanidad del hombre humano[46], los griegos le llaman naturaleza humana y los latinos humanitas. La humanistas es virtud, capacidad, potencialidad, disposición, es excelencia, plenitud, cumplimiento pleno de las cualidades distintivas, es esfuerzo y acción, por lo cual se forma el propio ser. En pocas palabras es

[45] *Ibid*, p. 53
[46] González Juliana. *"El ethos, destino del hombre"*, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, FCE, México, 1997, p. 15.

la formación integral del hombre. Eduardo Nicol, dice que: el humanismo no es un saber, sino una forma de ser[47], por lo que el hombre no tiene un ser dado, sino que tiene que hacer su propio ser, producirlo y formarlo. El humanitas caracteriza el proceso de transformación del hombre a lo humano.

La virtud propia del humanismo que se pretende enfocar en la prevención comunitaria, es por la presencia equilibrada e integradora del hombre y el cosmos y porque conlleva a un equilibrio de las relaciones hombre-ser, individuo-comunidad, actividad- receptividad, pero para ello se requiere superar el olvido del ser, que se adquiere con la formación de ser. En la salud mental se manifestará por una adaptación flexible y constructiva a la vida, con relaciones humanas más empáticas, resistencia emocional ante la frustración, la tensión y aún ante la agresión, encuentra la conciliación justa entre sus intereses y de los otros, reacciona proporcionalmente a los estímulos recibidos. Por ello el humanismo contemporáneo, es ciertamente el de la capacidad de actuar sobre la realidad y a la vez, escuchar y contemplar lo que es, en su propio ser, sin necesidad de producir ni transformar, que conlleva junto con la afirmación de la acción creadora, la actitud de paz, de serenidad, de goce, que son dimensiones que el hombre ha perdido en su obsesión conquistadora y transformadora[48]. Se logra poseer un juicio objetivo de sí y de realidad, adopta sus metas a sus posibilidades reales. Por ello, las bases del humanismo nos permiten mantener viva la posibilidad de autenticidad humana, es esperanza, confianza en un futuro que no un mero proyecto vacío, que permita el bienestar de la salud mental en la sociedad.

[47] *Ibid*, p. 22.
[48] *Ibid*, p. 36-37

CAPITULO 5

EVALUACIÓN DEL DIPLOMADO EN FORMACIÓN DE PROMOTORES DE LA SALUD MENTAL

HISTORIA DEL DIPLOMADO

En la década de los 90', en el mundo se incrementaron las enfermedades mentales. La Organización Mundial de la Salud mostró preocupación por tal situación y propuso como solución posible ante un problema que empezaba de concebirse como circunstancial a ser una condición estructural en la sociedad, un viraje de concepción de las políticas aplicadas hasta el momento que radicaban en atender los síntomas de la salud mental a un modelo que debería centrarse en lo preventivo. Es necesario considerar que en la iniciativa de construir un modelo preventivo de la salud mental ya se tenían antecedentes, desde hace años se había conformado un incipiente movimiento mundial de rehabilitadores que propusieron que existían condiciones básicas, tanto teóricas como prácticas para ir más allá del modelo tradicional médico - psiquiátrico[49] .

Al interior del movimiento de rehabilitadores los identificaba la necesidad de concebir de una forma diferente a los que padecían o eran catalogados como enfermos mentales, aún así había una serie de dudas y controversias, una de ellas fue respecto a quiénes serían los profesionistas adecuados para impulsar el modelo preventivo, interrogante considerable puesto que los psiquiatras, que se concebían como los únicos en atender el deterioro de la salud mental, argumentaban que se carecían de los elementos necesarios para que las personas se asumieran como responsables y constructoras de factores de protección para mejorar las condiciones de la salud mental a nivel social.

Por fortuna las dudas de los psiquiatras que tenían en ese momento el monopolio del conocimiento de la salud mental no prosperaron, en el país con dificultades también se impulsó la nueva concepción de la prevención como el caso del Dr. Carlos Quiroz Rabanales, adscrito al Hospital de San Fernando en Psiquiatría del IMSS, quien se encontraba convencido de que las personas sí pueden responsabilizarse del cuidado de

[49] Entrevista No. 1, realizada el martes 2 de agosto de 2006 al Dr. Carlos Quiroz Rabanales responsable del Diplomado en Formación de Promotores de la Salud Mental.

su cuerpo y de su salud mental de una forma integral, argumentaba a favor de esa concepción que : "cuando las personas se sienten bien psicológicamente, también cuidan su cuerpo y viceversa"[50] .

El modelo preventivo adquiría interés teórico lo que suscitó diversos debates que reafirmaron sus presupuestos analíticos, al mismo tiempo aparecían aspectos de relevancia derivados de la propia práctica, que tal vez ahora sí podían mirarse puesto que se vivía una resignificación de la salud mental. El doctor Quiroz cuenta una experiencia que lo marcó toda la vida y le sirvió de impulso para proponer un diplomado en la Formación de Promotores de la Salud Mental, suceso que inicia cuando un paciente, que se encontraba en proceso de rehabilitación en el mismo hospital, cuestionó al conocimiento que poseen los psiquiatras y se preguntaba por qué él no tenía ese conocimiento que le ayudara a la prevención de su salud mental[51].
El Dr. Quiroz lejos de esquivar el cuestionamiento de su paciente calificado y estigmatizado desde el campo de la psiquiatría como un enfermo mental, al que por esa condición poco valor podían tener sus observaciones, se motivó a reflexionar respecto a la salud mental en un país tan pobre como el nuestro, en donde ese tipo de problemas se observan como un gasto o demanda que empobrece a las arcas del estado y no como una inversión necesaria para la construcción de relaciones sociales más humanas.

En un país en donde siempre se ha carecido de una preocupación seria en la elaboración de políticas públicas de salud mental desde una perspectiva preventiva y humanística, permite generar pautas de comportamiento en la mayoría de la población como la de acudir al médico sólo cuando se nota que ya existe una enfermedad en estado avanzado, por ello resulta muy complejo ofrecer una respuesta satisfactoria a la pregunta del paciente, que en otras circunstancias como la de contar con un modelo de salud preventivo se le hubiera dado el conocimiento básico antes de enfermar gravemente y así evitar el proceso de hospitalización que a la larga resulta más caro para las familias y para el estado. Incluso lo más grave es cuando se carece de los medios económicos, y a su vez, los lugares de atención se encuentran saturados, entonces la persona enferma se queda desamparada y sin posibilidad de enfrentar con un mínimo éxito esa adversidad y

[50] *Ibid*
[51] *Ibid*

se puede llegar a poner en riesgo su vida, que es lo que sucede con frecuencia en un país en el que las políticas económicas son diseñadas para el beneficio de las minorías poderosas económicamente.

La salud mental es un problema que tiene sus raíces en la sociedad, en este caso la neoliberal que con sus efectos degradantes en el trabajo y las condiciones de vida ha contribuido a que este tipo de enfermedades se hagan más visibles e incluso tiendan a incrementarse y propiciar la aparición de otras , como el estrés. La experiencia adquirida del Dr. Quiroz con sus pacientes, le permitió darse cuenta que todos los seres humanos estamos sujetos a un límite invisible entre la salud y la enfermedad; es decir que no estamos ni sanos ni enfermos. Los factores de riesgo en los que vive la población expresados en el apartado anterior, son el escenario adecuado en donde se pueden entender los límites entre salud y enfermedad. Condiciones de pobreza extrema y exclusión social son incubadoras para generar situaciones críticas de salud mental, y una manera de enfrentarlas es terminar con las condiciones que las están produciendo, pero como esto requiere de procesos sociales y políticos de larga duración, en el momento presente se pueden tratar con oportunidad a partir de la construcción de la prevención como elemento básico de políticas públicas de salud mental orientadas hacia la intervención de forma individual, grupal o familiar para que los efectos expansivos de un malestar en la salud mental se pueden restituir y conducir a un equilibrio de quien los padece.

El Dr. Quiroz rescato ideas que ya habían sido expuestas desde 1982, en las cuales se destacaba, que la prevención es el concepto más importante para el cuidado de la salud mental y que los esfuerzos preventivos pueden encaminarse a: fortalecer a la persona o comunidades en "riesgo" y a modificar el entorno que favorece la aparición de los factores que producen enfermedades en la salud mental de la población.
Desde el inicio del diplomado el Dr. Quiroz se preocupo por la prevención en la salud mental en poblaciones pobres que carecen de los recursos económicos y de la información elemental para afrontar situaciones de esa naturaleza. Retoma la diferencia entre prevención primaria y secundaria para definir a las comunidades a tratar. El primer tipo de prevención se dirige hacia poblaciones específicas o de "riesgo", mientras la segunda se orienta hacia poblaciones generales. Estás últimas poblaciones son las que han crecido con el modelo de desarrollo neoliberal, puesto que ha generado

desintegración familiar, desempleo, inseguridad, violencia y en consecuencia el incremento del deterioro de la salud mental, situación difícil de remontar ante políticas públicas orientadas a la beneficencia de los sectores marginados y hasta su reproducción intencional por parte del estado.

Como se expuso en el capítulo 2, el neoliberalismo tiene una de sus bases en la construcción de relaciones cada vez más individualizadas, enfoque de la persona que choca con las concepciones de salud mental expuestas, en las que mirar al individuo en su comunidad o entorno es fundamental. A finales de los 70´, el Dr. Manuel Álvarez, profesor de sociología médica de la Facultad de Medicina, sostiene que es necesario ubicar al individuo en su entorno ecológico para entender su salud y su enfermedad[52]. En este sentido, los individuos y grupos humanos que viven en comunidades marginales se les dificulta alcanzar un nivel de vida material satisfactorio y un nivel humano de conciencia que los impulse a introducir cambios favorables en su ambiente, sobre todo porque sí tomamos en cuenta que en el proceso de salud y enfermedad se proveen más factores de riesgo que de salud en los grupos marginales, se conducen a las enfermedades más frecuentes de la sociedad mexicana, como los son el alcoholismo, drogadicción, depresión, ansiedad, estrés, neurosis, psicosis y el trastorno bipolar.

Se pretende que con un modelo preventivo, las intervenciones comunitarias se enfoquen a la capacitación de los individuos para hacerlos más concientes de sus problemas y necesidades entorno a su salud mental, para que después la misma población busque sus propias soluciones y puedan adquirir niveles satisfactorios en su salud. A partir de información necesaria para que se acerquen a los servicios precisos y haya una canalización a tratamientos adecuados si un miembro de la comunidad lo requiere. El Dr. Quiroz sostiene que es más seguros sobrevivir a las enfermedades cuando se tiene un conocimiento amplio de ellas y sucede cuando un individuo está conciente y se sensibiliza hacia el proceso de su enfermedad.

En 1996, el Dr. Quiroz inició con la elaboración de un protocolo de diplomado enfocado hacia un modelo preventivo de salud mental, ya desde ese comienzo tenía creencias científicas y otras emanadas de su experiencia profesional que lo orientaban a tomar

[52] Documento N° 9. *"Historia natural de la enfermedad"*, del manual #1 del Diplomado Formación de promotores de la salud mental, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, p. 6.

decisiones, que lo alejaban de las tradicionales prácticas psiquiatritas centradas en el individuo, como la de trabajar con herramientas sistematizadas y completas para la intervención en la comunidad. Una concepción de la salud mental definida con base en la prevención comunitaria exige de una estrecha vinculación de lo teórico con lo práctico. Con la teoría buscaba, el sustento y la indagación científica para entender a la salud mental desde una perspectiva colectiva y que dotara de soporte académico, a la parte práctica relacionada con el desarrollo comunitario desde una actitud humanista que apuesta al consenso como postura filosófica ideal para llevar lo mejor de si mismo a la sociedad que lo necesita[53]. Puesto que el humanismo es el reencuentro del hombre con lo humano y se promueven las potencialidades humanas que despiertan la necesidad de "ser lo que somos"; necesidad que sin duda está anclada en lo más profundo del ser del hombre: la de realizar con plenitud las posibilidades y potencias humanas, y en especial de ponerse en armonía consigo mismo y con la vida[54].

El protocolo del diplomado fue aceptado y avalado por la comisión del IMSS. Tuvo una adecuada recepción, primero por ser una propuesta bien estructurada y novedosa para esa institución y segundo por los contenidos, pues estaban enfocados y dirigidos a los factores protectores de la salud mental, de igual forma también respondía a las exigencias de la OMS de implementar un modelo preventivo. Este diplomado nació con el nombre de: "Formación de Promotores de la Salud Mental" y se presentó en varios foros y congresos de rehabilitación a partir del 98, uno de ellos fue en Centro Médico Nacional, congreso a nivel nacional de Psiquiatría, otro fue de Rehabilitación Psicosocial a nivel Mundial realizado en la Ciudad de México y en otros hospitales psiquiátricos como el Fray Bernardino, la Clínica 23 y 10 del IMSS.

Al inicio del diplomado, el IMSS se representaba como una institución benefactora dedicada a atender la salud pública y brindar servicios de manera gratuita a sus trabajadores y a sus derecho habientes, con este espíritu de solidaridad social se estableció por las autoridades del IMSS y del responsable del programa, que era innecesario perseguir algún tipo de ganancia económica, por ello se les ofreció a los

[53] Entrevista N°. 1
[54] Op. Cit. González, p. 29.

interesados de forma gratuita, ya que el origen del mismo fue promover la salud mental en comunidades marginadas y formar promotores voluntarios interesados en la intervención comunitaria. Se reitera que los sujetos formados como promotores no pueden cobrar por sus servicios en las comunidades ya que es una actividad social, por lo tanto el único compromiso que se adquiere es el de comprometerse con uno mismo y con los demás que forman nuestros entornos, en adquirir conocimiento y cuidado de la salud mental.

El Dr. Quiroz desde el inicio del diplomado tenía una concepción sólida del perfil del promotor voluntario en salud mental, la que ha consolidado a través de su experiencia en la formación de siete generaciones y con lecturas apropiadas que coinciden con sus puntos de vista. Para el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el promotor debe tener habilidades para mantener relaciones interpersonales que le sirvan de base para introducirse a las comunidades, así como adquirir conocimientos y destrezas en técnicas de la comunicación humana y educación para la salud mental[55]. De acuerdo a este tipo de ideas, el Dr. Quiroz siempre mantiene el interés de formar promotores críticos, reflexivos, participativos y responsables, pero sobre todo que se fomente una actitud humanista en ellos como elemento *sin equa non* de la salud mental. La perspectiva humanista es la que define las funciones personales y sociales del promotor en el trabajo comunitario, este tipo de formación se encamina a que el promotor haga conciencia y se responsabilice de su propia salud mental e intente incidir en la de su familia y posteriormente en la de su entorno social. Su principal orientación radica en que él se concibe como un sujeto de la misma naturaleza que con los que se relaciona, lo que implica la no formación de relaciones de poder vertical, como por ejemplo médico- paciente, y al contrario se requiere de comprender y acompañar en sus procesos a la comunidad y nunca imponerles lo que deben hacer respecto a su salud mental. En consecuencia, de sus principales actividades resaltan la de informar y seleccionar los canales indicados para una intervención comunitaria en la que la población misma forma parte activa de ese proceso comunicativo. La colaboración entre el promotor y la comunidad en la selección de problemas a tratar, implica la búsqueda de diversos caminos y opciones para cuidar la salud mental de forma colectiva a nivel de la prevención.

[55] Documento N° 12. *"Promoción y Educación para la salud mental"*, del manual #1 del Diplomado en Formación en Promotores de la Salud Mental, Curso de salud mental comunitaria, División de Enseñanza, Instituto Mexicano de Psiquiatría, p. 5.

En su momento pensar en un perfil de ésta naturaleza fue como un acto singular de herejía académica, pues no existía la figura de promotor como una profesión y lo menos imaginable es que el personal de este tipo adquiriría una formación sin ninguna finalidad de ganancia, por lo menos directamente ya que los conocimientos que se obtienen pueden fortalecer a los de otras disciplinas que si se orientan a mercados de trabajo con fines salariales.

Una de las problemáticas con las que se enfrenta el diplomado desde su inicio, es la institucionalización de una figura de promotor, es decir aceptada por las autoridades del IMSS y con el tiempo por las propias comunidades. El reto fue abrirse camino en el ámbito científico y de las instituciones, como el IMSS, pues el perfil del promotor como profesión era inexistente, y lo que más se acercaba a ello era el de promotor de salud comunitario que se dedica más a los problemas de salud física y biológica y poca o nula formación adecuada tienen para atender problemas de salud mental.

El Dr. Quiroz si bien se planteó la constitución de una nueva figura profesional, ésta la pensó en el largo plazo que rebasa por mucho al ámbito del propio diplomado como la formación de promotores que se dediquen a la salud mental a nivel de licenciatura o maestría, como lo han hecho otros países como Italia, Francia, España, y en el caso de América Latina, Cuba[56]. En estos países sí se cuenta con licenciados en promoción de la salud mental, hay un reconocimiento institucional de su trabajo, lo que les permite tener la certificación académica para ejercer la profesión y aspirar a recibir una renumeración económica. En el caso de México, el diplomado es una iniciativa que pretende en el tiempo llegar al reconocimiento institucional que se tiene en otros países y ya con esos alcances pueden los promotores vivir de su profesión siendo fieles a los principios del humanismo.

En un país como el nuestro en donde hay gran riqueza económica pero se encuentra pésimamente distribuida y con un Estado preocupado por la reproducción de las condiciones para la apropiación de esa riqueza por una minoría de habitantes, poco interés se tiene por la salud mental de los pobres, ya que los ricos tienen sus propios médicos y espacios de atención. Ni el Estado ni los empresarios están interesados en invertir en iniciativas de salud mental con orientación preventiva pues esto no representa

[56] Entrevista No. 1

ningún aporte a la acumulación del capital. En consecuencia una de las interrogantes en la formación y desarrollo del diplomado es: ¿quién está interesado en financiar la formación en promotores de salud mental?

Los empresarios de la industria farmacéutica son quienes tienen mayor capacidad económica para apoyar proyectos de salud mental preventivos, pero como están en juegos sus intereses económicos se dedican a financiar investigación y tecnologías para el tratamiento. Desafortunadamente no hay quien financia la rehabilitación y se ve con pesimismo que en sus preocupaciones pueda caber el financiamiento a la promoción de la salud mental. A nivel de salud pública, el Estado neoliberal aunque aparezca en los medios de comunicación como un actor preocupado en la salud mental esto es simplemente un simulacro, y sus iniciativas son paliativos o mejorales para problemas que requieren de incluirse en políticas sociales alejadas de la perversión electoral y de manipulación política de los pobres.

Una opción que pudiera cambiar el panorama ante esta problemática, es que haya iniciativas educativas realizadas desde las universidades para la creación de la licenciatura, maestrías, posgrados en salud mental pero con modelos preventivos o por lo menos que licenciaturas en Ciencias Sociales incorporen en sus programas educativos la necesidad de la promoción de la salud mental. Es claro que la primera opción sería la más adecuada y se podría formar un mercado de trabajo para estos profesionales en la salud mental, al que puedan acceder a tener empleo en el sector público y privado. El Dr. Quiroz señala que sí se reconociera el trabajo de los promotores en salud mental "ahorraría millones y millones de pesos en tratamientos y hospitalizaciones que representan para el Estado mucho más costo que una prevención"[57].

Como vemos, los recursos económicos mal distribuidos y la orientación de un estado que protege los intereses de los grupos económicos poderosos, representan un problema para promover la salud mental en la población mexicana, situación que en mayor parte padecen las personas que dependen de los pocos recursos que proporciona el Estado y las instituciones a programas o proyectos que emergen de quienes sí les preocupa y quieren trabajar en beneficio de la población. Esta problemática se refleja en el diplomado

[57] *Ibid*

y representa uno de sus puntos neurálgicos, ya que carece de un financiamiento para la realización óptima de sus actividades. Se reconoce el apoyo del IMSS al mantener por siete generaciones a éste diplomado, aún así su esfuerzo se ha limitado a proporcionar la logística necesaria para su realización, como ejemplo, la infraestructura. Por otro lado, el IMSS obstaculiza el desarrollo del diplomado al no permitir otro apoyo financiero externo que pudiera enfrentar tal debilidad, solo lo permite a menos que sea un trabajo de investigación donde se acepta una persona o institución que va a financiar, como sucede con los medicamentos, el Dr. Quiroz comenta que sí "hay investigaciones que financian los laboratorios, pero el pago va para la institución y no para el diplomado"[58], en este caso al IMSS. Para el Dr. Quiroz sería recomendable que se tuviera dinero extra para que los alumnos no tengan que poner de sus recursos para el material bibliográfico, para el trabajo de campo y la organización del simposio, pues los participantes de cada generación se responsabilizan de las necesidades económicas que emanan del desarrollo del diplomado. Hacer cargar a los integrantes del diplomado con todo el peso económico que implica un programa social de esa naturaleza, sería contradictorio con los principios humanistas que enarbola. Es cierto que ha existido la pretensión por parte de las autoridades de convertirlo en autónomo económicamente, que es una forma de privatizarlo al igual que el IMSS y recordemos que esta institución ha dejado principios básicos, por los que nació en el Estado de Bienestar y su situación actual es peor que antes de las políticas de privatización de la seguridad social, por eso cabe la duda de que si se cobra a los interesados en el diplomado con ello se resolvería la situación económica de debilidad expuesta.

PROCESO DE SELECCIÓN

En 1998 inició la primera generación del diplomado. Estuvo integrada por médicos, psiquiatras y enfermeras, la mayor parte de participantes formaban parte del personal del mismo hospital psiquiátrico. Los criterios institucionales del IMSS pesaron en la selección de los integrantes del diplomado, el definitivo fue la certificación y vinculación de los participantes al área de la salud bajo el presupuesto de que eran los profesionales indicados para la promoción de la salud mental.

[58] *Ibid*

Las percepciones institucionales se combinaron con las aportaciones del Dr. Quiroz, responsable del diplomado, para quien pesaba mucho en su decisión, en que los participantes tuvieran una actitud humanista, claro que el sujeto no necesariamente tendría que tener una certificación de profesionista en el humanismo, pero si demostrar que su relación con la vida a partir de su experiencia denotaba una actitud humanista. Un enfermero entrevistado compartió su experiencia: "cuando me enteré del curso me interese y me ayudó mucho para ingresar al diplomado que el Dr. Quiroz tenía conocimiento de cómo desarrollaba mi trabajo , puesto que observaba como trataba a los pacientes y mi actitud hacia ellos fue un punto a mi favor para ser aceptado"[59].

A este hospital psiquiátrico llegan solicitudes de diferentes centros escolares para conocer su funcionamiento y el tipo de atención que se da a los usuarios. Por medio de este canal de vinculación llegaron estudiantes de la UAM Xochimilco con formación en psicología, uno de ellos contaba con conocimientos en artes como; danza, teatro, música. Sin estar vinculados a un área de la salud especifica, despertó la inquietud del Dr. Quiroz para integrarlos al diplomado pues de entrada representaban sujetos adecuados para contar con opiniones externas necesarias para estimar los niveles de comunicación y entendimiento entre el facilitador y los participantes, cuestión fundamental para un diplomado con orientación humanística abierto a la vida y por tanto comprensible para cualquier sujeto que esté en las asignaturas de la vida.

Los alumnos de la UAM aceptaron participar, pero en esta primera experiencia no lo hicieron como participantes del diplomado, su función se definió como observadores o monitores que llevarían el registro de las actividades de cada una de las sesiones del evento. El Dr. quería que gente joven opinara si el curso era entendible para los participantes que contaban con diferentes niveles de escolaridad y profesión, y si esta base de entendimiento funcionaba entonces, en primera instancia, se podía suponer que se iba por buen camino pues este entendimiento era una especie de canal de comunicación y de prueba para llegar al trabajo comunitario. Está especie de monitores circunstanciales que analizaban el contenido de las sesiones con fines comunicativos, fueron fundamentales pues el lenguaje técnico que se utiliza en salud mental tiene su propia complejidad que puede incrementarse cuando uno se ve en la situación de explicar

[59] Entrevista N° 3, realizada el miércoles 9 de agosto de 2006 a Gustavo Hernández de la segunda generación, enfermero del Hospital de San Fernando del IMSS.

ciertos conceptos a la comunidad. Este ejercicio de contar con monitores que puedan registrar los eventos significativos y más aún realizar observaciones respecto a la comunicación en el grupo fue exitoso al grado, que estos estudiantes formaron parte de la segunda generación del diplomado.

El Dr. Quiroz, como responsable del diplomado, es el que diseña los criterios y entrevista a los interesados. Su metodología es básica, pero cubre con los requisitos planeados en el diplomado, no se aplica un test de conocimiento respecto a la psicología de la salud mental, lo que se requiere observar, es de una u otra forma si el candidato tiene en su forma de relacionarse con los demás o aunque sea como potencial una actitud humanista. El Dr. Quiroz aplica una entrevista de cinco preguntas como máximo, con el objetivo de analizar las actitudes de las personas consigo mismo y su forma de relacionarse con los demás. Después pasa la evaluación y comentarios respectivos al Jefe de Enseñanza del Hospital, quien determina el número de personas aceptadas, sin embargo el jefe de enseñanza no esta conectado directamente al diplomado, ya que solo determina la parte cuantitativa y el Dr. Quiroz hace la selección cualitativa.

Pese a esta distribución de tareas y de ámbitos de autoridad se comparte la experiencia educativa, para ajustar o redefinir lo necesario con la perspectiva de mejorar cada vez más al diplomado. De estos múltiples encuentros se dieron cuenta que la productividad en los grupos se incrementa cuando hay mayor heterogeneidad de los integrantes por su formación profesional, pues hay más puntos de vista respecto a los fenómenos que se observan y de los cuales formamos parte, lo que enriquece la discusión y la participación. Desde esta deducción compartida trataron que en lo subsecuente en la selección de los candidatos de las generaciones siguientes, la diversidad de profesiones fuera un criterio de selección. Esto se reflejó en la tercera generación en la que ingresaron trabajadoras sociales, médicos, enfermeras(os), psicólogos y en las 5,6 y 7 se integraron sociólogos, psicólogos e incluso administradores de la UAM Ixtapalapa, que según el Dr. Quiroz sentaron una diferencia cualitativa en cuanto a una serie de habilidades sociales necesarias para el trabajo en la comunidad. Percibió que en el caso de los sociólogos, contaban con herramientas adicionales para el trabajo de campo, nos dice que: "había una especie de líder que sabia conectar a la comunidad con el equipo de trabajo y

viceversa"[60], lo que representó un desplazamiento favorable en la promoción de la salud mental en las comunidades. Estas capacidades de liderazgo y de trabajo en equipo les permitió tener un peso significativo en la conducción de los grupos que formaban parte, incluso en el simposio.

Los participantes tienen una opinión favorable de la selección que realiza el Dr. Quiroz, el simbolismo que representa tener una carrera en psiquiatría se muestra en la percepción de los entrevistados que consideran que: "él como psiquiatra ve quien es apto"[61]. Creencia que es reforzada a partir de tratar con el Dr. Quiroz en el desarrollo del diplomado.

Otro de los criterios de selección importante, es el potencial que muestran los participantes de trabajar con su propia persona, sin este requisito la visión humanista se desplomaría pues el desear cambiar o contribuir al cambio social empieza con uno mismo, con valores que el hombre va produciendo desde la conciencia de sí y desde el efectivo ejercicio de sus potencialidades humanas.

Entonces comprender y acompañar a otros en sus procesos de crecimiento, que bien pueden iniciar con tener información en donde tratar sus padecimientos, tiene su núcleo en la generación de una voluntad de responsabilidad de uno mismo, que puede iniciar con la preocupación de un autoconocimiento de su propia salud mental y avanzar por la motivación de adquirir conocimiento como un elemento que es necesario combinar con las prácticas cotidianas y desde esa base personal convertirla en colectiva[62].

Cuidar la selección de los participantes es una parte básica del proceso del diplomado, de la que depende la integración y cohesión grupal que son expresiones o indicadores de la salud mental en la sociedad. Según Kurt Lewin, la cohesión incita a sus miembros a permanecer en un grupo, ya sea en función a: la pertinencia a sus objetivos, la claridad que hay en estos y la aceptación de los objetivos por los miembros, para lograr atracción mutua entre los miembros de un mismo grupo[63]. El mismo autor destaca que los grupos cohesivos presentan características como las siguientes:

---

[60] Entrevista N° 1

[61] Entrevista N° 3

[62] Entrevista N° 5, realizada el jueves 13 de julio de 2008 a Viridiana Gutiérrez Romero estudiante de Psicología Social de la UAM Iztapalapa, de la sexta generación.

[63] Documento N° 3. *"Procesos básicos de grupo"*, lectura de Lapassade, G. y Loureau, R., del manual #1 del Diplomado en Formación en Promotores de la Salud Mental, p. 141.

a) En los miembros del grupo.- hay responsabilidad e interdependencia

b) Los recursos.- los desarrollan y buscan los propios integrantes del grupo

c) Las metas.- las tienen bien estructuradas y aceptadas por todos

d) El liderazgo.- permanece como función reguladora

e) Los roles.- para la tarea aumentan

f) La pertenencia.- todos se integran de lleno

g) Las normas.- son referidas en cuanto a estabilidad y el equilibrio

h) La productividad.- es alta pues todos están seguros de sus funciones

En el diplomado una de sus pretensiones es generar la cohesión del grupo como criterio de funcionamiento, lo que implica la modificación de actitudes que puedan contravenir éste fin o al contrario el reforzamiento y creación de habilidades sociales para la construcción de relaciones humanas que orienten el comportamiento del colectivo hacia las metas comunes.

El conjunto de personas aceptadas que tienen diferentes formaciones profesionales y niveles escolares, a partir de la primera sesión se inicia su conversión en un grupo cohesionado a partir de la construcción de los objetivos a seguir, como por ejemplo la responsabilidad que uno adquiere del cuidado de su propia salud mental. No se intenta unificar al grupo o hacerlo homogéneo en términos de introyección de marcos de conocimiento para pensar igual, todo lo contrario a un adoctrinamiento, se persigue con base del respeto a la diversidad, al ejercicio de la libertad y a la contienda de empezar el difícil camino del crecimiento de la persona. Esta necesidad básica de diversidad es lo que se convierte en el espíritu que conforma al grupo. Uno de los entrevistados entusiasmado expresó: "estamos aquí por la satisfacción de estar juntos y no necesitamos más incentivos para reunirnos". Este comentario expresa que el esfuerzo humanista del Dr. Quiroz desde sus inicios empieza a tener efectos positivos, además de que la misma cohesión lograda se transforma en un símbolo de unidad y de aprendizaje para el promotor, en el sentido de que un grupo unido es más motivante para la responsabilización de uno mismo, lo que también facilita el cuidado de sus compañeros de equipo y de la población en la que van a intervenir.

Hasta el momento no hay alguna intención de cambiar la forma de selección de los participantes, al cumplir con el requisito clave de cubrir las necesidades de la orientación humanista se obtuvo un logro significativo. Los niveles de deserción son muy bajos a los que se les atribuyen motivos de salud, cambio de domicilio, problemas económicos, pero hasta el momento se carece de información de que sea por falta de interés hacia el diplomado.

CAPÍTULO 6

LA FORMACIÓN DEL PROMOTOR

HUMANISMO, CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN.

La orientación humanista es sumamente crítica de la educación tradicional con base en la memoria y de las evaluaciones por medio de exámenes. Carl Rogers llama a este tipo de educación como enseñanza, ya que esta centrado en el maestro, y los alumnos son los que aparecen como recipientes a ser llenados de datos y de información que sólo memorizan. Al contrario de esta formación está la de Rogers quien sostiene lo contrario y propone un proceso de aprendizaje significativo centrado en el alumno que es constructor del conocimiento y no un simple transmisor del mismo. En este sentido, el alumno, que bien puede ser llamado cliente, comparte experiencia con la persona que facilita el proceso llamado profesor, pero ambos están en la misma condición de iguales. El tema es que la experiencia no se enseña, se comparte y el conocimiento no se transmite, se construye y se hace significativo al dejar huella en la vida de los sujetos.

En este sentido, el humanismo como una opción de conformación de estilos de vida, de ser en la vida, se adquiere a partir de procesos educativos que privilegian al aprendizaje significativo. Asimismo la formación de un promotor no radica en llenarle la cabeza de información y conocimientos a veces ajenos a su realidad, al contrario se parte de la experiencia del sujeto para que los saberes se hagan significativos. Un proceso educativo que pretende formar seres humanos, personas que se definen por el ser y no por el tener, implica como exigencia que los participantes aprendamos a comunicarnos. Digamos sin comunicación no hay grupos, como tampoco sociedad y mucho menos educación, como una mediación de aprender a vivir con libertad, responsabilidad, empatía y solidaridad.

Desde una perspectiva del aprendizaje significativo, retomado de Paulo Freire, el Dr. Quiroz no pierde de vista que el hombre es esencialmente comunicativo o como lo dice el autor: el hombre es expresividad antes que racionalidad, esa expresividad se fundamenta

con la comunicación[64], ya que es el aspecto dinámico de la sociedad sin importar la complejidad que haya entre sus miembros.

La comunicación es fundamental en la construcción de las relaciones sociales y humanas, principio que se intenta hacer significativo para los participantes del diplomado. Se hacen concientes de cómo se construye la comunicación humana a través de axiomas, como el de Paul Watzlavick, que en el tema de terapia familiar junto con D. Jackson, Gregory Bateson, Virginia Satir y Colín Cherry, elaboraron éste concepto, nos aportan que la comunicación humana es "esencialmente una relación social"[65] que se comprende por medio de los axiomas siguientes:

- La imposibilidad de no comunicar: Se refiere a la serie de mensajes intercambiados entre las personas, que se llama interración. No existe una no conducta, ya que todo comportamiento es comunicación, así como una metacomunicación que define la actitud que tenemos acerca del mensaje que acabamos de enviar y cómo dicha persona percibe las actitudes, los sentimientos y las intenciones del otro.

- Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación: Toda comunicación implica un compromiso y define una relación, que es la forma en cómo se expresa la comunicación; tiene aspecto referencial (transmite los datos de la comunicación) y conotativos (como debe entenderse).

- La puntuación de la secuencia de hechos: Organiza los hechos, la intención es de tipo oscilatoria, si-no, no-si. Su estructura es en referencia al conflicto o en el que pierde-gana, gana-pierde. Se acaba el proceso cuando alguien pierde-pierde o gana-gana.

- Comunicación analógica: La forma indirecta de decir las cosas (lo semejante a, lo que comunica mi cuerpo) y digital que es un mensaje claro y directo (lo igual a).

[64] Documento 6 A. *"Concepto de comunicación humana"*, lectura de la revista Tecnológica Educativa. México, UNAM, 1982, p. 1, del manual #1 del Diplomado en Formación en Promotores de la Salud Mental.
[65] Documento 6 B. *"El enfoque comunicacional"*, lectura de Birret. Ch., en el Primer Simposium sobre la Dinámica y Psicoterapia de la familia, México, IFAC, 1981, p. 3, del manual #1 del Diplomado en Formación en Promotores de la salud mental.

- Interacción simétrica: cuando los interesados compiten y no ven sus diferencias en la lucha por la igualdad y complementaria, compiten, aceptan sus diferencias y logran verlas.

En el diplomado los alumnos se dan cuenta que la comunicación es vital y es importante que no se rompa, ya que les permite trabajar en equipo, les ayuda a mejorar la relación entre sus integrantes, permite buscar que el propio grupo construya sus propias reglas, rompa con los métodos anteriores de imposición en el manejo del grupo para la acumulación de conocimientos.

Una concepción adecuada de la comunicación abre opciones para la discusión, el debate, el afrontamiento de problemas, para compartir experiencia e inclusive sueños. Deja poco espacio para el simulacro y el engaño. En grupos heterogéneos como los de este diplomado, en los que coexisten diversas personalidades y caracteres, la comunicación contribuye a formar una estructura que Kurt Lewin la denomina "dinámica de grupos"[66]. Desde esta perspectiva es evidente que los participantes deben tener una idea de lo que es la comunicación a partir de los saberes instituidos y aceptados por la ciencia, pero esto es limitado mientras no se convierta en una razón significativa para los participantes para formar su grupo. Por lo tanto el aprendizaje significativo puede realizarse, como una opción, por medio de la dinámica que construya el propio grupo en las que la comunicación se convierte en fundamental, tanto la verbal como la corporal.

CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y TERAPIA DE GRUPO

El conocimiento acumulado, es uno de los puntales del aprendizaje significativo cuando se aspira a que un conjunto de personas se constituya en un grupo que construya sus propias dinámicas respecto a su organización, estructura y funcionamiento. Sin lugar a dudas, los participantes al iniciar el diplomado tienen su propia experiencia, creencias e información(o desinformación) respecto al proceso de salud- enfermedad la que tiene que colocar en tensión por varias vías, una de ellas es con el conocimiento científico. Por medio de lecturas apropiadas lo que se pretende en este espacio de formación es que los

[66]Op. Cit. Documento N° 3, p. 137.

participantes tengan información que después se pueda convertir en experiencia cognitiva y ésta, a su vez, en prácticas personales y colectivas.

En este diplomado de formación de promotores, es fundamental que los participantes tengan información apropiada respecto al proceso de salud- enfermedad, de su génesis y múltiples relaciones de corte social y estatal, en el que se encuentra inmerso y por supuesto de los sentidos que adquiere el mismo concepto de enfermedad que más de las veces se utiliza para excluir y segregar. Se destaca que los participantes del diplomado muestran diferencias informativas sustanciales con relación al proceso de salud-enfermedad y hasta aquellos que están vinculados por su profesión con este campo de estudio. Es importante que los participantes puedan compartir una concepción común de cómo hay diferentes concepciones de enfermedad y salud y que por razones de reproducción de la ganancia en la sociedad industrial, tienden a prevalecer unas sobre otras, por ejemplo; aquellas que atienden más la parte de los resultados y la curación, que se imponen a las orientadas a la prevención.

Se proporciona y analiza una propuesta analítica de la historia natural de la enfermedad para llegar al entendimiento de que toda enfermedad se desarrolla en etapas sucesivas, lo que permite comprender e incluso predecir en qué etapas de la enfermedad ocurren las lesiones orgánicas de mayor importancia y al conocerlas se puede prevenir el daño; entender el proceso facilita la acción preventiva y sirve de parámetro para programar la atención médica[67]. Los participantes aprenden que la prevención significa interrumpir la historia natural de la enfermedad en cualquiera de sus fases y limitan los sucesos inesperados durante ellas como; recaídas, secuelas, incapacidad o invalidez[68].
En el modelo preventivo de la salud mental, el conocer la historia natural de las enfermedades es básico familiarizarse con dos postulados por lo mínimo: a) que ese proceso cubre aspectos orgánicos, psicológicos y sociales y b) hay que colocar hincapié en el periodo prepatogénico (antes de la enfermedad)[69].

Ya que, esta perspectiva del proceso de salud enfermedad es significativa, e implica una ruptura con el modelo médico tradicional y el psiquiátrico en particular. Proponer que la vida social actúa como una situación condicionante de ese proceso es sostener que la

[67] Documento N° 9, *"Historia Natural del proceso salud enfermedad"*, p. 9, lectura del manual #1 del diplomado en Formación de Promotores de la salud mental.
[68] *Ibid*, p. 20.
[69] *Ibid*, p. 9.

desnutrición, la aglomeración, el hacinamiento, la pobreza, etc., inciden en las enfermedades y por supuesto que están trazadas por las clases sociales, la organización del trabajo y política del país.

De los agentes psicológicos que causan patología; se encuentran los conflictos, las frustraciones humanas y las emociones que les acompañan: cólera, miedo, angustia, que se les llama patognomónicos, sobre todo cuando son recurrentes y se ven reflejados en la expresión del sujeto. Asimismo hay agentes causales más conocidos por la población que dañan la salud como: el alcohol, el tabaco, los agentes químicos, etc.

Hay que resaltar que en esta perspectiva, hay una concepción de lo que es el ser humano como una totalidad en la se articulan los niveles bio-psico-social y cada uno de ellos se relacionan, y este potencial de entendimiento relacional es lo que permite proponer una comprensión de las condiciones que causan las enfermedades y por tanto de su cura. Es necesario insistir que en la formación de promotor en la salud mental, encaminada a la actuación en su nivel práctico que le corresponde, se debe entender que lo que sucede en cada uno de los niveles que conforman al ser humano repercuten en los otros dos, "la alteración de una de las esferas siempre repercute sobre las demás, ya que la importancia entre el estudio simultáneo del hombre como ser orgánico y psicológico (lo que es), y como ser social (lo que hace) hace referencia a su arquitectura funcional"[70].

De los postulados expuestos, se entiende que la salud es el equilibrio bio-psico-social para lograr un bienestar para la persona y su medio ambiente, de manera integral con responsabilidad, y la salud mental es el estado de bienestar emocional que permite a la persona:

- Desarrollar sus habilidades
- Trabajar de manera productiva
- Ser capaz de hacer frente a las situaciones de la vida diaria
- Contribuir positivamente a su familia y su sociedad.

[70] *Ibid*, p. 8.

Además de que una persona mentalmente sana se distingue porque posee las siguientes características:

- Tiene un concepto adecuado de sí mismo basado en el conocimiento de sus capacidades y limitaciones
- Congruencia entre lo que siente, piensa y hace
- Se fija y lleva acabo sus objetivos y metas
- Se respeta y valora a sí mismo y a los demás
- Expresa y acepta sus sentimientos y emociones (positivos y negativos), así como de los demás
- Se comunica con facilidad y claridad
- Resuelve problemas de forma conciliadora y no violenta
- Percibe la vida como un proceso de aprendizaje continuo
- Aprende de experiencias previas
- Reflexiona
- Es optimista y propositivo
- Protege su cuerpo y cuida su alimentación
- Previene riesgos innecesarios[71].

Desde estos referentes de salud y salud mental, los participantes empiezan a reflexionar, discutir e identificar los problemas de la salud mental en grupos o en comunidades específicas, aunque hacerlo ya como práctica profesional o en el terreno comunitario implica el apoyo de instrumentos como cuestionarios, tests o cuando platican directamente con alguien que padece un problema de la salud mental, se dan cuenta de los síntomas y la tarea de la promoción se inicia. Una participante reconoce su trabajo de promoción cuando nos dice que: "ellos no van a curarlos, solamente a platicarles como promotor de la salud mental los síntomas que están pasando y decirles donde pueden acudir, pues su preparación no está para solucionar los problemas, sino para

[71] Documento N° 10. *"Principios de la Homeostasis y Adaptación de la unidad bio-psico-social-cultural-espiritual"*, del manual #1 del diplomado.

canalizarlos, el promotor lo que hace es, localizar los síntomas para que no se llegue a la enfermedad"[72].

Este modelo de salud mental integral requiere para su aprendizaje de intentos creativos y orientados, a su vez, para integrar conocimiento, experiencia y acción. A diferencia de los salones de clase tradicionales en donde se enseña, en el diplomado el reto es hacer del conocimiento acumulado o de los saberes en reflexión algo significativo para el participante, digamos que tengan sentido para su experiencia. En el logro de este objetivo el Dr. Quiroz se esfuerza por medio de sesiones vivenciales hacer significativo a ese conocimiento. Cuando se logra, se puede plantear que se está avanzando realmente en el proceso comunicativo y de entendimiento pues de entrada ya el participante actúa como un referente de la misma reflexión y situación. Ya no se habla de los demás o de lo que pasa en el nivel de la sociedad que se puede entender por medio de datos e información estadística, ahora se trata de volcar ese conocimiento como un referente de afrontamiento de nuestras propias experiencias y de las personas con las que mantenemos cierto tipo de relación.

El Doctor Quiroz no diseña una secuencia predefinida para el trabajo terapéutico, éste se va generando a través de la propia dinámica del grupo y de los temas a tratar. Lo cual narra de la forma siguiente: "cuando se habla de violencia familiar y algunos de los integrantes empiezan a sentir su propia violencia que traen dentro o la violencia con la que crecieron"[73], entonces es el momento para redefinir el curso de acción pedagógica y, para tal ejemplo, se inicia a tratar la crisis en las familias. Desde este referente global los participantes aprenden a percibir en su comportamiento esas situaciones de crisis y pueden encontrar sus temores y necesidades y crean recursos para diseñar nuevas alternativas. Con este tipo de intervención el participante puede diferenciar sus síntomas y las causas que las propician, y poder enfrentar, por lo menos de una forma diferente sus bloqueos y abrirse una perspectiva de cambio hacia su salud mental, es la finalidad del trabajo terapéutico. Con éste ejemplo, se puede comprender la maravilla de entretejer lo cognitivo con lo vivencial, uno se empieza a dar cuenta de que de alguna u otra forma de vivir en una sociedad violenta afecta al individuo, a los grupos y a la familia pero que así como nos dimos cuenta a nivel individual y en el grupo vivencial de que es posible

[72] Entrevista N° 6, realizada el jueves 13 de julio de 2006 a Jenny Santamaría Flores estudiante de Sociología de la UAM Iztapalapa, de la sexta generación.
[73] Entrevista N° 1

modificar esa situación que afecta, también se da uno cuenta que es posible cambiar la sociedad. Recordar y volver a vivir cierto tipo de situaciones que nos atañen, favorables y desfavorables, se convierte en un fuerte imán para que el conocimiento se vuelva significativo, con huella en la vida personal y social de los participantes del diplomado. La claridad enorme que tiene el Dr. Quiroz para desarrollar el diplomado y la actitud humanista de los promotores en formación, la comparte de la siguiente manera: "de lo que se trata es de llevar la idea de la comunicación a la parte práctica-vivencial, donde el sujeto lo aprende significativamente haciéndolo y reconociéndose"[74], así este tipo de conjunción de conocimiento, trabajo vivencial y experiencia es lo que permite construir la cohesión del grupo e incidir en las actitudes que tienen los integrantes para hacer de cada diplomado una experiencia diferente.

LA DINÁMICA DE LOS GRUPOS

Desde la perspectiva humanista del diplomado se cuida que todo el trabajo sea de forma colectiva. Se reconoce la existencia del individuo, pero a éste nivel, cada quien puede trabajar al interior del grupo, sin que signifique un obstáculo para el grupo, al contrario es complementaria a una serie de actividades colectivas. En este sentido se intenta desde un inicio que por medio del aprendizaje significativo los participantes compartan el significado de trabajar en equipo. Esta idea para nada tiene que ver con el trabajo de equipo que se impulsa en las empresas modernas para extraer mayor plusvalía de los trabajadores y generar sufrimiento, al contrario de estas concepciones deshumanizadas capitalistas, lo que se pretende es sincronizar una concepción que es integral del ser humano y del aprendizaje con una concepción totalizadora del trabajo humano como trabajo colectivo, solidario y creativo. La dinámica grupal se afianza en el trabajo de equipo, que es uno de los elementos del diplomado, el Dr. Quiroz lo ejemplifica diciendo que: "no se utilizan técnicas complejas de aprendizaje, pues se apoyan de la capacidad del ser humano para dar y recibir"[75], este producto invisible pero real se introduce al grupo y en el se traduce de múltiples formas, en creatividad para forjar sus

[74] *Ibid*
[75] *Ibid*

propias técnicas que se da "a partir de la espontaneidad de los alumnos, que van dando cada vez más"[76].

El trabajo grupal, consideran los participantes, les ayudó para tener crecimiento personal, para aprender a socializarse, perciben que su bienestar psicosocial ayuda a estar bien con sus compañeros en este nuevo camino que han decidido recorrer. La diversidad de conocimientos y profesiones que se combinan en la formación de los promotores de la salud mental, se convierte en un recurso favorable por el aprendizaje del trabajo en equipo, que no es más que la interdisciplinariedad y lo colectivo resignificado en otra lógica grupal y social por parte de sus integrantes, opinan que se hacía "más interesante la participación, pues eran muchos puntos de vista, que les serviría para su intervención en las comunidades"[77]. La edad también puede jugar un papel importante para la dinámica de los grupos, como la experiencia que llegaron a vivir los participantes de la segunda generación, uno de ellos percibió que la diferencia de edades que había entre sus compañeros fue lo que marco su dinámica, y lo menciona diciendo: "algunos podíamos ser papás de otros, a pesar de eso nos llevamos muy bien con los más jóvenes, al inicio fue con reservas pero después se fortaleció la relación entre ellos, gracias a la comunicación "[78]. Cada grupo tiene su propia historia. Aunque todas las generaciones se han atendido con énfasis en la comunicación, ésta se ha resignificado de forma diferente. En algunas generaciones se formaron subgrupos que generaron su propia identidad y se aceptaron mejor, y si esto no ocurría los participantes aprendían a respetarse entre si, se unían para trabajar por el bien de todos y lograr consensos.

En la construcción de la dinámica grupal en la que se ha logrado articular conocimiento, sentimientos y emociones, integración que permite el aprendizaje significativo, resalta la utilización de diversas técnicas como las siguientes:

- Exposición de preguntas: preparan previamente un tema, los participantes interactúan con respuestas y las conclusiones que se obtienen son grupales.
- La conferencia: consiste en un discurso, el cual no debe ser improvisado, expuesto por un experto ante un auditorio.

[76] *Ibid*
[77] Entrevista N° 4, realizada el miércoles 9 de agosto de 2006 a Jessica Zavaleta Martínez egresada en Psicología de la FES Zaragoza, de la quinta generación.
[78] Entrevista N° 3.

- Investigación de campo: permite vincular la teoría con la práctica, favorece conocer lo ya existente sobre un tema en la fuente de los hechos.
- Mesa redonda: consiste en una discusión de un tema controvertido con puntos de vista divergentes, se permite la participación de este a través de preguntas.
- Sociodrama: consiste en la representación o dramatización por parte de un grupo de participantes de una situación de la vida real relacionada con su práctica profesional y el análisis de la misma, con el fin de que pueda ser comprendida y evaluada por el grupo. Esta técnica es útil para preparar al participante a cómo actuar en el futuro y realiza una transferencia del aprendizaje, proporciona la internalización de roles positivos y la reflexión de roles negativos; también favorece la modificación de actitudes. Al término de la dramatización se efectúa el análisis y la evaluación de los roles representados.
- Simposio: Es una técnica didáctica en la que el grupo de expertos coordinados por un moderador, desarrolla un tema en forma sucesiva e integral ante un auditorio.
- Lectura comentada: lectura por párrafos de un texto, al leer determinado segmento de un texto se realiza una pausa en la que el participante hace un comentario en el que expresa su interpretación de lo leído.
- Phillips 66´: consiste en identificar la opinión del grupo en relación a un tema en corto tiempo, pues se quiere conocer la opinión de los participantes sobre un tema con el fin de apreciar si se ha logrado el nivel de síntesis.
- Discusión: consiste en el intercambio de opiniones de un grupo sobre un tema para llegar a un acuerdo. Permite el análisis, pone en práctica las capacidades para aplicar, resumir, relacionar, interpretar y por lo tanto ejercitar el pensamiento crítico.
- Foro: consiste en la discusión libre y abierta por un grupo sobre un tema del cual se ha tenido contacto previo, el que la discusión sea libre tiene como finalidad que los participantes puedan expresar sus opiniones por diversas que sean, sin tener que llegar a un acuerdo. Con esta técnica se propicia la interacción, estimula a los participantes den sus opiniones.
- Debate: consiste en la confrontación intelectual en relación a un tema controvertido, cada participante debe mostrar una postura determinada y externar

juicios propios, dado que el tema es controvertido y las opiniones son divergentes en un debate no se pretende llegar a un acuerdo en las conclusiones finales.

- Corrillos: un grupo se divide en subgrupos y éstos responden a una serie de preguntas acerca de un tema para obtener conclusiones grupales.
- Taller: los grupos se guían con una metodología de aprendizaje grupal.
- Laboratorio de análisis y producción: consiste en el estudio detallado de un tema y la creación de un producto original por parte de un grupo, cada subgrupo aborda los mismos objetivos, se obtienen producciones subgrupales que serán discutidas en plenaria para llegar a conclusiones grupales[79].

Todas estas técnicas son utilizadas en el diplomado para la exposición de diversos temas, su selección está con relación a la dinámica adquirida en el grupo y por el grado de complejidad de los problemas a tratar. De cualquier forma su finalidad es que los participantes aprendan a expresar sus ideas, afrontarlas y trabajar en equipo.

LIDERAZGO

Las propias particularidades del diplomado exigen de resignificar todo lo que proviene del conocimiento científico y con ello construye sus propias dinámicas grupales. Ya lo vimos con relación al trabajo en equipo, asimismo pasa con otros conceptos como el liderazgo que se puede pensar que es equivoco su uso por la posición humanista que lo orienta. Desde el inicio se reconoce que todos los participantes tienen el potencial de ser líderes en el sentido de tener capacidad de asumir responsabilidades en el diplomado, ese liderazgo es diferente al empresarial que se basa en la competencia y en la supremacía. Al principio, el Dr. Quiroz aparece como el líder del grupo pues de alguna forma es él quien concentra los conocimientos y se responsabiliza del diplomado. Esta figura de centralidad se va diluyendo ya que el mismo doctor se esfuerza por aparecer como alguien diferente a como lo observan los participantes, si bien aparece como un miembro del grupo que va jalando al grupo, en el transcurso del diplomado esta figura se invierte y al final los participantes son quienes van al frente del grupo. Este proceso implica crecimiento de la persona y la construcción de habilidades sociales que tienen en

[79] Documento N° 0. *"Metodología Didáctica"*, lectura de Mercado, M.R. y Figueroa, O., Educación Médica del IMSS, 1992, p. 17-56, manual #1 del diplomado en Formación de Promotores de la salud mental.

el simposio, en el que se presentan los resultados del trabajo en comunidad, su punto de clímax. El Dr. Quiroz y su grupo de apoyo solo supervisan ese evento pues los participantes, ya constituidos en equipos de trabajo, asumen toda la responsabilidad de tal forma que: "en un inicio del diplomado los pasivos se quedan callados, los rebeldes chocan, pero después hay cierto equilibrio, pues ya los que más hablaban dejan de hablar y los que casi no hablaban lo empiezan a hacer"[80].

RECURSOS HUMANOS Y DIDÁCTICOS

El diplomado tiene una planeación y organización que tiene su concreción en la parte operativa, lo más interesante es que sus orientaciones básicas que se encuentran en su filosofía, como la prevención, el humanismo y el trabajo con grupos pobres económicamente, logran enfrentarse con éxito. El reto de la formación de este tipo de promotores exige de contar con personal calificado para impulsar, apoyar y supervisar la propuesta, lo que resulta en una cuestión permanente de presión, creatividad y esfuerzo, pues recordemos que se está en un diplomado que hasta su séptima generación se ofreció de forma gratuita. Se requiere de un personal altamente convencido y con una voluntad férrea en sus propias necesidades de cambio y desde ésta convicción intentar expandir la maravillosa posibilidad de vivir en colectivo como camino, con dirección a la prevención. La figura del Dr. Quiroz es sin lugar a dudas emblemática en el diplomado, es cierto por ser su creador, pero más por su entrega al humanismo que lo hace una persona alejada a la lógica de la ganancia y al servilismo al estado y su burocracia.

El Dr. es empático con todos lo integrantes del grupo, les aclara dudas y la participación de los participantes se promueve e impulsa constantemente por él, en la experiencia de una participante de la sexta generación, a quien le daba miedo participar y opinar el Dr. la impulsó para promover su participación pues decía: "ustedes pueden, tienen la capacidad para hacerlo, lo expresaba con sus ojos y con su actitud"[81], así se le fue quitando el miedo a participar y expresar sus opiniones. Los entrevistados consideran que la experiencia profesional del Dr. Quiroz es adecuada para la realización del diplomado, pues "es una persona con un amplio conocimiento"[82], por su experiencia en la terapia gestalt y como médico psiquiatra le permite explicar de manera profunda las manifestaciones de las

[80] Entrevista N° 1.
[81] Entrevista N° 6.
[82] Entrevista N° 5.

enfermedades mentales y les ayuda a relacionar de forma adecuada el trabajo teórico con lo práctico y el trabajo personal con el grupal.

Además de que hace interesantes sus sesiones de trabajo, se preocupa por la dinámica del grupo su ojo siempre atento lo hace colocar en el momento oportuno, los ejercicios vivenciales con referencia a los temas y hacerlos significativos, con ello logra evitar el tedio; motiva la reflexión y reitera en cada sesión el "que se les queda, que conocimientos se llevan, que piensan de esto"[83].

El Dr. Quiroz guía su práctica pedagógica con una posición crítica, que para los participantes de diversas generaciones se observa como adecuada para entender el desarrollo de la salud mental y su formación como promotores. Esta posición lo hace aceptar críticas, por ejemplo, en la sexta generación se suscitó una al inicio del diplomado por parte de los alumnos de la UAM-I, pues le señalaban que por: "el sistema de la UAM, los estudiantes se acostumbran a trabajar más rápido y veloz"[84], y esto no sucedía al inicio del diplomado. El Dr. Quiroz aceptó la crítica y respondió que era parte del proceso de aprendizaje y que tenían que aprender a trabajar con toda la gente haciendo referencia a las personas de otras instituciones.

Los participantes de todas las generaciones que han cursado el diplomado se sienten apoyados en todo momento por el coordinador. Para algunos entrevistados su equipo de apoyo carecía de información adecuada y suficiente, además que presentaban deficiencias en la conducción del tema. Tal situación se ejemplifica como "en las sesiones teóricas revisaban párrafo por párrafo, lo que hacía tedioso las sesiones, pero cuando ésto pasaba el Dr. intervenía con una dinámica[85], pero aún así respetaba la participación del equipo de apoyo para darles confianza. Les falta experiencia para apoyar en algunas sesiones, pues se siente que "llegan a improvisar"[86] y se dedican a dar lo básico[87]. Consideran que no se tiene por parte del grupo de apoyo un conocimiento al 100% al igual que una posición crítica "pues la están adquiriendo, de ser así el diplomado hubiese sido de mayor impacto, si las personas hubiesen tenido mayor preparación"[88] . Opinan que sería bueno que el grupo de apoyo buscara información adicional "para dar

[83] Entrevista N° 6.
[84] *Ibid.*
[85] *Ibid.*
[86] *Ibid.*
[87] Entrevista N° 4.
[88] Entrevista N° 5.

una mejor opinión y no dejar las cosas al aire, ya que por ser estudiantes como ellos, a veces su conocimiento no llega a un buen nivel"[89]. Desde mi punto de vista es necesario reconocer estás observaciones, aún así tampoco hay que perder de vista que el grupo de apoyo se encuentra en formación. Sí bien conocen la estructura del diplomado y como se trabaja, por ser egresados del mismo, es diferente hacerlo cuando ellos tienen que dirigir sesiones ya no para la comunidad, sino para un público más especializado que exige de conocimientos mas vastos y de habilidades sociales mas pulidas que con el tiempo se va logrando.

Asimismo el material que se utiliza en el diplomado como las lecturas se diseñan en el contraste de dos parámetros: la heterogeneidad del grupo y de la necesidad de cumplir con las expectativas de conocimiento actualizado. Desde el inicio del proyecto el Dr. Quiroz pensó en que fueran sencillas y al paso de las generaciones se han hecho "más accesibles, aunque sí son brumosas en cantidad pues para la duración del diplomado hay que revisar cuatro carpetas de 200 hojas aproximadamente por cada una"[90]. Una participante nos dice que: "no fue tanto la cantidad, sino la calidad pues las lecturas no fueron muy significativas"[91]. Otros opinan que se debería de "reducir el material o sintetizar, por el tiempo que dura el diplomado o bien que éste durara el doble de tiempo, era mucha la cantidad que se tenía que leer, sobre todo porque la mayoría tenía otra actividad"[92]. La actualización de las lecturas son responsabilidad del Dr. Quiroz y de los participantes de cada generación. Cuando los participantes llevan lecturas nuevas es porque se dan cuenta que ya no están acorde con el contenido (con referencia epistemológica), y se desecha o se adjunta para ver la diferencia de lo que se ha hablado y de lo que se habla actualmente, "los grupos asumen mucha responsabilidad con traer nueva documentación en el diplomado"[93]. De cualquier forma no hay que perder de vista la diversidad de formación académica que en unos niveles del diplomado aparece como un potencial y en otros como una desventaja como con los saberes a reflexionar, pero desde una posición humanista esto se logra comprender por parte de los participantes que se hacen conscientes de que la terminación del diplomado es el inicio de una nueva etapa de vida y de conocimientos.

[89] Entrevista N° 6.
[90] Entrevista N° 1.
[91] Entrevista N° 5.
[92] Entrevista N° 3.
[93] Entrevista N° 1.

El Dr. Quiroz reitera, que las lecturas están actualizadas y el material se va haciendo sintético, ya que se van revisando bibliografías recientes que son retomadas y analizadas de lecturas anteriores. En la percepción de parte de los participantes entrevistados es lo contrario, pues consideran que la información no esta actualizada y para otros si lo está al menos para los fines propuestos de formación de un promotor. En el caso de lecturas muy clínicas que se revisan en el transcurso de algunos temas, se llegan a complicar a algunos participantes que no estaban muy relacionados con conceptos clínicos en psiquiatría, y por lo tanto los conceptos se desconocían, pero con la intervención del Dr. Quiroz para explicarlos y ejemplificarlos, a los participantes se les facilitaba el entendimiento de la lectura.

Hay un conjunto de factores que también influyen en el desarrollo del diplomado que es necesario de considerar. Con relación a la opinión sobre si las condiciones ambientales y el espacio físico donde se desarrolla el diplomado es el adecuado, éstas fueron diversas; para algunos si lo fueron, ya que el estar en un hospital psiquiátrico les permitía analizar y observar las manifestaciones de las enfermedades mentales, pero al mismo tiempo era muy restringido el acceso para conocer la mayor parte del hospital. Y hubo quien percibió todo lo contrario, al opinar que las condiciones no eran las adecuadas por estar en un hospital psiquiátrico, porque algunos compañeros no están familiarizados con el ambiente del hospital, a diferencia de las enfermeras (os) y los médicos que trabajan con pacientes internos, percibían que algunos "sentían temor"[94].

En ocasiones el material que se utilizaba para las sesiones estaba en condiciones de deterioro; como el pizarrón, los plumones, pero a pesar de ello seguían siendo útiles y eso era lo importante.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Desde mi punto de vista se ha logrado la conformación de una actitud humanista que era uno de los objetivos más importantes y para constatar, el Dr. Quiroz opinó que los participantes se dan cuenta de su actitud humanista, cuando: "aprenden a escuchar a los demás, de actuar por consenso y de trabajar por el bien propio"[95]. Los participantes de

[94] Entrevista N° 3.
[95] Entrevista N° 1.

cada generación desde un inicio se comprometen a terminar el curso y así adquieren un compromiso consigo mismos y con el diplomado"[96].

Otro de los objetivos que se cumplieron es el compromiso que asumieron consigo mismo los participantes con relación al cuidado de su salud mental. El aprendizaje significativo funcionó en el logró de ese objetivo, pues "la mayoría durante el curso empieza a trabajar con sus propias contradicciones, se ve el trabajo en equipo y la prueba es el esfuerzo que hacen durante el simposio. Los parámetros principales para mantener la actitud humanista, es la satisfacción y la excelencia como cultivo, a través del cual el hombre busca realizar las más altas y distintivas potencias de su ser y en como ellos se sienten y comportan con la actitud de llevar lo mejor de si mismos a los demás"[97].

La información que adquieren sobre los factores de riesgo en la salud mental, los hacen concientes de la alta responsabilidad y complejidad que implica la intervención comunitaria. Antes de salir a las comunidades "pensaban que los factores de riesgo y los padecimientos en la salud mental eran diferentes en cada comunidad, pero ya en la práctica comprenden que los trastornos en las familias mexicanas son similares y se repiten los síntomas, como lo son el alcoholismo, la depresión, la neurosis, la drogadicción, la violencia intrafamiliar e inclusive el machismo"[98]

Este conocimiento contextual o llamado factores condicionantes les ayudaron a comprender que ser parte de una familia mexicana los convierte en sujetos potenciales de compartir ese tipo de situaciones de riesgo y el darse cuenta que forman parte de comunidades vulnerables, este es un despertar de la conciencia de la salud mental.

Este despertar o hacer conciencia alimenta la crítica a nivel societal, opinan que las enfermedades mentales en la sociedad mexicana se mantienen porque "no hay una cultura sobre la salud mental, ya que se atiende más a la salud física y las políticas están orientadas hacia dicha prevención, los problemas sociales no están avanzando hacia la promoción de salud mental y no se tiene una difusión, entonces ¿cómo se va a saber que se tiene un problema en la salud mental? Se debe de promover más sobre ¿qué es la

[96] *Ibid.*
[97] *Ibid.*
[98] Entrevista N° 6.

salud mental?", además porque se olvida la parte integral del ser humano o el ¿cómo me siento?"[99], preguntas que con dificultad pueden responder los burócratas del estado enquistados en la reproducción de la sociedad y no en su cambio.

Las principales causas de los problemas en la salud mental nos señala un participante, son por: "el gobierno, porque el presupuesto en general que se da para la salud no es el suficiente como el que recomienda la OMS, pero aún menos para la psiquiatría, pues es un área que se le da muy poca importancia, aún cuando está demostrado en las estadísticas mundiales que las enfermedades mentales van en aumento, principalmente la depresión y que de ahí vienen muchas consecuencias como el suicidio y otras más, por ello es un situación muy profunda y el responsable directo o más bien quien podría evitarlo es el gobierno, si asignara más presupuesto para la salud mental, además de preparar a más individuos para enfrentar estas problemáticas. En el caso de nosotros como promotores, si se difunde nuestro labor ayudaría a quitar los tabúes para visitar al psiquiatra, pues mucha gente piensa y dice: "no estoy loco", además de que se informara a la población sobre el equilibrio que debe tener el ser humano y que sí se mantienen las tres esferas más importantes que conforman la salud mental se mantendría una armonía en su salud y se evitarían muchos padecimientos"[100] . Este tipo de observaciones críticas son parte de las pruebas para documentar que los participantes obtuvieron un conocimiento que coadyuvó en la formación de una conciencia crítica hacia la salud mental, además de generar habilidades sociales que ayudan al propio sujeto a convivir de una manera diferente en su vida diaria.

[99] *Ibid.*
[100] Entrevista N° 3.

CAPITULO 7

PRÁCTICA COMUNITARIA

La orientación humanista del diplomado conduce a trabajar con poblaciones pobres condición que las hace vulnerables, en este caso, a contar con factores de riesgo. Sin descuidar este principio, la forma de selección de las comunidades en las que se realiza la práctica comunitaria es diversa. En la primera generación se inició con una prueba piloto, la práctica comunitaria se realizó en el mismo Hospital de Psiquiatría con pacientes internos y con pacientes de hospitalización parcial. De la segunda a la cuarta generación se eligió a las comunidades al azar, en las posteriores generaciones, ha excepción de la séptima, el Dr. Quiroz las designó y en la última los participantes tomaron la decisión de un conjunto que se les propuso[101].

Un equipo de la sexta generación realizó su practica comunitaria en la colonia Mesa de Hornos que se ubica en la delegación Tlalpan, una de las 16 delegaciones político administrativas que conforman el Distrito Federal. La delegación se encuentra al sur de la Ciudad de México, ocupa aproximadamente el 20% de la superficie del Distrito Federal, tiene el 6.5% de la población y el 83% de su territorio (25,426 hectáreas) es suelo de conservación ecológica. La mayor parte de su población económicamente activa se dedica al comercio, a los servicios y las actividades agrícolas. Hasta el 2005 tenía una población de cerca de 8 mil habitantes, abarca 32 hectáreas y es un asentamiento iniciado desde finales de los años sesenta por pobladores dedicados a la fabricación artesanal de ladrillos, producción que desapareció progresivamente y se dice que hace 25 años se extinguieron los últimos hornos, aún así esa memoria histórica se mantiene por la decisión de la comunidad al preservar el nombre de origen: Mesa de Hornos.

En esta colonia la mayor parte de sus pobladores tienen ingresos bajos que se concentran alrededor del salario mínimo vigente. Esta situación se hace más delicada puesto que se carece de empleos dignos y hay niveles preocupantes de desempleo. La miseria económica en la que viven estos pobladores se expresa en sus condiciones de vida, ya que muy reciente cuentan con servicios urbanos básicos como calles pavimentadas, instalación de agua potable, drenaje y redes telefónicas. Llama la atención

[101] Entrevista N°. 1.

el nivel educativo bajo, predominan las personas analfabetas y con educación básica lo que influye en la constitución de una visión de la salud mental.

En una colonia que con dificultad cuenta con los servicios básicos urbanos es difícil encontrar instalaciones adecuadas para el ocio, el deporte, recreación y más para la realización de talleres vivenciales con temas como la salud mental. Aunque cuando existe la necesidad de afrontar problemas que afectan a la población, la voluntad es más fuerte que el contar con instalaciones adecuadas como el caso de estos promotores que desempeñaron sus actividades en la cocina popular del DIF, ubicada en la comunidad[102].

Con relación a la formación de los equipos de trabajo en el diplomado hay enigmas para los mismos participantes. La mayoría de las generaciones carece de información suficiente acerca del tema, en la sexta generación se pensó que fue por sorteo y con la dinámica de formar un rompecabezas. Pese a lo azaroso que parece este procedimiento está calculado para que se conformen equipos interdisclinarios. Esta estrategia tiene sus virtudes constituyendo dinámicas específicas, por ejemplo, en la sexta generación "un sociólogo tomo el liderazgo"[103] y con mayor prontitud percibió lo que necesitaba la comunidad y con ello responder con más oportunidad a sus necesidades.

El Dr. Quiroz carece de información precisa si la estrategia de conformación de grupos ha generado situaciones de conflicto como lo hacen notar algunas de las entrevistadas(os). De acuerdo a la orientación humanista del diplomado este tipo de sucesos más que tornarse en preocupación, es una magnifica oportunidad de aprendizaje para poner en juego todas las herramientas aprendidas en el enfrentamiento al conflicto o a situaciones de disenso, pareciera contradictorio pero también de lo que se trata en el diplomado es que entren en crisis para que aprendan a salir de ella y haya un fortalecimiento en su persona y en su actitud humanista en formación[104]. De cualquier forma se cuida a los integrantes de los equipos, el Dr. Quiroz manda a una persona de su equipo de apoyo para supervisar y asistir a cada equipo en sus actividades y aún más cuando el grupo se encuentra en crisis. Se les hace ver que dentro del humanismo también se trabaja con la posibilidad de aceptar el fracaso y asumirlo como una realidad posible y lo vivan como

[102] Reseña tomada del informe final de la práctica comunitaria en la colonia Mesa de Hornos, de un equipo de la sexta generación.
[103] Entrevista N°1.
[104] *Ibid.*

un derecho a fallar. Así los participantes aprenden a ser tolerantes ante la frustración y su fracaso, que les ayuda para analizar la situación, buscar la manera de salir y enfrentarse a ella. Estos lo asumen como un estado "necesario" en cualquier ámbito de la vida del ser humano, aprenden el "para que pasan las cosas y dejan a un lado el porque con un sentido negativo"[105]. Puesto que el humanismo conlleva también la autoconciencia de los límites humanos, implica saber de la grandeza del hombre (y de sus horrores), y asimismo de su debilidad y su pequeñez. Es al mismo tiempo, de saber de su poder y de su impotencia, se menciona de la siguiente forma: "cuando la gloria humana no hace olvidar la piedad por el hombre, y cuando la miseria humana no hace olvidar la profundidad y la grandeza del hombre y se mantiene viva la fe en la excelencia humana y lucha por la humanización, el hombre ha aprendido a leer la cara oculta y oscura de la condición humana y de la historia"[106].

Ya conformados los equipos de trabajo se inician los preparativos para la intervención comunitaria. Una de las actividades relevantes es la elaboración de un diagnóstico de la comunidad para captar las necesidades, problemas y recursos con los que cuenta la comunidad. Dicho diagnóstico se orienta con referentes de cómo se debe de organizar a la población como los siguientes:

- el proceso de sensibilización concientización-motivación y
- la agrupación de la población[107].

La sensibilización es la primera etapa del proceso que tiene como objetivo informar a la población del proyecto o el trabajo a realizar, en este caso la promoción de la salud mental. En ésta etapa la participación de la población es vital para formar equipos de trabajo entre la comunidad y los promotores, con ello se pretende lograr la integración entre el personal con la gente, sin la que sería posible el aprendizaje significativo, que es la base de este modelo educativo. Los conocimientos previos con los que cuentan los promotores para la sensibilización de la comunidad son de psicología, ya que les permite conocer y captar las expectativas, motivaciones de la gente, su comportamiento; así como detectar a los líderes naturales, para apoyarse en éstos y lograr que la otra parte de la

[105] Entrevista N°. 4.
[106] Op Cit. González, p. 40.
[107] Documento 30 A. *"Organización de la comunidad"*, lectura de Gómezjara, F., en Técnicas de desarrollo comunitario, Ed. Nva. Soc. México, 1977, p. 233, del manual #4 del diplomado en Formación de promotores de la salud mental.

población se interese[108]. La concientización se logra a través de una plática introductoria en la comunidad y de enfatizar la importancia que tiene un modelo preventivo de la salud mental a la población, la motivación es el refuerzo de los acuerdos que se llegan por medio de la plática introductoria. Los promotores de la comunidad Mesa de Hornos, comentan que es magnifico: "concientizar a la población que la salud mental es el estado de bienestar que permite el total manejo de las habilidades, conocimientos y aptitudes para trabajar y vivir de forma productiva, con la capacidad de hacer frente a todas las situaciones que se presenten en su entorno social"[109]. Es importante aclarar que concienciar no significa "manipular, sino movilizar concientemente a la población hacia el cambio social, la mejor garantía de que la movilización no será orientada para manipular a la población, es la concientización permanente de ésta"[110].

En el trabajo comunitario los promotores de la salud mental son muy cautelosos en el proceso de sensibilización de la población, saben que tienen que respetar a las comunidades; su ideología, sus tradiciones y creencias. Ellos no pueden influir en cambiar la estructura social si esto deriva de la propia adquisición de la comunidad de su conciencia social, entonces será de la misma la responsabilidad por modificar las relaciones sociales. De alguna manera conciencia significa hacer presente su potencial de decisión y llevarlo a la acción es sólo una disposición de la propia comunidad y de nadie más. El objetivo de los promotores es invitar a la población a obtener conocimiento en la prevención de su salud mental y sí la comunidad accede se lleva acabo el modelo preventivo. En el caso de que no les interese la intervención comunitaria solo se da información de que hay un modelo preventivo dirigido a los problemas que afectan a la salud mental y se da a conocer el trabajo comunitario que desarrollan.

Los promotores se dieron cuenta que la organización de la población fue todo un reto, lo comentan de la siguiente forma: "había que asimilar y aceptar el grado de dificultad que implica convocar a las personas y comunicarles la importancia de dedicar un tiempo a la atención de su salud mental, pues como se percibe en las vivencias cotidianas, nuestra sociedad carece de una cultura que atienda este aspecto, las personas dedican la mayor parte del tiempo al trabajo ya sea fuera o dentro de casa, esto los absorbe casi

[108] *Ibid.*
[109] Op. Cit. Informe final.
[110] Op. Cit. Documento 30 A. p. 233.

totalmente, quedando así poco o nulo espacio para reflexionar sobre sí mismo, y sobre su salud mental"[111].

El equipo de promotores que realizaron su intervención en la comunidad de Mesa de Hornos, elaboraron su diagnóstico en función a la elección de diversos temas que la misma comunidad demando. Se apoyó a la comunidad a hacer conciencia de sus problemas a partir de motivarlos para hacer un autoanálisis y comprender las causas que los originan, así como promover el interés social en buscar soluciones a esos problemas que son colectivos. Por medio de este proceso que se diferencia con claridad de cualquier tendencia al adoctrinamiento se forja una actitud crítica, organizada, y capacitada para la acción.

Los promotores de la sexta generación que hicieron su práctica de campo en un grupo de AA en este Hospital Psiquiátrico, en la elaboración de su diagnóstico aplicaron un cuestionario para conocer la información que tenía la población respecto a la salud mental y entre otros aspectos característicos de la población, por ejemplo, grados de estudios, ocupación, estado civil etc. Es de alto valor el realizar un diagnóstico adecuado y a partir de este jerarquizar los problemas identificados que deberán ser examinados con base en ciertos criterios que ayudarán a satisfacer las necesidades de salud por orden de prioridad en la comunidad, estos criterios son:

a) Magnitud.- Se refiere al tamaño o proporción del problema que afecta a la comunidad

b) Trascendencia.- Se refiere a la importancia que tiene el problema en sí mismo, para la población

c) Vulnerabilidad.- Se refiere a la existencia de elementos que sirvan para tratar de solucionar un problema

d) Factibilidad.- Disponibilidad de los recursos y posibilidades de aplicarlos para atacar el problema[112].

Cuando los promotores tienen la información relativa a estos criterios se puede decir que se encuentran preparados para actuar, por ejemplo en un CONALEP identificaron

[111] Op. Cit. Informe final.
[112] . Documento 33. *"Diagnóstico de la comunidad"*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, p. 1, del manual #4 del Diplomado en Formación de promotores de la salud mental.

alumnos con ideas suicidas que fueron canalizados a atención psiquiátrica. El diagnóstico determina el tipo de acciones a realizarse, cuando se identifica violencia intrafamiliar se pueden dar pláticas y/o se les proporciona herramientas a la población para que puedan analizar cómo ellos viven su propia violencia y cómo la ejercen. Por medio de esta práctica de promoción se entiende que "alguna gente ve a la violencia como una necesidad de la vida y no como un derecho a vivir en paz"[113] y este es uno de los aportes que se pueden hacer.

En la comunidad de Mesa de Hornos, la sesión donde se abordo el tema de violencia le resultó interesante a la comunidad y a ellos como promotores, cuentan que al inicio de la sesión se abordaron algunos ejemplos cotidianos de las distintas formas en que se manifiesta la violencia, los asistentes comenzaron a compartir sus experiencias, algunas de ellas muy personales y aún así las externaron, en respuesta a ello, los promotores hicieron lo mismo, con la intención de lograr un ambiente de mayor empatía y comprensión. Comenta el equipo de promotores que actuar con orientación humanista les "resultó bastante enriquecedor, pues escuchar las experiencias y darse cuenta de la necesidad intrínseca del ser humano de ser escuchado y atendido con respeto"[114], es otra finalidad de la promoción de la salud mental.
Al finalizar su sesión se realizó un ejercicio mediante el cual se indujo a un estado de relajación. En este lapso se hizo hincapié en la importancia de atenderse a sí mismo, de evitar la violencia hacia sí y hacia los demás, de identificar claramente las diferentes formas en que se ha sido víctima y ejecutor de la violencia, y de reflexionar acerca de lo importante que es comenzar a vivir experiencias placenteras y de bienestar en primer lugar con ellos mismos para poder trasmitirlas a los que los rodean.

Los promotores observaron que los asistentes quedaron "asombrados por el momento experimentado", porque consideran que los seres humanos "al parecer, tampoco estamos habituados a experimentar sensaciones de bienestar, descanso, cuidado y cariño hacia nosotros mismos"[115].En otra de sus sesiones, los promotores vivieron una situación que les hizo reflexionar sobre la importancia de promover la salud mental, pues cuando se dio el tema de depresión llego un hombre joven padre de familia haciendo preguntas acerca del tema, por lo que se inició así la sesión, esta persona se mostró muy interesada pues

[113] Entrevista N°. 1
[114] Op. Cit. Informe final.
[115] *Ibid.*

unos días antes, según les comentó a los promotores pensó en suicidarse debido a la mala relación que tenía con su esposa. La experiencia vivida la narran de la siguiente manera: "iniciamos preguntándole que era en realidad lo que querían saber y lo dejamos hablar, lloró, expresó su sufrimiento, pidió información, aunque nos comentó que asiste a pláticas de doble AA, pero que no son suficientes porque su esposa no asiste y no lo comprende, pidió información sobre cómo podría ayudarla. Posteriormente, comenzó a tranquilizarse y a ver las cosas con más serenidad y claridad. Le proporcionamos más información de los lugares a donde puede acudir y le pedimos que no dejara de insistir en convencer a su esposa y que le hablara de las ventajas de recibir ayuda para toda su familia en general"[116] .

En toda la experiencia del diplomado sólo hay una comunidad a la que se atiende permanentemente. Cada año a dicha comunidad se les proporcionan pláticas y talleres sabatinos, se cuenta con un punto a favor de los promotores, pues se reconoce su labor y se les identifican que forman parte del equipo del IMSS. El Dr. Quiroz nos comenta que: "dicha comunidad va respondiendo, pues ya empiezan a buscar los servicios para su salud mental", pero menciona que "el acudir ocasionalmente pierde una presencia continua para la promoción y no se logra un impacto profundo del modelo preventivo"[117]. Para poder evaluar los logros de la promoción en salud mental es necesario que "hubiera un trabajo más continúo y si se dejara de ver a las comunidades como experimentales y se visualizaran éstas para ser comunidades en las que hay que trabajar a largo plazo en el modelo preventivo de la salud mental, se notarían cambios favorables en las comunidades. Pero para ello se requiere y se necesita tener promotores con un trabajo continúo y que se refuerce con promotores que llegan de las nuevas generaciones, solo que el financiamiento sería muy alto, aunque ese sería bajo con respecto a la salud que se quiere prever en la comunidad"[118].

Este es un punto neurálgico en la consolidación de un modelo preventivo de la salud mental, la Dra. Swaran P. Singh del Hospital de Nottingham sostiene que: "los programas de atención comunitaria funcionan en gran medida con la rotación del personal de salud y no con el agotamiento del mismo, y que se cuente con los recursos adecuados, ya que la rotación del mismo podría conducir una mayor sensación de logro personal entre los

[116] *Ibid*
[117] Entrevista N°.1
[118] *Ibid.*

miembros de un equipo y se le da continuidad a la atención de los pacientes"[119]. Esta sugerencia se concibe como acertada para un país como Inglaterra en donde se encuentra en mejores condiciones económicas, pero para el caso que nos ocupa aparece como un sueño, por el momento. En el diplomado uno de los problemas es la carencia de recursos económicos para sostener un trabajo constante y de largo plazo en las comunidades que se pretende atender. Recordemos que los promotores que ingresan del diplomado ejercen sus conocimientos de forma gratuita, voluntaria y como aún esta formación no se reconoce como una profesión pues tampoco hay garantías de que se puedan ocupar y vivir de promotores. Esta condición en ningún momento influye en la calidad de los servicios de promoción que se ofrecen, lo que impide es una permanencia de este tipo de servicios a la comunidad y una profesionalización. Aún así los promotores de la comunidad de Mesa de Hornos, comentan que: "con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados, el equipo que formamos como promotores de la salud mental, tuvo un desempeño solidario y responsable. Cada una de las sesiones eran previamente comentadas y planeadas, se realizaban observaciones y comentarios sobre nuestro trabajo en cada una de las reuniones con la comunidad. En nuestra opinión, lo que favoreció en mayor grado la transmisión del conocimiento sobre salud mental a la comunidad, fueron por un lado las observaciones realizadas mismas que nos permitían percatarnos de las necesidades de las personas y atenderlas, y por otro la confianza que se les brindó para expresar sus dudas e inquietudes. De esta manera se observa cómo las personas se sienten atendidas y en consecuencia interesadas en las temáticas. El equipo trabajó con profesionalismo no dejando la sesión sólo al que la iba a dar, sino que nos apoyamos interviniendo en el tema y preparando el lugar y el material que se fuera a necesitar"[120].

Los participantes de las generaciones aprendieron a tomar decisiones, a respetar los acuerdos, a dialogar y algo muy importante a "jalar parejo", digamos lograron construir una relación consensual y bastante productiva para el trabajo social. Inclusive la formación de liderazgo se dio de manera natural y sin lucha por el poder como usualmente sucede en diversas organizaciones. Entonces se puede hablar de liderazgos compartidos y aceptados según el momento de cada etapa del programa sin que ésto

[119] Documento 33c. *"Cómo mejorar la efectividad del equipo comunitario de salud mental"*, de Singh, Swaran, p. 12. del manual #4 del Diplomado de Formación de promotores de la salud mental.
[120] Op. Cit. Informe final.

implique desconocer la hegemonía del Doctor Quiroz por su conocimiento, experiencia y actitud humanista.

La formación de los promotores aunque desigual en términos de aprendizaje se expresó en toda su magnitud en el trabajo de campo que es el lugar en donde se experimenta, se vive y se reaprende. Sin lugar a dudas el trabajo de campo no transcurrió sin problemas, algunos de ellos son los siguientes:

- La lejanía que se encontraban las comunidades, es decir en ocasiones algunos integrantes del equipo se tenían que desplazar hacia otro extremo de la ciudad porque ahí les había tocado hacer su practica de campo, lo cual representaba para ellos tiempo perdido para llegar a las comunidades y perdían la mayor parte del día en transportarse, además porque daban el taller y tenían que regresar al hospital a trabajar en la retroalimentación, por dudas que surgieran en la forma de intervenir en las comunidades.

- La previa invitación en las comunidades a los talleres, es decir en algunos equipos no se les dio tiempo de invitar a la gente y lo hicieron el mismo día de la primera sesión, lo cual derivo con la poca asistencia de la gente de la comunidad. Solamente un equipo de la sexta generación que le toco dar su taller a un grupo de AA que se encuentra en el Hospital de San Fernando tuvo una asistencia segura, ya que eran 7 pacientes internos, 4 del público en general y algunas enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales del mismo hospital, pero tal situación conllevo a que la mayoría de los asistentes ya conocían el contenido del taller, porque en otras generaciones el trabajo de campo se hacía con el grupo de AA.

- La falta de información en algunos temas que se iban a impartir en las comunidades, los promotores tenían que buscar documentación extra que no se encontraba dentro de los manuales del diplomado, o en ocasiones solo buscaban ejemplos con los que la comunidad se pudiera identificar.

- La falta de materiales con información, como trípticos, volantes, etc., acerca de los talleres y de las sesiones, la razón fue por la falta de recursos económicos, y por ésta misma razón se les dificultaba a los promotores desplazarse hacia las comunidades, pues ellos tenían que pagar su transporte.

RESULTADOS Y EVALUACION

Como bien hace referencia el nombre del diplomado, la formación de promotores de la salud mental se logra con un trabajo continuo de seis meses en preparación teórica con aprendizajes significativos y con base humanista como reflexión, que logra un desempeño solidario y responsable en los promotores cuando se hace la intervención comunitaria de la salud mental. En apartados anteriores se mencionaba que los participantes de las generaciones aprendieron a tomar decisiones, a trabajar por consenso y aprender a respetar acuerdos entre sus compañeros, es decir que construyeron herramientas necesarias para el trabajo social. Por ello al término de la práctica comunitaria, a los ya promotores se les facilita realizar una minuciosa autoevaluación de su desempeño en las comunidades y como se perciben como promotores y como sujetos interesados en su entorno social. Además de proponer sugerencias que le pueden ser de mucha utilidad al diplomado en las siguientes generaciones, de las cuales se mencionan las siguientes:

- Que sí tenga un costo el diplomado, para cubrir los gastos de los materiales bibliográficos y lo que se requiera para la realización de los talleres en las comunidades.

- Promover otras alternativas actuales que promueven la salud mental y que se complementen con el modelo preventivo en las comunidades, como la risoteriapia, yoga, psicodanza, teatro, etc.

- Que se desarrollará una agenda de instituciones de apoyo a las comunidades con información adicional para que sepan donde acudir cuando se tenga que canalizar y así la comunidad pueda tener otras opciones de lugares para la intervención, pues nos comenta una promotora que: "se les tiene que dar esa información, ya que lo importante es saber que no eres terapeuta, pero si aconsejarlo en donde puede acudir"[121].

- Que el horario fuera más temprano, ya que la mayoría vivía lejos y el sábado ya no les rendía. En la última generación las sesiones del diplomado se iniciaban a las 10 a.m., lo cual el horario les beneficio en su tiempo.

[121] Entrevista N°. 5.

- Que se concrete la red de promotores para que se de seguimiento a las comunidades y poder intervenir en otros grupos vulnerables. Este era uno de los objetivos y metas por alcanzar por el diplomado desde la primera generación y no se ha alcanzado pues se pretendía que dentro de los primeros cinco años se iba a construir dicha red altamente eficaz para retroinformar de las necesidades de información que tienen las familias y las comunidades y a través de esa misma red satisfacer sus necesidades. Uno de los motivos es el exceso de trabajo del Dr Quiroz y la falta de apoyo por parte de las autoridades del IMSS, pues se requiere actualización en los temas, talleres de mayor crecimiento, por otro lado la infraestructura del IMSS no lo permitiría pues se requiere de mayor logística, mayor apoyo para la operacionalización de un evento así, pero cuando se active el Dr. Quiroz prevé buenos resultados. El equipo que trabajó en la comunidad de Mesa de Hornos consideran que: "sería más productivo que sólo sean dos o tres equipos los que se enviaran a las comunidades, eliminando los que tienen público cautivo como en las instalaciones del hospital y dividirnos el tiempo para abarcar diferentes horarios en cada comunidad, además de dar seguimiento de los resultados en visitas posteriores"[122].

- Que se les informe de cómo los seleccionaron para entrar al diplomado y cómo se conforman los grupos de trabajo.

- En cuanto a el área física, que se adaptara un salón con más espacio.

- Que el diplomado tenga mayor duración para que los promotores salgan mejor preparados y con mayor experiencia.

- Que se lleven a personas más capacitadas para impartir los temas.

- Que no se extiendan "mucho" sobre un tema, pues se hacían "tediosas las clases".

Lo que a la mayoría les gusto de las actividades que se realizaron en el diplomado fue la práctica de campo que permitió llevar lo que se aprendió a la comunidad, de ahí nacen múltiples gratificaciones, el equipo de Mesa de Hornos comenta que: "es bonito saber que la gente muestra confianza hacia nosotros aunque seamos extraños"; Benjamín un integrante del equipo sintetiza su experiencia diciendo: "hoy me siento mejor como

[122] Op. Cit. Informe final.

persona, se que el universo esta lleno de oportunidades y personas dispuestas a dar un poco de si mismas solo hay que dar un paso adelante y abrir los brazos para sentir ese calor humano que somos capaces de brindar y recibir"[123]. Estás anécdotas forman parte del cierre del diplomado y expresan una actitud humanista, en algunos casos dicha actitud se reforzó, los cambios personales que obtuvieron fueron de: "tener más seguridad sobre su propia persona, un crecimiento personal", el "compromiso consigo mismo para construirse como persona, antes de comprometerse con otra", "tomar más conciencia ante las problemáticas sociales y después hacia sus dificultades como persona". La mayoría notó una diferencia en su forma de relacionarse con su familia, de su función en ella y con otras personas de trato directo. Los participantes comentan que al concluir el diplomado sí se aplican los conocimientos y experiencias aprendidas, en algunos casos hay quienes siguen con la promoción en comunidades o grupos vulnerables y continúan con su formación en la salud mental.

Ellos mismos evalúan el contenido del diplomado, al Dr. Quiroz, a su grupo de apoyo y a sí mismos. La evaluación se hace de manera anónima y se evalúa de forma cualitativa, pues mantienen la retroalimentación para hacer críticas constructivas que ayuden en su formación como promotores. La retroalimentación en la teoría de la comunicación humana, se considera como una información de retorno que permite al emisor conocer si la comunicación es efectiva o no. En el proceso de aprendizaje la retroalimentación nos indica si se logro o no el aprendizaje, además de que nos permite ver si se lograron los objetivos y da la oportunidad de modificar lo necesario para lograr los fines deseados. En la evaluación del diplomado, también se apoyan en la evaluación cognitiva como base, para ver si se han logrado los objetivos teóricos y el nivel en que lo han hecho. En la evaluación cualitativa o humanista, como le llama el Dr. Quiroz, se evalúa el compromiso personal, una participante entrevistada nos dice que: "se estaba ahí porque querías y en el momento de la práctica tú lo demostrabas con el manejo de la gente y sabías lo que significaba estar en la comunidad"[124]. Se evalúa a partir de su trabajo, la opinión de otra participante de la sexta generación fue que: "por primera vez tuve un aprendizaje significativo, donde no tienes una calificación, sino solamente fue el esfuerzo y la

[123] *Ibid*
[124] Entrevista N°. 5

habilidad que tiene cada uno para llevar acabo las cosas"[125], es decir es una evaluación que toma en cuanta las capacidades del grupo.

Uno de los entrevistados que trabajaba en el Hospital Psiquiátrico del IMSS como enfermero, su conocimiento en la salud mental se mantuvo igual en cuanto a lo teórico debido a su experiencia en el trabajo, pero con la experiencia que adquirió en la comunidad, el acercarse con la gente para poner en acción el modelo preventivo de salud mental, le ayudó para reforzar la práctica. Al concluir el diplomado, cambio de área de trabajo, ahora se encuentra comisionado al sindicato del mismo instituto. En su nuevo cargo ha aplicado su conocimiento y experiencia aprendida en el diplomado, ahí llegan compañeros que se acercan con él pero no para plantearle problemas sindicales, sino llegan a contarle sus problemas personales. Con el diplomado ha podido ayudar a sus compañeros, ya que aplica el modelo preventivo y puede identificar problemas en su salud mental, se da cuanta en la forma en como hablan o de la forma en como expresan sus ideas, menciona que un factor de riesgo es cuando hablan de la muerte o por lo menos lo han pensado y dicen "la vida ya no tiene sentido", entonces ya identifico síntomas y su labor como promotor es canalizarlos con un profesional para que los pueda orientar"[126] .

Cuando el diplomado concluye en cada generación, al Dr. Quiroz le piden la documentación correspondiente del siguiente año de aplicación del diplomado, para volver a revisar el contenido y considerar las recomendaciones que se reportan. Se estima por el Dr. Quiroz que hasta la última generación (2006) sólo se han realizado el 10% de ajustes al protocolo inicial, se han actualizado los contenidos y la revisión de la forma de evaluación, pues actualmente se mantiene una evaluación humanista, la cual se realiza por los alumnos. Hay una comisión de ética e investigación del IMSS que revisa el proceso del diplomado.

[125] Entrevista N°. 6
[126] Entrevista N°. 3

CONCLUSIONES

La evaluación del diplomado orientado a la promoción social de la salud mental, permitió verificar el cumplimiento de los objetivos planteados, así como problemas detectados en las seis generaciones analizadas, lo que permite la valoración de sus alcances y limitaciones que pueden coadyuvar en sus futuros desarrollos. Las conclusiones finales de la evaluación del diplomado se presentan a continuación:

- Se logro el objetivo de conformar un conocimiento teórico-educacional y vivencial-operativo en los promotores, en consecuencia adquirieron un aprendizaje significativo para incidir en la promoción de la salud mental con modelos de intervención comunitaria.

- Con la influencia del humanismo los participantes modificaron sus actitudes, lo cual les ha permitido continuar con los compromisos adquiridos al término del diplomado, pues siguen cuidando de su salud mental y con la actitud humanista de no olvidarse de su ser, enriquecerlo y seguir transformándolo. Algunos continúan con la promoción social de la salud mental.

- Se logro el objetivo de llevar la promoción social de la salud mental a comunidades vulnerables, aunque la cobertura que han alcanzado a lo largo de las generaciones ha sido insuficiente, además de que se ha carecido de un seguimiento para evaluar los impactos en períodos largos.

- La organización y supervisión del trabajo de campo fue la adecuada para la intervención comunitaria, además del apoyo que recibieron los promotores por parte de las comunidades les permitió continuar con su labor.

- La relación que ha mantenido el IMSS con el diplomado en cuanto apoyo económico e infraestructura ha sido mínima. Aún así, está institución gubernamental ejerció presión para que se convierta en una actividad lucrativa sin importar su naturaleza, objetivos y resultados obtenidos a lo largo de generaciones.

- La formación académica y profesional del Doctor Quiroz ha sido vital para el éxito del diplomado, aún más su sentido de compromiso social y su vocación humanista.

- El grupo de apoyo tiene una entrega encomiable a sus actividades y representa una apoyo incondicional al Dr. Quiroz, sin embargo requiere de su profesionalización que parece difícil en las circunstancias económicas en que se desarrolla dicho diplomado Aún así es de destacarse que en la posición humanista es relevante su compromiso con la promoción de la salud mental por encima de cualquier atracción material o económico.

APÉNDICE METODOLÓGICO

ENTREVISTA A EGRESADOS DEL DIPLOMADO

1.- Información del diplomado

1.1.- ¿Cómo se enteró del diplomado?

1.2- ¿Cuáles fueron sus motivos para tomar el diplomado?

2.- Formación académica

2.1.- ¿Qué estudios tenía usted al inicio del diplomado?

3.- Proceso de selección

3.1.- ¿Qué opinión tiene respecto a la forma de cómo lo seleccionaron para el diplomado?

3.2.- ¿Cómo se le avisó de su aceptación al diplomado?

3.3.- De su aceptación a la primera clase, ¿Se le proporcionó información adicional respecto al diplomado?

4.- Conocimiento y habilidades del Coordinador (DR. QUIROZ)

CON RELACIÓN AL CONOCIMIENTO (a las clases y talleres de lectura)

¿Considera que la experiencia profesional del Dr. Quiroz es adecuada o no para el diplomado?

¿Tiene dominio teórico sobre los temas que se desarrollan respecto a la salud mental?

¿Hace interesante su clase?

¿Motivó la reflexión?

¿Tiene una posición crítica?

¿Acepta críticas respecto al proceso de enseñanza- aprendizaje? ¿ y éstas se toman en cuenta?

HABILIDADES Y ACTITUD HUMANISTA (sesiones vivenciales-sociodramas)

¿Es empático con los integrantes del grupo?

¿Acepta sugerencias y cambios?

¿Aclara dudas?

¿Promueve la participación de los alumnos?

¿Es apoyado en todo momento por el coordinador, durante el diplomado, incluido el trabajo de campo?

¿Cuáles son las formas de evaluación? ¿Y qué opinión tiene de ellas?

5.- Conocimiento y Habilidades del grupo de Apoyo

CON RELACIÓN AL CONOCIMIENTO Y LA EXPERENCIA

¿Considera que la experiencia del grupo de apoyo es adecuada para el diplomado?

¿Imparten de manera adecuada los conocimientos del diplomado?

¿Tienen dominio teórico sobre los temas?

¿Hacen interesante su clase?

¿Motivan a la reflexión?

¿Aceptan sugerencias y cambios?

HABILIDADES Y ACTITUD HUMANISTA (sesiones vivenciales y sociodramas)

¿Son empáticos con los integrantes del grupo?

¿Aceptan sugerencias?

¿Aclaran dudas?

¿Promueven la participación de los alumnos?

6.-De los usuarios (con relación al logro de los objetivos)

Módulo I

¿Su conocimiento de la comunicación humana y su utilidad en los grupos sociales cambio durante el diplomado?

¿Su comunicación con los demás integrantes del grupo a partir de lo analizado con relación a este tema ayudó a mejorarla o no?

¿Usted considera que se logró una integración parcial o integral del grupo?

¿Cómo percibió usted el nivel de comunicación del grupo al inicio del diplomado?

¿Y al final como la percibe usted?

Módulo II

¿Su información respecto a la salud mental aumentó o se mantuvo igual?

¿El conocimiento que usted tenia del proceso de salud-enfermedad se modificó o no?

¿Hay un concepto de salud integral? ¿Cuál es?

¿Sabe identificar los problemas de salud mental en grupos o comunidades concretas?

Módulo III

¿Adquirió información respecto a los factores de riesgo en la salud mental?

¿Su comprensión de los trastornos mentales en las familias mexicanas cambio?

¿Cómo promotor interviene en situaciones de crisis de un individuo o familia?

¿Aprendió a darse cuenta de su estado personal y familiar con relación a los factores de riesgo en la salud mental?

¿Cómo actúa ante la frustración?

Módulo IV

¿Usted identifica la morbilidad de las enfermedades mentales en la sociedad mexicana?

¿Por qué se mantienen las enfermedades mentales en la sociedad mexicana y cuáles son sus consecuencias?

Módulo V

¿Antes de entrar al diplomado que información tenía de la promoción en la salud mental?

¿Cuál es el campo de acción del promotor en salud mental?

¿Son necesarios los promotores de la salud mental?

7.- Contenido del diplomado

DE LAS LECTURAS

¿Considera que la información que le proporcionó las lecturas esta actualizada?

¿Las lecturas se le hicieron de fácil o difícil comprensión?

¿Considera que las lecturas fueron las apropiadas para alcanzar los objetivos del diplomado?

¿La cantidad de lecturas fue la apropiada o no?

DEL TRABAJO GRUPAL (SESIONES VIVENCIALES Y SOCIODRAMAS)

¿Considera que las dinámicas aplicadas tenían conexión con los planteamientos teóricos expuestos en las lecturas?

¿Qué tanto le ayudó el trabajo grupal desarrollado en su crecimiento personal?

¿El trabajo grupal es necesario para la formación de un promotor en salud mental?

¿Qué es lo que más te gustó de las actividades desarrolladas? ¿Qué te disgusto?

8.- Infraestructura

¿Las condiciones ambientales y el espacio físico dónde se desarrollo el diplomado es adecuado?

9.- Práctica de campo

¿Los conocimientos teóricos que aprendiste fueron de utilidad en la práctica de campo?

¿Cómo se formaron los equipos de trabajo para la práctica de campo?

¿Cómo se seleccionó la comunidad o grupo para la realización del trabajo de campo?

¿La experiencia humana desarrollada y compartida en el trabajo grupal te ayudó en las actividades que realizaste en la comunidad?

¿Hubo problemas? ¿ y en dado caso cómo se resolvieron?

¿Cómo evaluarías tu participación en el equipo de trabajo?

¿Sintió apoyo por parte del grupo en las actividades a realizar?

¿Con qué criterios se distribuyeron las actividades realizadas?

¿Todos respetaron los acuerdos del grupo?

¿En el grupo se compartieron situaciones o problemas personales?

¿Hubo discusión y críticas al interior del grupo?

¿Todos jalaron parejo?

¿Cómo tomaban las decisiones en su equipo?

¿Las relaciones entre los integrantes del grupo cómo fueron?

¿En general cómo cataloga dicha experiencia?

10.- Autoevaluación (al terminar el diplomado)

¿Desarrollaste una actitud humanista?

¿Qué cambios personales obtuviste?

¿Notaste una diferencia en tú forma de relación con tu familia o con personas de trato directo y permanente?

¿Tú compromiso con la sociedad es diferente al finalizar el diplomado qué cuando iniciaste en él?

11.- Seguimiento (de la graduación hasta la entrevista)

¿Aplicas en tú persona los conocimientos y experiencias aprendidas en el diplomado?

¿Tienes o no contacto con los integrantes de tú generación, con los de otras generaciones?, ¿por qué?

¿Realizas actividades específicas con la promoción de la salud mental, en alguna comunidad o grupo?

¿Continúas con tú formación en la salud mental? ¿Qué cursos, talleres, diplomados has tomado?

12.- Sugerencias o recomendaciones al diplomado

¿Tienes alguna sugerencia o recomendación para el diplomado?

¿Se cumplieron tus expectativas del diplomado?

ENTREVISTADOS

Entrevista N° 1, Al Dr. Carlos Ernesto Quiroz Rabanales, encargado del diplomado. (Realizada el martes 2 de agosto del 2006).

Entrevista N° 2, a Paola Espinosa, 2da Generación (Realizada el martes 19 de septiembre del 2006).

Entrevista N° 3, a Gustavo Hernández, 2da Generación (Realizada el miércoles 9 de agosto del 2006).

Entrevista N° 4, a Yessica Zavaleta Martínez, 5ta generación (Realizada el miércoles 9 de agosto del 2006).

Entrevista N° 5, a Viridiana Abigail Gutiérrez Romero, 6ta generación (Realizada el jueves 13 de julio del 2006).

Entrevista N° 6, a Yenny Santamaría Flores, 6ta generación (Realizada el jueves 13 del julio del 2006).

BIBLIOGRAFIA

Aguilar, María Jóse, Ander-Egg, Ezequiel. *Evaluación de Servicios y Programas Sociales*, Siglo XXI España Editores, 1era. Ed., 1992.

Asociación de Psiquiatría Mexicana. *Manual de Trastornos Mentales*, Edición 2005.

Cabildo, Héctor, M. *Psicoterapia Preventiva Grupal*, Terapia de Crecimiento, 1era. ed. 2002.

Cohen, Ernesto y Franco Rolando. *Evaluación de Proyectos Sociales*, Siglo XXI, México Editores, 6ta. Ed., 2003.

De Sebastián, Luis. *Neoliberalismo, Apuntes críticos de economía internacional global*, Editorial Trotta, 1era. Ed., 1997.

Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, México, 20a Ed., 2001.

Galeana, de la O, Silvia, *Promoción Social una opción metodológica*, Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, Plaza y Valdés Editores, México, 2006.

_____ *Modelos de promoción social en el Distrito Federal*, Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, Plaza y Valdés Editores, 2da. Ed., México, 2006.

Giddens, Anthony. *Poblaciones, salud, envejecimiento.* En Sociología, Alianza Universidad, 2da. Ed. Madrid, 1993.

González, Juliana. *El ethos, destino del hombre*, Universidad Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, Fondo de Cultura Económica, México, 1997.

Guinsberg, Enrique. *La Salud Mental en México*, Plaza y Valdés Editores, 2da. Ed., 2004

Illich, Ivan. Némesis Médica, la expropiación de la salud, Editorial Joaquín Mortiz, 1era edición en español, 1978.

Martínez, Rodríguez, Antonia. *Neoliberalismo y Estado. Un proyecto de desarrollo de México*, Cuadernos del CLAEH, n°. 58-59, Montevideo, 2da. serie, 1991

Pochelu, Galo. *La sociedad en el proyecto de la CLAT*, en Trabajo y Democracia Hoy, año 2, número 10, 1998.

Zambrano Joaquín y Rojas Estela. *Uso y dependencia del alcohol en una muestra de pacientes de un servicio de urgencias en la Ciudad de México,* Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México, 2000.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

http://www.inegi.gob.mx

http://www.icesi.org.mx

http://www.cimanoticias.com-criterios.com

http://www.ideal.es/jaen/prensa/20070706/mundo/cada-familia-mexicana-destina

http:/www.alerta2000.com.mx_anti/descargas/encuesta_nal_adicciones