

**FACTORES PSICOSOCIALES A NIVEL LABORAL QUE AFECTAN LA SALUD
MENTAL DE LAS MADRES COMUNITARIAS DEL MUNICIPIO DE BARBOSA**

GABRIELA CHAVARRÍA MUÑETÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y EDUCATIVAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA (PSC)
MEDELLÍN
2005**

**FACTORES PSICOSOCIALES A NIVEL LABORAL QUE AFECTAN LA SALUD
MENTAL DE LAS MADRES COMUNITARIAS DEL MUNICIPIO DE BARBOSA**

GABRIELA CHAVARRÍA MUÑETÓN

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga Social Comunitaria

**Asesor
JULIO CÉSAR CÓRDOBA UPEGUI
Psicólogo**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y EDUCATIVAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA (PSC)
MEDELLÍN
2005**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, 18 de octubre de 2005.

A mi esposo Julio César
con todo mi amor, a mis
hijas, a mis padres.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por darme la sabiduría, fortaleza, aptitudes y capacidades necesarias para adelantar este proyecto.

Doy gracias a mis padres, a mi esposo y a mis hijas, por su apoyo y su valiosa colaboración, para el feliz término de este proyecto.

Agradezco igualmente a mi asesor Julio César Córdoba Upegui y a los miembros del jurado, a María Enoris y a todas aquellas personas que me facilitaron información brindándome su ayuda.

Al grupo de Madres Comunitarias, quienes permitieron sumergirme en su comunidad para adelantar las prácticas.

A Luis Octavio Madrid Muñetón, por su valiosa y oportuna colaboración

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. PROBLEMA DE INTERVENCIÓN-INVESTIGACIÓN	15
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	17
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
2. OBJETIVOS	19
2.1 GENERAL	19
2.2 ESPECÍFICOS	19
3. MARCO REFERENCIAL	21
3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	21
3.2 MARCO HISTÓRICO SITUACIONAL	24
3.3 MARCO CONCEPTUAL	26
3.3.1 Programa de hogares comunitarios	26
3.3.2 Concepto de salud	33
3.3.3 Concepto de salud mental	35
3.3.4 Nociones de normalidad y patología	38
3.3.5 Enfoques y salud mental	39
3.3.6 Política nacional de salud mental- noviembre de 1997	47

3.3.7 Salud mental y salud física	49
3.3.8 La salud mental y la familia	51
3.3.9 Salud mental y trabajo	55
3.3.10 Salud mental y la mujer	58
3.3.11 Salud mental y factores psicosociales	59
3.3.12 Factores que afectan la salud mental	60
3.3.13 Factores psicosociales	61
3.3.14 Prevención en salud mental	75
3.3.15 Promoción de la salud mental	76
3.3.16 Psicología social comunitaria	78
3.3.17 Representaciones sociales	80
4. METODOLOGÍA	87
4.1 DISEÑO TÉCNICO - METODOLÓGICO Y CARACTERIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.	87
4.2 DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN-INVESTIGACIÓN	90
4.2.1 Población o comunidad	90
4.2.2 Estrategias para recoger la información	90
4.2.3 Estrategias de intervención psicosocial comunitaria	91
4.2.4 Estrategias para análisis de información	92
4.2.5 Elementos analíticos	92
4.2.6 Fases o etapas del proceso metodológico	92
4.2.7 Cronograma	95
5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	97

5.1 INFORMACIÓN PERSONAL	100
5.2 INFORMACIÓN FAMILIAR.	101
5.3 RELACIONAMIENTO DE LA MADRE COMUNITARIA Y SU ENTORNO	103
5.4 LUGAR DONDE FUNCIONA EL HOGAR COMUNITARIO	103
5.5 CONDICIONES LABORALES	103
5.5.1 Ingresos familiares	103
5.5.2 Egresos del grupo familiar	104
5.5.3 Responsabilidad económica del grupo familiar	105
5.6 SALUD FÍSICA Y MENTAL	106
5.7 ENTORNO COMUNITARIO	106
5.7.1 Tiempo de residencia en el barrio o municipio	106
5.7.2 Afinidad la Madre Comunitaria con el programa de Hogares Comunitarios	106
5.7.3 Tiempo desempeñando la labor de Madre Comunitaria	108
6. CONCLUSIONES	109
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	111
8. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	112
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS	119

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Factores psicosociales	64
Tabla 2. Factor humano en el trabajo	66
Tabla 3. Formas de expresión del mobbing según Manuel Fernández Jiménez	69
Tabla 4. Algunas conductas concretas de mobbing clasificadas por factores (Zapf, Knorz y Kulla, 1996)	70
Tabla 5. Consecuencias del mobbing	73
Tabla 6. Algunos efectos de los factores psicosociales	73
Tabla 7. Cronograma de actividades 2004	95
Tabla 8. Cronograma de actividades complementarias 2005	96
Tabla 9. Edad de los hijos	101
Tabla 10. Edad de otros miembros del grupo familiar	102
Tabla 11. Desempeño miembros de la familia	104

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Ruta seguida en la construcción teórica	93
Figura 2. Proceso metodológico	94
Figura 3. Edad de las madres comunitarias	100
Figura 4. Estado civil de la madre comunitaria	100
Figura 5. Conformación del grupo familiar	101
Figura 6. Escolaridad de otros miembros de la familia	102
Figura 7. Ingresos familiares	104
Figura 8. Egresos familiares	105
Figura 9. Relación de la madre comunitaria con los miembros de la junta administrativa de los hogares	107
Figura 10. Relación de la madre comunitaria con los funcionarios del ICBF	108

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Encuesta	119
Anexo B. Tabulación	125
Anexo C. Taller para ser realizado con el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa	132
Anexo D. Cómo manejar los conflictos personales y/o grupales	134
Anexo E. Seminario-taller para ser realizado con el grupo de madres del municipio de Barbosa	136
Anexo F. Taller para ser realizado con el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa	137
Anexo G. Seminario taller para ser realizado en el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa	140
Anexo H. Taller para ser realizado con el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa	141
Anexo J. Taller para ser realizado con el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa	143

INTRODUCCIÓN

La última década del siglo XX y los inicios del siglo XXI se caracterizan por la notable influencia de la violencia psicológica y los estragos causados en la salud mental y en el disfrute de un ambiente sano y saludable en la sociedad, la comunidad y en los lugares de estudio y de trabajo.

Desde luego los problemas de salud mental son comunes en todos los contextos y en el ámbito de las relaciones de trabajo han alcanzado un gran significado, tanto entre los integrantes de la empresa como institución, el empleador respecto a un trabajador y entre los trabajadores entre sí, ya sea por parte de superiores o de inferiores jerárquicos o de colegas, se ha expandido notablemente en los últimos 10 años, influyendo en el medio ambiente laboral, con consecuencias post-traumáticas en el trabajador acosado, cuando para el mismo dicha situación es habitual y algo inherente a las condiciones o del entorno de trabajo.

Es por ello que el propósito básico de esta intervención - investigación es identificar desde la psicología social comunitaria los posibles factores psicosociales a nivel laboral que afectan la salud mental de las madres comunitarias del municipio de Barbosa, con el fin de proponer estrategias de intervención que ayuden a disminuir dicha problemática.

Para tal efecto se ha tenido acceso a una variedad singular de documentos que analizan el surgimiento y devenir de la violencia en el trabajo y la influencia que tienen en la conducta de los hombres y mujeres sometidos a una constante acción de los mismos.

En cuanto al desarrollo del marco referencial se hace una breve descripción de las investigaciones e intervenciones que se han hecho a nivel Nacional, Departamental y Municipal en cuanto a lo que se refiere a problemas de salud mental y en tal caso para dar cuenta si se ha intervenido a la población objeto de estudio.

En el marco conceptual, primeramente se hace una aproximación a todo lo concerniente a la historia de los hogares comunitarios como tal, las bases legales que lo sustentan. Igualmente se definen elaboraciones teóricas que permiten armar el problema tales como: Salud Mental vista desde diferentes enfoques

teóricos, teniendo en cuenta también el concepto normal-patológico, el trabajo, la familia, la mujer, los factores psicosociales en el trabajo con las consecuencias más relevante de éstos, entre otros.

Dentro del mismo marco se desarrollan las definiciones de la psicología social comunitaria y las representaciones sociales para poder hacer una interpretación de los hechos encontrados en el grupo de Madres comunitarias a la luz de estas dos instancias.

La metodología de este trabajo se lleva a cabo a partir de la investigación cualitativa con un enfoque dialéctico, hermenéutico, etnográfico, con una aproximación al Investigación Acción Participante.

Seguidamente se realiza un análisis e interpretación de los hechos encontrados, se hacen algunas conclusiones, para finalmente plantear propuestas y estrategias de intervención a partir de la psicología social comunitaria.

1. PROBLEMA DE INTERVENCIÓN-INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El Municipio de Barbosa no ha sido ajeno a la difícil situación que atraviesa el país actualmente, en el ámbito económico, político, social, problemática que se ve reflejada en las diversas relaciones de sus habitantes, dando cuenta de su salud mental. El problema ha involucrado el tejido social de la localidad, y con ello a un grupo poblacional de gran importancia dentro de ella, como son las Madres Comunitarias, dado que éstas están al cuidado de los niños, quienes representan el futuro del municipio.

En Colombia, al igual que en otros países latinoamericanos, se ha venido incluyendo en los Planes de desarrollo la puesta en marcha de programas que movilicen a la comunidad en un proceso de autotransformación, en función de la satisfacción de sus necesidades. En éstos, el Estado delega sus responsabilidades en los grupos, la familia, y más específicamente en las mujeres.

Aproximadamente desde la década de los 80, el Estado Colombiano, a través de sus políticas sociales, viene mostrando su interés en la mujer, considerando que está posibilitada por naturaleza, para ejercer funciones que van desde el cuidado exclusivo de la familia, incluyendo a los ancianos, hasta cubrir servicios de salud y educación entre otros.

Prácticas como participación comunitaria, atención integral a la familia, solo aparecen en los planes de desarrollo de 1983. En 1993 comienzan a concretarse con la presentación del primer documento de la Consejería para la mujer, la juventud y la familia, en el cual se proponen algunas acciones -a partir de un diagnóstico de la condición de la mujer-, que subsanen las desigualdades identificadas¹.

Aunque existe la necesidad de presentar una política clara, consistente y viable, en términos generales resulta engañosa, pues desde que se conformó el grupo de Madres Comunitarias en el Municipio de Barbosa, se han presentado diferentes

¹ CARDONA OROZCO, Sonia Lucia. Investigación Cualitativa con Madres Comunitarias como mujer trabajadora desde la perspectiva de género. Tesis de la Universidad de Antioquia. p. 19.

situaciones y dificultades, una de ellas es la restricción de la satisfacción de sus necesidades básicas: Alimentación, salud, vivienda, educación, servicios básicos, entre otros, y necesidades humanas: Amor, libertad, identidad, liderazgo, afecto, autonomía, autoestima, etc. Lo que incide en sus condiciones de vida. Tal situación puede afectar la salud mental de dichas madres, reflejada en comportamientos como: “Expresiones, reacciones y emociones inadecuadas, trastornos depresivos y de estrés”², lo que a su vez puede estar relacionado con la comunicación, las relaciones interpersonales y la forma de manejar los diferentes problemas que se les presentan en su vida cotidiana, dado que es común dentro de este grupo poblacional, las crisis y los conflictos personales e interpersonales, creando así una influencia heterónoma que no les permite actuar por sí mismas, ni hallar soluciones adecuadas ante las dificultades. Así mismo, se evidencia la falta de sentido de pertenencia al grupo, lo que inmoviliza los niveles de cooperación, integración y participación, limitando el desarrollo de potencialidades requeridas en su papel de servicio social.

Es por ello que esta intervención-investigación apunta a definir, -a partir de un análisis cualitativo con las Madres Comunitarias- cuales son los posibles factores psicosociales que afectan la salud mental de estas, y que les impide desempeñar satisfactoriamente su rol.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La última década del siglo XX y los inicios del siglo XXI se caracterizan por la notable influencia de la violencia psicológica y los estragos causados en la salud emocional y en el disfrute de un ambiente sano y saludable en la sociedad, la comunidad, la familia, en los lugares de estudio y de trabajo. Ha sido y sigue siendo un período intensamente violento, ya no sólo la violencia física producida por ataques a las personas, maltratos de obra, incluso hasta el asesinato, sino también desde el punto de vista psicológico, con causas variadas como son las adicciones (alcoholismo, drogadicción, etc.) que ha demandado la atención de los legisladores, los investigadores, los tribunales y los propios afectados y sus representantes a fin de precisar las causas que motivan estos hechos y recabar la solución de los conflictos que se presentan.

Teniendo en cuenta que cada uno de los elementos tales como la comunicación sana, el sentido de pertenencia, la autonomía, la creatividad, etc., tienen influencia

² Información recogida durante reuniones realizadas con las Madres Comunitarias del municipio de Barbosa.

en los sujetos que los viven, surgen algunos interrogantes que guían éste trabajo tales como:

- ¿Cuál es la representación social que tienen las Madres Comunitarias del sector sobre el concepto Salud-enfermedad?
- ¿Cómo se da la interacción entre las representaciones que tienen Las madres comunitarias del concepto Salud-enfermedad, con los discursos y prácticas que poseen las personas que dirigen, controlan y administran el programa de Hogares Comunitarios?
- ¿Cuál es la representación social que tienen las Madres Comunitarias con el trabajo comunitario?
- ¿Cuál es el papel del ICBF en el desarrollo del programa?
- ¿Cuáles son las representaciones sociales de la comunidad sobre el rol que desempeña la Madre Comunitaria?
- ¿El trabajo realizado por la Madre Comunitaria les permite transformar sus condiciones de vida?
- ¿Qué implica para la Madre Comunitaria desempeñarse en un trabajo solidario?
- ¿Que les impide tener seguridad y ser asertivas en el momento de comunicarse entre ellas y con los demás?
- ¿Qué situaciones se viven al interior de esa comunidad que no les permite tener sentido de pertenencia y crecer como grupo, a pesar de tener muchos años de estar funcionando como Madres Comunitarias?
- ¿Hasta dónde las Madres Comunitarias tienen sus necesidades básicas y humanas satisfechas y cómo incide este hecho en su salud mental?
- ¿Cuáles son los posibles factores psicosociales que afectan su salud mental?

1.3 JUSTIFICACIÓN

“En la administración de Virgilio Barco Vargas, se propuso un programa de carácter integral, que a la par con el desarrollo comunitario, el mejoramiento de las relaciones familiares, y el cuidado de los niños, ofreciera algunos beneficios económicos”³. Estos permiten subsanar medianamente las grandes dificultades que cotidianamente se presentan. El nuevo modelo de desarrollo que plantea un cambio en las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, han determinado la importancia de la participación femenina en el mercado laboral y muy especialmente en la cobertura y apoyo de las políticas de bienestar social. Sin embargo, a pesar de haber cubierto una necesidad básica, la atención a la

³ CARDONA, Op. cit.

infancia, el programa no está acompañado de políticas que mejoren las condiciones psicosociales de la población femenina.

Dado que las Madres Comunitarias necesitan beneficios que les permita desarrollarse como seres sociales, esta intervención-investigación tiene como propósito la identificación de los posibles factores psicosociales que influyen en la salud mental de las Madres Comunitarias del Municipio de Barbosa, y posteriormente, se propone crear estrategias desde la Psicología Social Comunitaria para intervenirlos sustancialmente, enmarcándolos en el campo temático de la salud comunitaria, ya que esto permite la comprensión de la salud desde la perspectiva de las representaciones sociales, lo comunitario y la relación entre diversos actores sociales.

Se eligió el grupo de Madres Comunitarias del Municipio de Barbosa para realizar esta intervención-investigación, por el papel que desempeñan, dado que tienen bajo su responsabilidad un grupo de gran valor para el futuro del Municipio, como es la población infantil de cero a siete años de edad, rango que se ha considerado como etapa fundamental en la estructuración y desarrollo de la persona, lo que requiere particular atención.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la salud mental de las Madres Comunitarias y qué estrategias desde la Psicología Social Comunitaria se pueden proponer para intervenirlos?

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Identificar los factores psicosociales que influyen en la salud mental de las Madres Comunitarias del municipio de Barbosa, y construir estrategias desde la Psicología Social Comunitaria para intervenirlos.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conocer la historia personal de las Madres Comunitarias del Municipio de Barbosa. por medio de entrevistas individuales, visitas domiciliarias y encuentros participativos.
- Averiguar por medio de conversatorios, grupos de discusión y otros medios, cuál es la representación social que tienen las Madres Comunitarias sobre salud mental.
- Identificar cuáles son las situaciones y factores psicosociales a nivel laboral que influyen en la salud mental de las Madres Comunitarias, mediante encuestas, conversatorios, visitas domiciliarias.
- Propiciar por medio de conversatorios, espacios de socialización, en los cuales las Madres Comunitarias manifiesten sus dificultades y fortalezas en su labor cotidiana.
- Realización de procesos de formación-capacitación permanente, para cualificar su acción en el Hogar comunitario.
- Ejecutar talleres lúdicos en algunos Hogares Comunitarios que les permita a las Madres Comunitarias, visualizar el desarrollo de actividades pedagógicas relacionadas con su quehacer cotidiano.

- Generar y/o fortalecer en las Madres Comunitarias conciencia social, sentido de pertenencia al grupo; mediante talleres desarrollados por medio de los pasos de la toma de conciencia.
- Elaborar propuesta de intervención en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, orientada a fortalecer las condiciones de vida saludable, por medio de seminario- talleres, conferencias.
- Sensibilizar mediante charlas y conferencias al colectivo de las madres para que articulen una organización que vele permanentemente por sus condiciones de trabajo, así como por el mejoramiento de su desempeño, en relación con el fortalecimiento de capacitaciones temáticas que contribuyan con éste objetivo.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social y de contribuir con ello de modo constructivo.

La preocupación por las enfermedades mentales ha existido siempre en mayor o menor medida, pero el desarrollo de tratamientos médicos data de mediados del siglo XVIII, cuando eminentes reformistas, como el médico francés Phillipe Pinel y el estadounidense Benjamín Rusht, introdujeron este tipo de tratamientos, como alternativos a los tratos inhumanos que hasta entonces habían prevalecido. A pesar de estas reformas, la mayoría de estos enfermos continuaron en cárceles y asilos, incluso en el siglo XIX.

Según estimaciones publicadas en octubre de 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional.

En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social

En un estudio psiquiátrico reciente se plantea que los trastornos de salud mental muchas veces se inician en edades que interfieren en la educación y el empleo, dañando por completo un futuro, por lo demás, feliz y productivo. En el peor de los casos, se asocian a problemáticas actuales como el suicidio, cuyas cifras ascendieron en el año 2000 a un millón alrededor del mundo, según datos de la OMS. Se señala, sin

embargo que con frecuencia hasta 50% de estos trastornos pasan inadvertidos para el diagnóstico en la atención primaria (APS), y esto trae consigo un peor pronóstico para el paciente⁴.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud en el mundo durante el año 2001, se afirma que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de enfermedad. Sin embargo, el presupuesto para la salud mental en la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud, situación de la cual no se escapa nuestro país donde la atención de la enfermedad mental se descarga en unas pocas instituciones públicas mal financiadas y a las que el Estado les sigue recortando recursos y pidiendo mayor eficiencia en la prestación de sus servicios⁵.

Los últimos informes entregados por los organismos internacionales y nacionales en lo referente a la salud mental de los colombianos es preocupante. Resultados del último Estudio Nacional de Salud Mental realizado por la Fundación FES, patrocinado por la Organización Mundial de la Salud y validado por la Universidad de Harvard, no han promovido el interés ni despertado la necesidad de realizar ajustes en nuestro sistema de salud, para que la atención en salud mental de los colombianos tenga la importancia que el tema merece.

Se estima que Colombia está entre los 26 primeros países que, según la Organización Mundial de la Salud, posee mayores problemas en salud mental. En efecto, el estudio demuestra que 4 de cada 10 colombianos han presentado un trastorno mental alguna vez en la vida, esto es el 40% de nuestra población frente al 25% que se estima a nivel mundial. Adicional a esta circunstancia, sólo uno de cada 10 colombianos recibe atención como consecuencia de su trastorno mental⁶.

Según cifras arrojadas por un Estudio Nacional de Salud Mental realizado en 1993, la enfermedad mental en Colombia es de 133.6 %, donde la depresión representa el 11.9% del total de las enfermedades, siendo más frecuente en la población mayor y entre las mujeres. Lo anterior a llevado a que el estado conciente e inquieto por esta problemática que afecta a la población colombiana, establezca estrategias de acción orientadas a atender este flagelo; lo que ha

⁴ MICROSOFT CORPORATION ENCARTA 2003.

⁵ ZAPATA VANEGAS, Mario Alberto. <http://google.com> CARISMA Colombia enferma. <http://google.com>.

⁶ Ibid., [http:// google.com](http://google.com).

llevado a que el programa Nacional de Salud, tenga en cuenta el tema de salud mental para los años 2002-2006, en el que se plantea una línea de acción a una meta de cuatro años.

El departamento de Antioquia, al igual que el resto del país, reporta un alto porcentaje de población con alteraciones mentales; lo que ha desencadenado un número considerable de suicidios, incremento de consumo de drogas y fármacos. Es por esta razón que el gobierno departamental, interesado en atender esta problemática, adelanta acciones en los diferentes municipios. Algunas estrategias están orientadas a la educación como medio de promocionar la salud mental y prevenir los problemas en este aspecto.

Los canales comunitarios de los municipios antioqueños, ahora cuentan con una valiosa herramienta educativa para promocionar la salud mental y prevenir la farmacodependencia entre sus comunidades. Este es llevado a cabo a través del programa "una ventana a la vida", desde hace ocho años, mediante los canales locales de televisión de los municipios y en instituciones educativas del departamento, gracias a la realización de veinticuatro alianzas entre la Empresa Social del Estado Carisma, el Comité Departamental de Prevención en Drogas con igual número de canales o antenas parabólicas y Tele Antioquia. Para el 2005, la meta es llegar hasta treinta y cinco alianzas.

El municipio de Barbosa, no ha sido ajeno a la problemática que aqueja al país y al departamento en el tema de salud mental, esto ha llevado a que se avance en este aspecto con acciones orientadas a atender este flagelo. Se ha convertido en un reto para la administración municipal de este periodo, avanzar hacia un desarrollo integral que considere los aspectos humanos del ser.

Con el ánimo de atender la problemática que afecta la población de este municipio, el gobierno local ha gestionado apoyo departamental.

Es por esta razón que la ESE Carisma hace presencia en el municipio desde el año 2001 realizando cuatro encuentros con los cuales se ha avanzado enormemente en materia de Salud Mental. Ha realizado además capacitaciones a grupos vinculados al área de la salud. Ha realizado actividades como planes de trabajo y la conformación del equipo básico y el equipo satélite de Salud Mental. Además ha proporcionado al Municipio material educativo sobre problemáticas que afectan la Salud Mental, como tabaquismo, drogadicción y alcoholismo⁷.

⁷ ESTUDIO DE SALUD MENTAL MUNICIPIO DE BARBOSA 2004. p. 45.

En el año 2003, a nivel de la Administración Municipal se han realizado acciones enmarcadas dentro del Consejo Municipal para la política social COMPOS, como el ente articulador de los actores del sistema de Bienestar Familiar en el Municipio de Barbosa, tales como: Proyecto de Promoción de la comunicación familiar; Proyecto de Educación Sexual para la vida y el amor; Jornada de Prevención del Abuso Sexual; Talleres con comunidades sobre la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato al Menor y la Promoción de los servicios de atención; programas radiales en temas de salud y violencia Intrafamiliar; Diagnostico de la situación de garantía y vulneración de derechos de los niños y las niñas en la zona urbana del municipio⁸.

En el Municipio se ha tenido en cuenta el tema de Salud Mental como un componente prioritario del Plan de Atención Básica, por tal razón se ha creado el programa de Salud Mental. Con este se pretende reafirmar el papel de la Administración Municipal frente a la prevención de las problemáticas de Salud Mental, por tal razón se establece como política la promoción de prácticas saludables que beneficien la comunidad Barboseña.

En el año 2004 se llevó a cabo un estudio sobre Salud Mental en el Municipio. Con este se pretendía “saber que y como se han desarrollado los programas de salud Mental en el Municipio del 2003 al 2004, con el fin de planificar y ejecutar nuevas acciones para el año 2005 y de esta manera promocionar la salud metal de la población Barboseña”⁹, y se puso en marcha el proyecto “jóvenes en equipo contra las drogas”. “El desarrollo de este proyecto es un avance importante en tanto que permite que se le entreguen a los jóvenes líderes herramientas pedagógicas para formarlos como lideres multiplicadores y de esta manera llegar a más población, con reflexiones e información sobre la problemática de tabaquismo y el consumo de sustancias psicoactivas, buscando la reducción en el consumo de la misma”¹⁰.

3.2 MARCO HISTÓRICO SITUACIONAL

El Municipio de Barbosa (Ant.) fue fundado en 1.795 y erigido municipio en 1.812, la cabecera está situada en la margen derecha del río Medellín.

⁸ Ibid., p. 23.

⁹ Ibid., p. 27.

¹⁰ Ibid., p. 28.

El municipio de Barbosa se encuentra ubicado a una distancia de 39 kilómetros del Municipio de Medellín, más concretamente, en el norte del área metropolitana del Valle de Aburra, su extensión es de 206 kilómetros cuadrados, cuenta con 61 veredas y 3 corregimientos, su altura es de 1300 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 22º, y una población aproximada de 39.000 habitantes, de este total se encuentran ubicados en la zona urbana 15.000.

La zona urbana tiene un perímetro de 2.6 kilómetros cuadrados. Ubicada al margen derecho del río Medellín cuenta con 15 barrios. Ésta zona ha tenido un acelerado crecimiento demográfico, dado el alto nivel de migración campesina. Lo justifica desde la falta de políticas agrarias que garanticen condiciones de vida adecuada para la población campesina, con mejores niveles de producción otro elemento que ha influido es el desarrollo de programas de vivienda urbana articulado al incipiente proceso de industrialización, que trajo consigo la llegada de personas de otros municipios. El crecimiento poblacional no ha sido equilibrado con el desarrollo físico urbano del municipio, generando graves problemas urbanísticos.

Su vocación económica ha sido agrícola, sin embargo por los recursos hidrológicos con que cuenta, clima y paisajes se ha creado en el curso de los años una vocación recreativa. Esto ha generado la expulsión de campesinos de las zonas más aptas para la agricultura, las que han sido ocupadas con grandes parcelaciones que acaban con las fuentes de empleo rural.

En el plan de desarrollo 1998-2000, por ser una propuesta con mayor nivel de estructuración desde la misma planeación, presenta un esquema de Misión, Visión y principios, cuya Misión considera que Barbosa para el 2015, será un municipio líder en el Área Metropolitana en el desarrollo agroindustrial y turístico, bajo los principios de la planeación, la integridad y la sostenibilidad para la convivencia ciudadana.

De la superficie total que comprende el valle de aburra, 1152 kilómetros cuadrados, Barbosa ocupa el 17.8%, constituyéndose en el segundo municipio más grande después de Medellín.

El grupo de Madres Comunitarias del Municipio de Barbosa, se encuentra ubicado en el área urbana y rural, sus lugares de trabajo son sus propios hogares, razón por la cual se encuentran dispersas en diferentes sectores.

En el año 1989 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, decide crear en el municipio de Barbosa el programa de Hogares Comunitarios a raíz de la necesidad existente de brindar protección y bienestar a la gran demanda de niños que no podían asistir a instituciones que les proporcionara dichos recursos.

Es así como en dicho municipio comienzan a funcionar tres asociaciones con 25 Hogares Comunitarios cada uno, los cuales atendían de 13 a 15 niños cada uno, de las cuales actualmente están funcionando dos: la asociación de Platanito y la asociación de los caminantes.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

3.3.1 Programa de hogares comunitarios.

- **Definición.** Los Hogares Comunitarios de Bienestar, son el resultado del esfuerzo conjunto del Estado y la comunidad, orientado a propiciar el desarrollo físico y psicosocial de los niños menores de siete años pertenecientes a sectores de pobreza. Busca estimular y apoyar el proceso de socialización y el mejoramiento de las condiciones de vida de estos niños, mediante los aportes canalizados para el efecto por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entidad de carácter gubernamental¹¹.

En los Hogares Comunitarios y en las Casas Vecinales la atención de los menores se desarrolla en el lugar de residencia de cada Madre Comunitaria o en un centro comunal atendido por ellas, que a cambio de su “servicio social” o de su “trabajo solidario”, como reiteradamente lo denominan los documentos públicos que organizan los programas, recibe del ICBF o del DABS una bonificación o beca por cada niño atendido, que en general no alcanza a ser igual a un salario mínimo mensual (\$286.000 U\$143). El ICBF y el DABS entregan los elementos mínimos para el desarrollo de los programas, por ejemplo, un menaje de cocina, una dotación en mercados para fines de nutrición de los menores, apoya algunas inversiones en mejoras locativas en la casa de la mujer voluntaria con el fin de habilitar espacios “adecuados” para el cuidado de los niños y ofrece una capacitación básica obligatoria para la voluntaria que desea ingresar al programa, siendo éstas las únicas responsabilidades que tales

¹¹ I.C.B.F programa social de Colombia. Lineamientos técnicos proyecto: Hogares de Bienestar. Bogotá, 1987.

entidades oficiales reconocen tener con las mujeres que soportan la ejecución de los programas oficiales a que hacemos alusión¹².

Por primera vez que se planteaba en el país el establecimiento de un servicio masivo no formal para atender a los niños. Comenzó así un cambio radical en la concepción de la atención al menor en Colombia que se basó en los siguientes elementos estratégicos:

- Apoyarse en la organización y participación comunitaria, para mejorar la vida diaria de la población y mejorar la relación entre adultos y niños.
- Motivar la participación de los padres en el programa con miras a favorecer su propio desarrollo.
- Buscar la coordinación con organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Introducir la capacitación, asesoría y seguimiento permanentes.

Estas estrategias buscaban además: La optimización de los recursos para lograr mayores coberturas a menores costos; Una mayor y más profunda permanencia de los efectos al extender la educación a los padres y a la comunidad; La transformación del medio social circundante en favor de la infancia.

• **Antecedentes.** Estimativos del Departamento Nacional de Planeación sitúan el 42 por ciento de la población (2.438.755 niños) como pobres y el 23.6 por ciento de estos (1.347.884 niños) en condiciones de miseria, lo que significa un alto riesgo para la salud, estado nutricional y adecuado desarrollo psicosocial de esta población: “carencias nutricionales; deficiencias en salud; falta de acceso a servicios básicos de salud, educación y seguridad social; el hacinamiento y las limitaciones en la vivienda; la carencia de canales de participación comunitaria. Entre otra”¹³.

Dadas las condiciones de deterioro que presentaba la población colombiana y especialmente los niños, los gobiernos toman la iniciativa de crear programas que permitieran atender la población mas vulnerable como son los niños, es esto lo que motiva la creación de los Hogares Infantiles, el cual llegó a su agotamiento institucional en 1987. “Es

¹² RAMÍREZ, María Eugenia. Hacia la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales de las educadoras comunitarias. Programa Derechos Humanos ILSA. <http://google.com>

¹³ POBREZA Y DESARROLLO EN COLOMBIA, UNICEF, DNP, ICBF, 1988.

entonces cuando, dentro del marco del Programa de Erradicación de la Pobreza Absoluta que buscaba integrar el crecimiento económico, el desarrollo social y estabilidad macroeconómica y respondiendo a la preocupación por la baja cobertura de la atención al menor en los citados Hogares, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF creó los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar, basados en la experiencia adquirida en la modalidad de atención al menor entre 2 y 7 años de edad, proporcionada por madres o personas de la comunidad. El número de Hogares Comunitarios aumentó y la cobertura de atención de los niños también creció en términos proporcionales¹⁴.

“Para superar las limitaciones que presentaban los hogares infantiles, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) inició en 1987 el programa no convencional de los Hogares Comunitarios de Bienestar, como parte de la política del gobierno del presidente Virgilio Barco, entre los años 1986 y 1990 que definió como uno de los programas específicos el Bienestar y Seguridad Social”¹⁵.

• **Bases legales.** Las bases legales que soporta la atención integral de los menores está dada en la Ley 89 de 1988 que crea los Hogares Comunitarios, el Decreto 2737 de 1989 ó Código del Menor, la Ley 12 de 1991 que aprueba la Convención de Derechos de la Niñez, el Acuerdo 00005 de 1991 y la Resolución 0680 del mismo año que crea la modalidad de atención a menores de 2 años y la Constitución Colombiana de 1991.

“El régimen jurídico de los programas de Hogares Comunitarios del ICBF está representado por la Ley 89 de 1988, por el Decreto 1340 de 1995 y el Acuerdo 021 de 1996 del ICBF que lo desarrolla y unos “Contratos de Aporte” que firma este Instituto con las Asociaciones de Padres de los niños inscritos a los Hogares (contratos previstos por la Ley 89 de 1988)”¹⁶.

• **ICBF.** “EL Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, es un establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Salud. Fue creado por la Ley 75 de 1968 y reglamentado por el Decreto 398 de 1969, unificado así en una sola organización las entidades estatales responsables de los asuntos de la familia y la niñez en las áreas de asistencia legal, social y nutricional”.

¹⁴ EDUCACIÓN INICIAL MODALIDADES NO ESCOLARIZADAS. Organización de Estados iberoamericanos. <http://www.oei.es/linea3/inicial/colombiane.htm#1>

¹⁵ Ibíd. <http://www.oei.es/linea3/inicial/colombiane.htm#1>

¹⁶ RAMÍREZ, Op. cit., [http:// google.com](http://google.com).

“El I.C.B.F como entidad promotora, orientadora, asesora y evaluadora, selecciona el área geográfica donde se organizan los Hogares Comunitarios de Bienestar; orienta el auto-diagnóstico comunitario y asesora a la comunidad en la conformación de las Asociaciones de Padres. Le compete además determinar las normas técnicas y procedimientos para la agrupación y funcionamiento del programa”¹⁷.

Es así como el ICBF brinda protección al menor y vela por el mejoramiento, la estabilidad y el bienestar de las familias Colombianas.

• **Modalidad FAMI.** Dado que los hogares comunitarios también tienen la modalidad FAMI se hará una breve anotación sobre ellos.

“El Programa Hogares FAMI se enmarca dentro de las políticas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de cumplimiento de los Derechos de la Niñez con el fortalecimiento, integración y desarrollo de la familia. El Sistema Nacional de Bienestar hace la focalización de la población prioritaria de atención y racionalización y gestión de los recursos”¹⁸.

FAMI se inspira en el Programa de Hogares Comunitarios para integrar la acción conjunta del Estado, la comunidad y la familia en promover el desarrollo integral y una mejor calidad de vida de la niñez, la mujer gestante, el lactante, la familia y la comunidad. Sus acciones preventivas buscan mejorar las condiciones de salud, nutrición, socialización y afecto. La población objetivo del Programa FAMI en el cuatrienio 1991-1994 la constituyen 347.071 menores de 2 años, 280.856 gestantes y lactantes, de las zonas urbanas y rurales principalmente de municipios pobres¹⁹.

• **Asociación de padres de hogares comunitarios.** La junta de Asociación de Padres de Hogares Comunitarios de Bienestar, se conforma por los padres de los menores beneficiarios del programa o las personas que se responsabilizan de los niños (abuelos, tíos y hermanos) y las Madres Comunitarias. “Dicha asociación agrupará un número de Hogares de Bienestar que oscile entre los 15 y los 25, sin en ningún momento exceda los 25 hogares”²⁰. El objeto de la Asociación es administrar el funcionamiento de los Hogares Comunitarios cumpliendo los

¹⁷ DECRETO 2919 DE 1989 <http://google.com>.

¹⁸ EDUCACIÓN INICIAL, Op. cit. :/www.oei.es/linea3/inicial/colombiane.htm#1.

¹⁹ Ibíd. :/www.oei.es/linea3/inicial/colombiane.htm#1.

²⁰ ESTATUTOS DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR, capítulo II, artículo 5.

estatutos estipulados por el ICBF. “la financiación de los Hogares Comunitarios proviene de las empresas públicas y privadas que por mandato de la ley 89 de 1988 deben transferir al ICBF el 3% de sus nóminas, el cual a su vez, destina para este programa una suma equivalente al 50% de su presupuesto (año 1990)²¹.

“El diseño administrativo del programa le ha otorgado a la comunidad la facultad de manejar y controlar dicho programa, de esta forma las Asociaciones de Padres Usuarios son la entidad jurídica que administra los Hogares Comunitarios”²².

Las Asociaciones de Padres se integran por los padres o personas bajo cuya responsabilidad se encuentren los niños beneficiarios del programa y por quienes solidariamente quieran participar como madres comunitarias. Las asociaciones en asamblea eligen las Juntas Directivas, encargadas de la administración y control de los recursos, mediante el trabajo solidario de quienes la integren y pueden conformar los comités que consideren necesarios para la buena marcha de los hogares²³.

- **La madre comunitaria.**

Descripción: los Hogares Comunitarios funcionan bajo el cuidado de una Madre Comunitaria, persona de la comunidad, quien luego de un previo proceso de formación para el desarrollo de su trabajo es escogida por la asociación de padres del programa. Dicha Madre Comunitaria atiende en su casa 13 niños menores de 7 años durante 5 días a la semana para brindarles protección, cariño, alimentación y actividades pedagógicas que les ayuden a crecer sanos, ser felices y compartir con los demás.

La vinculación de las madres comunitarias, así como la de las demás personas y organismos de la comunidad, que participen en el programa de "Hogares de Bienestar", mediante su trabajo solidario, constituye la contribución voluntaria de los miembros de la comunidad al desarrollo de este programa y por consiguiente, dicha vinculación no implica relación laboral con las asociaciones, que para el efecto se organicen, ni con las entidades públicas que participen en el mismo²⁴.

²¹ CARDONA, Op. cit., p. 31.

²² ACUERDO 2019 DE 1989, artículos segundo y tercero.

²³ Decreto 2919, Op. cit. [http:// google.com](http://google.com).

²⁴ Ibid. . <http:// google.com>.

Funciones: como La modalidad de Hogares comunitarios de bienestar es un conjunto de acciones del Estado y de la comunidad, encaminado a propiciar el desarrollo psicosocial, moral y físico de los niños menores de seis años, pertenecientes a los sectores de extrema pobreza, mediante el estímulo y apoyo a su proceso de socialización y el mejoramiento de la nutrición y de las condiciones de vida, además que está dirigido a fortalecer la responsabilidad de los padres, en la formación y cuidado de sus hijos, con su trabajo solidario y el de la comunidad en general, el papel de la Madre Comunitaria entre otras cosas consiste en:

- Vigilancia del estado nutricional de los menores.
- Fomento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Promoción de la inscripción de los niños en los programas de crecimiento y desarrollo de los organismos de salud.
- Fomento de la higiene del niño para prevenir enfermedades infectocontagiosas.
- Fomento de la vacunación completa.
- Suministro de sales de rehidratación oral, para prevenir la deshidratación que puede producir la enfermedad diarreica aguda.
- Promoción del uso de otros servicios de salud a los cuales tiene derecho el niño.
- Coordinación entre los organismos de salud y el hogar comunitario para el desarrollo de acciones específicas requeridas por el niño(a).
- Identificación oportuna de la enfermedad diarreica aguda.
- Realización de actividades pedagógicas que posibiliten las relaciones del niño consigo mismo, con los demás y con el mundo que lo rodea.
- Vigilancia del desarrollo infantil a través de la aplicación de la escala de valoración cualitativa del desarrollo.
- Promoción y desarrollo de procesos educativos tendientes al fortalecimiento de las relaciones con los niños, la familia y la comunidad.
- Formación a través de la vinculación a las Escuelas para las familias.
- Promoción para la vinculación de las familias a los servicios de salud.
- Promoción para que todos los niños obtengan el Registro Civil de nacimiento²⁵.

Remuneración: es de tener en cuenta que el trabajo de la Madre Comunitaria es considerado como voluntario, ya que el ICBF no tiene relación contractual formal con ellas es por ellos, que en el momento de su vinculación al programa se hace acreedora a una beca integral por su trabajo solidario, en ese sentido el ICBF

²⁵ LAVEGLIA BOTANA, María Fernanda. "Trabajo y salud mental, desafío en los tiempos actuales" <http://google.com>.

queda exento de pagar las prestaciones sociales legales a las que tiene derecho cualquier trabajador Colombiano, tales como, derecho a garantías legales como cesantías, primas por cesantías, ni vacaciones remuneradas

La beca corresponde a un promedio de 21 días laborados por mes, por tanto no se tienen en cuenta los domingos, ni los festivos, la cual se designa, no solo para el aporte para la Madre Comunitaria, sino que además, se debe sacar de ahí para “el aseo y combustible, raciones, materiales didácticos y servicios públicos”²⁶.

Otro ingreso que reciben las Madres Comunitarias son las cuotas de participación que pagan los padres usuarios por el cuidado de los niños. Esta cuota corresponde actualmente a \$8000 mensuales por cada niño, pero no todos los padres pagan ese aporte.

Seguridad social: para acceder a la seguridad social, el Instituto de Seguros Sociales ha permitido la vinculación de las Madres Comunitarias como trabajadoras independientes. Esta seguridad social cubre enfermedad general y maternidad y cada madre debe hacer el aporte total de este rubro al ISS.

Ley 509²⁷ de 1999 (julio 30) Diario Oficial No. 43.653, de 3 de agosto de 1999, disponen unos beneficios en favor de las Madres Comunitarias en materia de Seguridad Social y se otorga un Subsidio Pensional. En la cual se decreta en el artículo 1º que en virtud de la presente ley, las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se harán acreedoras a título personal a las mismas prestaciones asistenciales y económicas de que gozan los afiliados del régimen contributivo previsto por la Ley 100 de 1993. Los miembros de este grupo familiar tendrán derecho a la prestación del servicio de salud, como afiliados prioritarios del régimen subsidiado. En el Parágrafo 1o. plantea que las prestaciones económicas a que se refiere el presente artículo, se liquidarán con base en las sumas que efectivamente reciban las Madres Comunitarias por concepto de la bonificación prevista por los reglamentos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En el Parágrafo 2º. Dice que las Madres Comunitarias que se encuentren disfrutando de los beneficios del régimen contributivo no podrán en ningún caso acceder a los beneficios de este régimen especial, para evitar la doble afiliación al SGSS. Estas Madres Comunitarias serán registradas como afiliadas cotizantes y sus aportes estarán representados por el valor de la UPC del régimen contributivo.

²⁶ ACUERDO 0021 de noviembre. 14 de 1989.

²⁷ LEY 509 DE 1999 (julio 30) Diario Oficial No. 43.653, de 3 de agosto de 1999.

Educación: en ninguno de los lineamientos técnicos del programa Hogares Comunitarios²⁸ se encuentra estipulado el grado de escolaridad para que una mujer pueda ser Madre Comunitaria, sólo necesita cumplir con requisitos Básicos estipulados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), los son: deseo de participar en el programa y consenso familiar para asumir el compromiso de la Madre Comunitaria; ser residente del sector y aceptado por los pobladores; ser aceptado por los niños; tener capacidad para establecer buenas relaciones y motivar la participación de los pobladores; tener tiempo disponible para el trabajo con los niños; tener aptitud de trabajo con los niños; gozar de buen estado de salud, para garantizar la salud de los niños: tener una vivienda adecuada para la atención de los niños o comprometerse a mejorar las condiciones de su vivienda mediante el préstamo que proporciona el ICBF; aceptar la beca de los niños como reconocimiento a su trabajo.

3.3.2 Concepto de salud. La elaboración conceptual de la salud y la enfermedad ha sido eje de discusión en el área de las ciencias de la salud. En el intento por construir una teoría explicativa se hace necesario recurrir a la historia, que es la que nos da el legado que permite entender el presente y hacer propuestas para el futuro. Es preciso reflexionar también sobre algunas cuestiones que afectan a todo hombre y que son las que determinan su accionar frente a su cuerpo, a su salud y a sus prácticas sociales.

Se entiende que la salud consiste en un estado de equilibrio entre el medio interno y externo del individuo, estado que tiene en cuenta tanto las diferencias genéticas como las diferentes condiciones de vida de cada individuo y grupo.

A lo largo de la historia encontramos multitud de definiciones, que generalmente obedecen a las características propias de cada momento histórico. Es a partir de 1956, cuando la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1956) define el concepto de salud aún vigente como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad".

Esta definición de la O.M.S, supuso un avance en su época al romper, por un lado, con los conceptos biologicistas de la medicina tradicional, y al integrar, por otro, los aspectos físicos, psíquicos, y sociales en el concepto de la salud en un plano de igualdad. Sin bien ello no se ha reflejado de igual manera de las estrategias de salud diseñadas para diferentes países por este organismo, ya que no siempre se han tenido en cuenta las situaciones socio-políticas, las características demográficas,

²⁸ PROGRAMA SOCIAL DE COLOMBIA. Lineamientos Técnicos Proyecto: Hogares de Bienestar, 1987.

etc. Especificas de cada uno de ellos. Aspectos que de no ser incorporados a la definición de dichas estrategias restan credibilidad a las mismas²⁹.

Esta definición de salud incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados. El factor social es además un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social. En esta época, la prevención de las enfermedades, la curación y la rehabilitación se convierten en las actividades más idóneas para proporcionar salud a los ciudadanos.

Así el concepto de salud y de enfermedad, como parte del hombre, ha estado inmerso en el contexto de la sociedad y por tanto como está modelado por la ciencia moderna. En su libro "El Estado Oculto de la enfermedad", Gadamer (1996:119-121), nos recuerda como en las primeras etapas de la vida "de pronto se nos declaraba enfermos" y con la supervisión de los padres debíamos permanecer acostados. Lo que dice Gadamer, estas son experiencias, que van dejando en claro que "lo extraño no es la enfermedad, como el milagro de la salud".

Desde la mirada histórico-cultural, uno de los temas más antiguos en la vida del hombre lo constituye la cuestión de que cada uno debe llevar su propia vida y debe preguntarse "cómo hacerlo". Y esto no ocurre sólo con el hombre marcado por la ciencia. También está allí donde el cuidado de la salud está regido por ritos religiosos, dominados por ciertas figuras y grupos sociales importantes como por ejemplo brujos y curanderos. En todas partes está la pregunta: "La experiencia acumulada no se habrá ido condensando lentamente en el desarrollo de prácticas que deben de haberse aplicado desde tiempos remotos y que mantienen su validez, aunque se desconozcan los motivos de su eficacia?" (Gadamer, 1996:120).

Emilio Quevedo hace un análisis crítico de los conceptos contemporáneos que sobre salud y enfermedad han manejado la ciencia y la práctica médica y de sus relaciones histórico-epistemológicas con las estructuras metodológicas y conceptuales adoptadas por la medicina desde los comienzos de la modernidad; dice: "En nuestra opinión, dichas estructuras metodológico-conceptuales, continúan perviviendo en las concepciones actuales. (Quevedo, 1992:21-76).

²⁹ BARAÑANO Margarita, Mujer, Trabajo, Salud. Editorial Trotta p.52.

En el recorrido del concepto de la salud y la enfermedad Quevedo propone el proceso de surgimiento de los conceptos bajo la mirada de los paradigmas antiguo y moderno, lo que se plantea es el camino que ha seguido la construcción del concepto desde la mirada científica o académica, siendo el eje del quehacer médico y de la construcción del conocimiento médico dominante en nuestra sociedad y que, en nuestra mirada, se contraponen muchas veces con el saber construido desde lo popular.

3.3.3 Concepto de salud mental. El concepto de salud mental se ha visto enfrentado a la dificultad de su delimitación. Sin embargo se ha reconocido la importancia de hacer un marco conceptual que oriente el desarrollo de una política nacional integral y coherente. La definición de salud mental no debe en ningún momento separarse de la noción de salud en general, a riesgo de concebir una visión fragmentada y parcial del ser humano y de la salud.

Teniendo en cuenta que el término salud mental representa un artificio atado al dualismo mente–cuerpo, heredado de los postulados cartesianos, y que hasta el momento ha resultado bastante compleja la superación de dicha perspectiva dicotómica, el ámbito más propicio para desarrollar una definición lo conforma el concepto de salud propuesto en la Organización Mundial de la Salud, en el que la salud se considera como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Planteada la existencia de una psique, es dable suponer un “estado óptimo” posible de la misma. Estado de bienestar llamado salud. También una doctrina dualista contendrá un supuesto de cuál es la relación entre tal “psique” y el “soma”.

En parte como reacción a la visión de la salud mental como mera ausencia de enfermedad mental obvia, han ido aumentando los esfuerzos de extender el concepto de personalidad sana en una dirección positiva: para definir la salud mental como la presencia de ciertos rasgos mentales y comportamientos positivos.

El asumir la salud humana debe ser un ejercicio holístico y por consiguiente integral. Esta posibilidad se halla en la aproximación biopsicosocial que implica la presencia de unas estructuras y procesos biológicos a los que se fijan y asimilan las experiencias adquiridas a lo largo del ciclo vital, suponiendo el desarrollo de unos mecanismos adaptativos tan dinámicos como el contexto con el que se relacionan.

Enfatizando el carácter de integralidad que el concepto de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Colombia le confiere a la salud, es preciso entonces particularizar la noción de salud mental con el fin de alejarla de este mundo de sobreentendidos en el que con frecuencia se ve inmersa, se propone la siguiente definición:

Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, o efectivas o relacionales. Asimismo el logro de metas individuales colectivas en concordancia con la justicia y el bien común.

Es así como salud mental según los criterios que la OMS: “es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo, se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social”³⁰. Sostiene además que:

Es la capacidad del hombre para adaptarse al medio social y de lograr satisfacción para sí y para sus semejantes. Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se refiere a ésta como un fin, un objeto permanente de preocupación individual porque le permite a cada uno organizarse... la salud revela capacidad innata y adquirida de adaptación, también es un medio porque constituye un componente del desarrollo, esto es de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social³¹.

Las definiciones anteriores presentan algunos rasgos comunes, ambas articulan la noción de salud con el ajuste alcanzado entre el individuo y el ambiente, retoman la idea del hombre como ser social y ubican la díada salud-enfermedad como algo que va más allá de lo individual y lo biológico, en tanto afecta la colectividad, aunque se exprese individualmente.

El campo de la salud mental, entendida como el resultado de expresiones biológicas, psicológicas y ambientales que se determinan mutuamente y que se configuran dentro de lo que podrían llamarse procesos de

³⁰ LEVAV, 1989 En: Boletín Organización Panamericana de Salud 107(3), 1989.

³¹ RAMÍREZ RAMÍREZ, Lilibiana Patricia. ¿Es posible el abordaje de la psicopatología desde los planteamientos de la ciencia contemporánea?. Tesis universidad de Antioquia.

alteración en la integridad del ser humano y sobrepasa los tradicionales espacios de la psiquiatría y la psicopatología, y se remonta a todos los factores y situaciones en los que se destaca un componente simbólico, comportamental, afectando las condiciones de vida de las personas, su familia y la sociedad³².

Según Haudlarz (1989), la salud mental es la adaptación al amor, al trabajo, el poder desprenderse de las agresiones externas e internas, poseer un núcleo de pertenencia, status, y un rol en la sociedad, conseguidos por medios lícitos y que el trabajo que realice sea de acuerdo a su aptitud y vocación. De esta forma, los dos sectores del medio cercano al individuo como la familia y el grupo de amigos, que influyen sobre el estilo de vida, puedan proteger o deteriorar la salud³³.

Según Levav (1989), la salud mental es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social.

Otros autores expresan que la salud mental es necesaria para un adecuado funcionamiento de la sociedad, entendiendo por esta “el conjunto grupal de personas unidas por lazos psicológicos o intereses emocionales comunes, que les permitan convivir juntos.

De esta forma un grupo humano es sano cuando:

- Produce y reproduce (mantener o incrementar sus bienes sociales).
- Tiene capacidad de atraer e integrar.
- Es emocionalmente coherente e integrado.
- Cumple una función social específica.
- Produce bienes sociales.
- Se conoce, se acepta y sabe sus límites.
- Es capaz de poner límites y respetos (planear, reflexionar).
- Provee seguridad y confianza.
- Tiene una distancia apropiada del pasado, vive el presente y construye el futuro mejor que el presente.

³² REPÚBLICA DE COLOMBIA: Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental. p. 31-33.

³³ ESTUDIO SALUD MENTAL, Op. Cit. p. 3.

3.3.4 Nociones de normalidad y patología. Enfermedad se asocia con disfuncionalidad orgánica o psíquica, con un estado de indefensión, dolor, insatisfacción e incluso incapacidad. De estas ideas se pueden extraer algunos elementos que dan cuenta de la representación social de la salud y la enfermedad mental.

En el momento que un comportamiento se denomina patológico se apropia de una serie de representaciones sociales y culturales que pesan sobre el sujeto que lo padece y sobre los otros que lo presencian. Si se mira desde una perspectiva externa, lo patológico es lo que no se quiere ser, lo que se escapa del control del determinismo de la voluntad, lo que nos pone frente al campo de lo irracional. Aquí se encuentra el horror que esto genera en el hombre.

Ahora bien, respecto al concepto de normalidad, éste se encuentra íntimamente relacionado con los estudios biológicos y con la medicina. “A partir del descubrimiento de ciertas constantes fisiológicas, consideradas normales por su presencia en la mayoría de la gente, se concluyó que la salud era consecuencia del funcionamiento del cuerpo en el estado normal, mientras que la enfermedad era una modificación cuantitativa de los fenómenos fisiológicos que definía el estado normal de respectiva función”³⁴.

Broussais instauró un principio que se convirtió en el fundamento de la patología positiva en la que dice que toda concepción de patología tiene que apoyarse sobre un conocimiento previo del estado normal respectivo; pero, a la inversa, el estudio científico de los casos patológicos se convierte en un momento indispensable de toda investigación de las leyes del estado normal. De esta manera, Broussais consideraba las enfermedades como efectos de cambios de intensidad en la acción de los estimulantes indispensables para el mantenimiento de la salud; al enunciar que un fenómeno patológico tenía su análogo en un fenómeno fisiológico, la patología quedó subordinada a la biología, campo del cual se derivó el concepto de lo normal.

La lógica del razonamiento de Broussais, se validó no solo para los fenómenos orgánicos sino también para el funcionamiento de lo psíquico cuando éste admitió la teoría fisiológica de las facultades intelectuales.

Pero Canguilhem muestra que el estado fisiológico más que el estado normal, es el estado sano que permite dar paso a nuevas formas de organización. Plantea

³⁴ RAMIREZ RAMÍREZ, Op.cit, p. 3.

que no existe un hecho normal o patológico en sí, sino hecho que expresan otras posibles normas de vida, que por sus consecuencias pueden matizarse con una connotación positiva o negativa.

Algunos criterios utilizados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV para definir el comportamiento normal o patológico son:

- El grado de angustia subjetiva experimentada, aunque esta noción es muy abstracta, porque todos los seres humanos experimentan niveles de angustia. Sin que esto implique un trastorno mental.
- Se considera una conducta anormal cuando genera discapacidad o disfunción, manifestada por ejemplo en problemas que presenta el individuo en las relaciones interpersonales o laborales; pero valdría preguntar ¿Quién define los criterios para la disfunción social o laboral? ¿el paciente, el clínico, el patrón, os amigos? Cada uno podría dar un juicio diferente frente a una misma situación, debido a que las opiniones concernientes al funcionamiento laboral o social son muy relativas, y siempre se dan en función de cierto tipo de valoración que depende de lo social; en esta medida esto no podría ser objetivable como objeto de la ciencia clásica³⁵.

Se puede observar que la anormalidad o patología mental puede ser confundida por el observador con el comportamiento normal, pues lo que se observa en realidad es una diferencia de orden cuantitativo y cualitativo de un comportamiento que se estima normal, los individuos anormales, presentan manifestaciones extremas de reacciones que también se encuentran en individuos normales. En definitiva, la salud mental es un ideal social y en tanto ideal, no existe alguien completamente sano

3.3.5 Enfoques y salud mental.

• **Salud mental en el psicoanálisis.** El principal impulso del concepto de salud mental vino del psicoanálisis freudiano. La transformación del psicoanálisis de una teoría más bien modesta sobre las causas y el remedio de ciertas formas de alteración mental, principalmente la histeria, en una filosofía de la naturaleza humana, ha ejercido una profunda influencia en la cultura universal y en las concepciones de salud mental en particular. A pesar de las dudas dentro del

³⁵ DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales p. XXVII.

mismo psicoanálisis en la definición de sus metas en un sentido absoluto, más que a imponerse como una especie de reglas para la conducta correcta, los objetivos del tratamiento psicoanalítico han tendido a ser vistos como metas de la salud mental positiva.

Freud fue uno de los primeros en definir a la “conducta normal”, termino que podríamos considerar como salud mental, si se nos permite actualizar sus palabras; para él, la salud mental consistía en una participación consciente y activa del individuo en cuanto a que acepta la realidad que lo rodea sin negarla, como en el caso del neurótico. Además que el individuo sano mentalmente es capaz de transformar su entorno objetivamente y no en su imaginación.

Por otro lado, se puede encontrar en las nuevas corrientes de la psicología, diferentes criterios para definir lo que es enfermedad y salud mental; algunos de ellos son la inadecuación cultural, el malestar subjetivo, la deficiencia psicológica, el criterio estadístico y el criterio normativo, entre otros.

Encontramos en Freud que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el individuo y su medio, conflicto que nace a consecuencia de manifestarse y las estrategias defensivas. La persona se defiende por medio de mecanismos de represión, sin ningún resultado. Por otro lado, Freud dice también que la etiología común de la enfermedad mental es siempre la frustración, el incumplimiento de deseos infantiles jamás dominados y que se arraigaron hondamente en la mente del enfermo. La neurosis extrae del mundo de la imaginación y de la fantasía el material necesario para sus productos, hallándolos por medio de la regresión a épocas reales anteriores y más satisfactorias. El mecanismo que se activa en la neurosis, según Freud, es no solo una pérdida de la realidad, sino una sustitución de ella. En consecuencia, la neurosis es una expresión de la rebeldía contra el mundo exterior, una incapacidad para adaptarse a la realidad.

En el aspecto social, los ideales psicoanalíticos de salud mental están condensados en otra de las máximas de Freud: “ser capaz de trabajar”, esto significa que el adulto sano tiene la capacidad de mantener relaciones leales y duraderas; puede usar sus dotes, libre de inhibiciones paralizantes, en un trabajo productivo; es capaz de placer y potencia heterosexual.

Menninger define la salud mental como “la adaptación de los seres humanos al mundo de los otros con un máximo de efectividad y de felicidad. No sólo eficacia o sólo satisfacción o sólo satisfacción- o el mérito de obedecer las reglas del juego con alegría- se trata de todas las cosas juntas. Es la capacidad de mantener un

temple sereno, una inteligencia alerta, una conducta socialmente respetuosa y una disposición alegre”³⁶.

Diferentes psicoanalistas destacan un aspecto u otro del funcionamiento de la persona en su medio social. Así, Withelm Reich engloba todos los aspectos sociales de la salud mental ideal en el concepto de potencia orgiástica, es decir en la capacidad de experimentar orgasmos frecuentes, buenos y satisfactorios. Erik Erikson al respecto plantea lo siguiente: “una reciprocidad de orgasmos con el compañero amado del otro sexo, con el cual uno puede y quiere regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación de manera que se asegure también a la descendencia todas las fases de desarrollo satisfactorio”³⁷.

- **Salud mental en el enfoque antropológico.** Según el enfoque antropológico cultural, la enfermedad mental existe antes que el individuo, pues la encontramos en la esencia de la orientación cultural y a través de la estructura social. A diferencia del enfoque clínico, que se basa en la observación directa del individuo, el enfoque antropológico cultural descansa en el análisis de las condiciones sociales en que vive el individuo y, además, en las observaciones de sus reacciones ante aquéllas. Por añadidura, hasta ahora no sabemos que exista un límite claramente definido en la psiquiatría acerca de lo que es estar mentalmente enfermo o mentalmente sano, como tampoco existe una medida acerca de qué es ser un individuo normal y qué es ser un individuo anormal. Si contáramos con este criterio podríamos estimar de manera cierta las proporciones o frecuencias de salud y enfermedad mentales existentes en una sociedad³⁸.

Como plantea Claudio Esteva los procesos que conducen a la salud y a la enfermedad mental están determinados por la susceptibilidad relativa del individuo y el grupo social a las formas de cultura dominantes en su sociedad. Así cada momento de la experiencia individual tiene relación definida con alguna forma de cultura y por ello la salud y la enfermedad mentales son expresiones de carácter que deben referirse a la estructura misma del proceso social. Ésta hace parte de su dinámica.

³⁶ KAVAR Sudhir ¿Qué es la Salud Mental? Centre for the study of Developing Societies, Delhi (India).p, 12.

³⁷ Ibid., p, 12.

³⁸ HOLLINGHEAD, 1958, citado por FABREGAT, Claudio Esteva. Cultura, sociedad y personalidad. p. 98.

La mayor parte de la problemática de la personalidad y por lo mismo de la salud y la enfermedad mentales, adoptan su desarrollo específico a partir de la interacción de los factores conducta individual, grupo social, patrón cultural, metas de finalidad, y su forma de integración depende de los términos espacio tiempo.

“De acuerdo con esta posición teórica, las ciencias humanas, particularmente la antropología y el psicoanálisis culturalista, han determinado no sólo la clase de socialización idealmente deseable, sino también el grado de satisfacción y frustración, que cada sociedad es capaz de producir en el individuo y en el grupo social”³⁹ Según este enfoque, la frustración y la satisfacción relativas están determinadas por formas de vida que se constituyen a través de los términos tiempo-espacio-cultura. Son éstas las que revelan en cada momento las posibilidades de realización de los individuos y los grupos sociales en cuanto a su nivel mental. Cabe reconocer entonces que todas las sociedades experimentan algún grado de tensión en sus relaciones tanto internas como externas. Así el grado de tensión incorporado por el esfuerzo individual será diferente de acuerdo con la cultura de referencia, y asimismo serán las compensaciones psíquicas derivadas. De este modo algunas sociedades son propensas a desarrollar un gran número de tensiones sociales y tienden a producir una cifra elevada de enfermos mentales. De tal manera que la enfermedad mental es un fenómeno mayormente debido a la influencia relativa de los factores socioculturales, solo en grado menor es causada por agentes genéticos hereditarios.

La salud mental es entonces la expresión de una anomalía sociocultural y biológica del individuo, por una parte, tanto como en la integración responsable y creadora de la personalidad en acción con otros individuos. Esta integración se confirma, pues no solo en un individuo, sino en todos los individuos que conforman un solo grupo social y se expresan en estos por medio de respuestas sociales homogéneas, inteligentes y organizadas. La capacidad moral del sujeto y del grupo en sus aspectos afectivos, solidarios y trascendentales es también un factor integrativo, básico de la salud mental, y su cualidad distintiva consiste en desenvolver una asociación responsable entre el hombre y su grupo social y entre el hombre y su existencia con arreglos afines y a valores. La característica culturalmente definida de esta salud mental radica en que cada grupo social elabora una normalidad del carácter y juzga esta en términos de modelos organizados de conducta. Los fenómenos de crisis sociocultural de la personalidad serían, entonces una expresión de debilidad del individuo en cuanto a su circunstancia social relativa. Por otra parte serían la expresión de un tipo de sociedad cuya cultura no se

³⁹ FABREGAT, Claudio Esteva. Cultura, sociedad y personalidad. Anthropos, Editorial del hombre, 1978. p. 62.

adapta suficientemente a las posibilidades de integración social de un número específico de sus miembros⁴⁰.

• **Salud mental en el conductismo.** El conductismo de Comte pretende, por un lado codificar los métodos científicos y por otro fundar científicamente una doctrina política. Al afirmar de manera general que las enfermedades no alteran esencialmente los fenómenos vitales, Comte justifica su afirmación de que la terapéutica de las crisis políticas consiste en volver a conducir a las sociedades a su estructura esencial y permanente, en tolerar sólo el progreso dentro de los límites de la variación del orden natural que define la estática social.

Lo “sano” será así “normal”, la ausencia de desviación de la norma (salud será ausencia de “enfermedad”). En Comte, lo “mental” no existe, es reemplazado por la “conducta” en cuanto fenómeno observable y factible de experimentación. En este sentido afirma la imposibilidad de una ciencia psicológica autónoma (“lo que en los seres humanos no es atribuible a la fisiología lo es a la sociología”).

El positivismo es el sostén de los modelos tecnocráticos en salud pública. También, porque su concepto de “normatividad” como salud, extendida a “conducta social adaptada” en cuanto a salud mental, es un concepto vigente en muchas de las prácticas en salud mental y sus fundamentos diagnósticos. Por ejemplo las pruebas de inteligencia.

• **Salud mental en la psicología humanista.** La psicología Humanista, tradición más reciente de esta disciplina, influida por el psicoanálisis, aunque separada de él, ve también la personalidad sana en términos positivos ideales. El trabajo de los psicólogos que pertenecen a esta tradición – los más conocidos son Carl Rogers y Abraham Maslow – ha dado lugar a muchas de las psicoterapias más recientes que buscan completar la visión humanista de la salud mental. Por ejemplo, la visión de Maslow sobre la personalidad sana se compone de los siguientes criterios:

- Sentimientos suficientes de seguridad.
- Espontaneidad y emocionalidad adecuadas.
- Contacto eficaz con la realidad.
- Deseos corporales adecuados y capacidad para satisfacerlos.
- Conocimiento adecuado de uno mismo.
- Integración y consistencia de la personalidad.

⁴⁰ FABREGAT, Claudio Esteva. Cultura, sociedad y personalidad. p. 63.

- Metas de vida adecuadas.
- Capacidad de aprender con la experiencia.
- Capacidad de satisfacer las necesidades del grupo.
- Independencia suficiente respecto al grupo y la cultura.⁴¹.

Hay muchas otras listas que también establecen criterios de salud mental positiva, muchas de las cuales se solapan. Como ha señalado Marie Jahodá, las distintas listas parecen mencionar, de una manera u otra, seis aspectos principales de la salud mental positiva:

- Actitudes positivas hacia sí mismo; éstas incluyen: el conocimiento de los propios deseos y necesidades, la aceptación por el individuo de su propio yo.
- Crecimiento, desarrollo y autorrealización; esto es: la medida en que el individuo utiliza sus capacidades, su orientación hacia el futuro y su inversión en vivir.
- Integración; es el equilibrio de las fuerzas psíquicas, una visión unificadora de la vida y una resistencia a la tensión.
- Autonomía; ser capaz de decidir con relativa facilidad y rapidez lo que mejor se acomoda a las propias necesidades.
- Percepción de la realidad; es una cierta independencia de la necesidad de distorsionar los hechos reales para adaptarlos a nuestros propios deseos.
- Dominio del medio ambiente; en esta categoría se encuentran la capacidad de amar, la satisfacción en el trabajo y en el juego, la adaptación y el ajuste, satisfacer las necesidades de la situación y eficacia en la resolución de problemas.

• **Salud mental en el enfoque evolutivo.** Esta perspectiva sostiene que la salud mental es el resultado final de un proceso que se desarrolla en el tiempo.

La teoría del proceso que muestra mejor respecto al tema es la planteada por Erik Erikson, quien ve la personalidad sana surgiendo de los sucesivos periodos de la vida, los cuales se caracterizan por una crisis psicosocial específica. La resolución de cada crisis con éxito añade a la personalidad una capacidad del yo central a una virtud básica. Todas esas capacidades que surgen en diferentes períodos de la vida, son los componentes de la personalidad sana, tal como se desarrolla gradualmente durante el ciclo de la vida. Así la resolución exitosa de la crisis de:

⁴¹ KAVAR Sudhir .Op.cit., p. 12.

- **Confianza o desconfianza**, en el periodo de la infancia añade a la personalidad la capacidad de esperanza.
- **Autonomía o timidez**, al comienzo de la niñez da lugar a la voluntad.
- **Iniciativa o culpa**, en la edad del juego añade el propósito, intención.
- **Laboriosidad o inferioridad** en la edad escolar añade competencia.
- **Identidad o confusión de la identidad**, en la adolescencia añade fidelidad.
- **Intimidad o aislamiento**, en la época adulta añade amor.
- **Generatividad o estancamiento**, añade cuidado.
- **Integridad o desesperación**, en la tercera edad da lugar a la sabiduría.

Los diferentes enfoques o aproximaciones a la salud mental dan a entender que los criterios de personalidad sana no pueden ser precisos y literales, libres de calificaciones y de dudas. “Cualquiera que sea el concepto de salud mental no debería presentar objetivos irreales que lleven a esperar demasiado de nosotros mismo y de los demás”⁴².

La salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. Podemos decir también que consiste en una relación, o mejor dicho en una aptitud sintetizadora y totalizante, en la resolución de las antinomias que surgen en su relación con la realidad.

Pichón Rivière al respecto plantea que el concepto de salud mental no es fijo ni absoluto: no es fijo porque admite diversas gradaciones entre salud y enfermedad, y no es absoluto porque depende de varias cosas, entre las que se destacan los factores sociales. Indica además que se sostiene que “una persona mentalmente sana es aquella capaz de hacer frente a la realidad de una manera constructiva, de sacar provecho de la lucha y convertir a ésta en una experiencia útil, encontrar mayor satisfacción en el dar que en el recibir y estar libre de tensiones y ansiedades, orientando sus relaciones con los demás para obtener la mutua satisfacción y ayuda, poder dar salida a cierto monto de hostilidad con fines creativos y constructivos y desarrollar una buena 'capacidad de amar’⁴³. Agrega además que muchos de los problemas de la vida moderna son, en realidad, problemas de salud mental, como miedo, inseguridad, nerviosidad, intolerancia, prejuicios, etc.

⁴² KAVAR Sudhir .Op.cit., p. 14.

⁴³ PICHÓN Riviere Enrique (1992), Teoría del vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión. El material incluido en este libro, seleccionado y revisado por Fernando Taragano, tiene su origen en el Curso dictado por Pichón Rivière en la sede de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), entre 1956 y 1957. Fue organizado en 12 capítulos, que corresponden a las 12 clases dictadas en el mencionado curso. p. 85.

En su libro Teoría del vínculo Pichón Rivière indica que:

Se trata de cantidades de salud mental que a través de saltos dialécticos transforman la cantidad en calidad, ya que la salud mental se mide sobre todo en términos de calidad de comportamiento social y sus causas de mantenimiento o deterioro están relacionadas con situaciones sociales como los factores socioeconómicos, estructura de familia en estado de cambio y sobre todo en ese índice de incertidumbre que se hace persecutorio y que perturba el comportamiento social, ya que lo que se quiere lograr es una adaptación activa a la realidad donde el sujeto, en la medida en que cambia, cambia la sociedad que, a su vez, actúa sobre él en un interjuego dialéctico en forma de espiral, donde en la medida en que se realimenta en cada pasaje, realimenta también la sociedad a la que pertenece. Aquí está el error más frecuente al considerar que un paciente está "curado" cuando es capaz de apenas cuidar su aseo personal, adoptar buenas maneras y sobre todo no dar muestras de rebeldía. Este último sujeto, desde ya, con su conducta pasiva y parasitaria, sigue afiliado a la alienación⁴⁴.

Para Emile Durkheim. El par "normal-patológico" se hará extensivo a los fenómenos poblacionales, prioritariamente, por mediación de la estadística, única capaz de hablarnos de lo normal en términos de frecuencia. La estadística que pudo haber sido criticada por Comte, pues era innecesaria para hablar del cuerpo social, se hace imprescindible cuando de lo que se trata es de determinar fenómenos poblacionales frecuentes.

Según Durkheim normalidad y patología se encuentran indisolublemente vinculados con las estadísticas, las medias, la frecuencia. En cuanto el primero se preocupaba por el equilibrio y la armonía de las partes de un todo, el segundo se preocupará por la población con la certeza de que conociendo la frecuencia de aparición de los fenómenos sociales y biológicos, podemos conocer si su estado es o no normal.

Sandra Cucurullo plantea en su trabajo "lo normal como categoría sociológica a través de Durkheim" que aún cuando éste insista en afirmar que un hecho social solo se explica por otro hecho social, es importante destacar que tales explicaciones no son enteramente ajenas a lo vital, desde el momento en que la población constituye su objeto privilegiado de análisis y de intervención. Y será en virtud de la mediación de la "norma" que se posibilita y se legitima esa asociación

⁴⁴ Ibid. p. 40.

entre lo vital y lo social. Siguiendo a Foucault se puede decir que: "el elemento que circula de lo disciplinario a lo regulador, que se aplica al cuerpo y a las poblaciones, y que permite controlar el orden del cuerpo y los hechos de una multiplicidad humana, es la norma"⁴⁵. La norma se puede aplicar tanto al cuerpo, (normas vitales o disciplinares), como a las poblaciones que se quiere regular (normas sociales). Y es ella quien posibilita las demarcaciones entre lo normal y lo patológico en esos dos ámbitos.

Es así como las llamadas "patologías sociales" tenderán a cargar con el peso de todo aquello que en una sociedad es considerado como negativo, socialmente peligroso, o detestable. Para ello se sirve de instrumentos objetivos de medición, las estadísticas darán una muestra clara de aquello que puede ser considerado como natural (normal). En otros casos se prescindirá del recurso a la estadística y se operará por analogías entre el cuerpo social y el cuerpo individual, "analogías que serán extendidas a los males sociales que pasarán a ser considerados como virus o enfermedades. Pero, en ambos casos, será una ilegítima referencia a la normalidad biológica, una referencia no mediada por el dolor individual, la que se ofrece como garantía de objetividad, como un puente neutral que permite vincular al "ser" con el "deber ser"⁴⁶.

De esta forma, las consideradas patologías sociales a diferencia de las patologías vitales prescinden de la función mediadora del sufrimiento individual a través del cual nos reconocemos enfermos, a través del cual deseamos ese, quizás imposible, retorno al estado de salud que sabemos perdido.

En conclusión, la salud mental hace relación a la incapacidad para adaptarse a las expectativas de conducta del grupo sociocultural al que se pertenece, o a sus propias expectativas de comportamiento, independiente de las causas que sean. Enfermedad mental es una falta de salud, una alteración del ritmo de vida, una disminución de las defensas, una mala adaptación a la vida y una pérdida del sentimiento de bienestar y vitalidad.

3.3.6 Política nacional de salud mental - noviembre de 1997. "La política nacional de la salud mental se refiere a la agrupación de objetivos y opciones estratégicas que orientan y guían la implementación de los planes y programas de salud mental, basándose en los principios constitucionales y en armonía con los

⁴⁵ Durkheim, Emile (1982) *Las Reglas del Método Sociológico*. Hispamérica-Buenos Aires. p. 87, citado por CUCURULLO DE CAPONI. Sandra Noemi. Lo normal como categoría sociológica a través de Durkheim. Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://google.com>.

⁴⁶ Durkheim, Emile (1979) *Suicidio*. Forence Universitaria. Río de Janeiro. p. 310.

fundamentos del sistema de seguridad social, las políticas generales del sector, y las demás disposiciones gubernamentales que le sean relevantes”⁴⁷. La política nacional de la salud mental se ha formulado basándose en factores críticos identificados, como los siguientes:

- Debilidad en el planteamiento de políticas específicas en esta área, lo que ha generado una situación no propicia para el desarrollo de salud mental de la población Colombiana.
- La severa problemática de orden mundial, es considerada como prioridad de salud pública y señalada por indicadores directos e indirectos como la violencia, maltrato infantil e intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
- Pese a los esfuerzos de las distintas regiones por abordar la problemática de salud mental, en la mayoría de los municipios se carece de oportunidades de acceso a este tipo de servicios.
- Las reestructuraciones institucionales e interinstitucionales y de los servicios de salud mental sin prever las necesidades reales de la población, impidiendo la factibilidad y viabilidad de atención a grupos poblacionales que requieren de servicios de protección, con limitada cobertura de acciones específicas en salud mental, dentro del plan obligatorio de salud –POS-.

La política nacional de la salud mental menciona leyes que existen en Colombia que tienen que ver con salud mental, entre las que se encuentran:

La ley 30 de 1986, conocida como ley antidroga, que plasma principios generales y adopta definiciones relacionadas con las sustancias, sus usos y dosis, etc. Así mismo señala los programas de educación en la materia, la formación de comités cívicos para luchar contra el flagelo de la drogadicción. Integra el comité técnico asesor de prevención nacional de la farmacodependencia. También limita el horario a la radio y a la televisión para emitir mensajes comerciales de licores, tabaco y cigarrillo. De igual forma limita en el trabajo de menores en sitios donde se expendan licores, obliga a incluir leyendas alusivas a la nocividad del tabaco.

Ley 65 de 1993, señala que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tienen el carácter asistencial y pueden especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción, y estarán destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen especial.

⁴⁷ BOLETÍN N 1 2002. Equipos básicos de salud mental .Carisma. tomado de estudio de salud mental municipio de Barbosa 2004.

La ley 124 de 1994, por medio de esta ley se reglamenta la venta de licor a menores de edad.

Dentro de las resoluciones que plantea la política nacional de salud mental entre otras están.

- Resolución 08186 de 1982 Ministerio de salud, por la cual se adopta el manual general de organización modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental a nivel local.
- Resolución 08187 de 1982 Ministerio de salud, por la cual se adopta el manual normativo y de organización propuesta para un taller protegido, en el área nacional de salud mental.
- Resolución 09090 de 1982 Ministerio de salud, por la cual se adopta el manual general de organización modelo normativo Unidad de Terapia Ocupacional en Hospital Psiquiátrico y Unidad de Salud Mental Integrada a Hospital General.
- Resolución 14129 Ministerio de salud, por la cual se adopta el documento denominado “Manual General de Organización modelo normativo para psicología el programa de Salud Mental Organización y Funciones.
- Resolución 002417 de 1992 por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental.

3.3.7 Salud mental y salud física. En cuanto a la atención de salud mental, es necesario partir que ella repercute en todos los aspectos de la asistencia sanitaria, individual y colectiva, ya que el estado de bienestar psíquico y social se deriva automáticamente del conjunto de bondades de diversa índole que se comprometen en la satisfacción de la persona, no limitándose solo a lo físico, ni a lo social, ni a lo psíquico, sino que aglutina todos éstos componentes.

Investigaciones recientes han demostrado que la ansiedad emocional y psíquica puede ser un signo precursor o una causa de procesos patológicos. Por ejemplo el estrés por una desgracia y la depresión consiguiente se han asociado a reducciones mensurables de la eficacia de los mecanismos inmunológicos y una mayor vulnerabilidad a enfermedades infecciosas, neoplasias y fallo cardiaco agudo. Se ha observado que la depresión es una frecuente manifestación precoz de etiología cancerosa, que muy a menudo precede a los síntomas físicos específicos. Se ha visto también que precede al infarto agudo de miocardio con una frecuencia muy superior al nivel aleatorio⁴⁸.

⁴⁸. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La introducción de un competente de salud mental en la atención primaria. Ginebra, 1990. p. 13.

Además los problemas psíquicos resultantes de enfermedades físicas, en particular de enfermedades crónicas, pueden causar complicaciones graves. Así, tanto en países desarrollados como en desarrollo se ha confirmado que el dolor crónico, la discapacidad y otros problemas físicos son factores significativos de la incidencia del suicidio. "Durante casi todos los procesos patológicos importantes y después de ellos es probable que el enfermo manifieste algún tipo de trastorno emocional. De igual forma el estrés es más frecuente, característico en familias y en las comunidades que atienden a enfermos crónicos".⁴⁹ Así mismo, la falta de armonía en el hogar y las secuelas del estrés, pueden ocasionar suicidios, accidentes y problemas psicosociales.

La salud física no sólo puede ser causa de trastornos en la salud mental, sino que también esta última puede ser generada por el consumo de algún tipo de sustancias, pues muchos trastornos crónicos e incapacitantes son secuela de ciertas formas de comportamiento. Por ejemplo:

Se ha demostrado que la nicotina, el alcohol, los tranquilizantes y otras drogas influyen mucho en la aparición de enfermedades graves como son el cáncer del pulmón y los trastornos gastrointestinales y hepáticos, así como el desarrollo de otras más comunes, como la hipertensión, que pueden conducir a dolencias graves. El comportamiento humano es también un factor importante en la transmisión de las enfermedades infecciosas y parasitarias, en la morbilidad materno infantil, en la falta de planificación de la familia y en la malnutrición. (La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria)⁵⁰.

Los trastornos psíquicos y emocionales provienen a menudo del abuso del alcohol y de la droga de uso tradicional. Que la droga ocasione problemas de abuso en una región, depende no sólo de su toxicidad y de su potencial de dependencia, sino también de su disponibilidad, aceptabilidad, método de administración y distribución de su uso por edades, grupos sociales y étnicos. Aunque el alcohol alivie la ansiedad del estrés de la misma forma que una benzodiazepina, su uso continuado ocasiona desarreglos en los hábitos alimenticios, deterioro de los mecanismos sanos de enfrentamiento, agravamiento de la úlcera péptica y de la hipertensión arterial, y aumento del consumo del tabaco y de otras drogas. La nicotina del tabaco también reduce la ansiedad, pero actúa como activador del sistema simpático, y aumenta la frecuencia cardíaca, la hipertensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias y neoplásicas.

⁴⁹ Ibid., p. 22.

⁵⁰ Ibid., p.13.

Las bebidas que contienen cafeína como el café, el té, el mate, las colas y el chocolate, se denominan simpático-miméticos porque estimulan el sistema vegetativo simpático, de la misma manera que lo hacen las catecolaminas. La cafeína reduce la fatiga, pero provoca defectos indeseables como la potenciación del cortisol y el aumento del colesterol plasmático. Esta droga agrava los síntomas del estrés: la ansiedad, el insomnio y la evolución de la úlcera péptica y de la hipertensión arterial. Durante el manejo dietético del estrés, se recomienda al paciente que reduzca o se abstenga de las bebidas que contienen cafeína.

3.3.8 La salud mental y la familia. “Las representaciones sociales sobre el ser y el hacer de los miembros que constituyen la familia adquieren nuevos perfiles y aunque permanecen sus funciones básicas, han variado las valoraciones y expectativas sociales sobre el desempeño de los roles estratégicos, que en su interior se desarrollan”⁵¹.

Las representaciones sociales sobre el papel y las atribuciones sociales del padre, la madre, los hijos, han cambiado, produciendo reorganizaciones normativas, funcionales que reorienta la vida interior de la familia.

La familia es la institución preferida por la raza humana para realizar la doble tarea de satisfacer las necesidades biológicas del niño y de introducirle, al mismo tiempo a las normas. Es así como la familia es el primer ámbito donde el ser humano se socializa. Constituye elemento de identidad, además de proponer y decantar los valores sociales. Es el contexto relacional primario de todo individuo, que funciona como parte integradora de una dinámica interaccional entre los sistemas biológico, psicosocial, y ecológico, que da bases para el desarrollo integrado e integral del ser humana.

Desde los principios del siglo XIX, en la mayoría de los sectores sociales el grupo de parentesco fue perdiendo su carácter de institución proveedora de identidad y se fue especializando en la provisión de seguridad individual, emocional y económica. Para la sociedad en su conjunto, la familia dejó su lugar central en la producción para orientarse principalmente a la reproducción de la fuerza de trabajo. La simbolización social del parentesco se transformo, perdiendo fuerza la creencia en la solidaridad surgida de lazos consanguíneos. Desaparecieron elementos tangibles de cohesión simbólica como la tierra común, las herramientas de trabajo o el oficio familiar. Y finalmente, el concepto de solidaridad

⁵¹ LÓPEZ, Yolanda. U.N 1994 citada por NIÑO MARTÍNEZ, Bertha Jeannette. Procesos sociales básicos. Santafé de Bogotá: UNAD. p. 93.

lineal entre varias generaciones fue reemplazado por el de solidaridad conyugal y de padres e hijos. El grupo de parentesco pidió el carácter de proceso continuo y lineal, cuya existencia precedía y continuaba la existencia individual. Fortaleció, en cambio las relaciones laterales entre cónyuges, entre hermanos y cuñados y con parientes cercanos del padre y de la madre. (Scheffler), 1974.⁵²

Así en la nueva estructura de parentesco que se generó, la familia paso a depender de los lazos afectivos y nuevas cohesionantes y estabilizadores de la misma. La esposa madre adquirió un rol central en preservar la estabilidad del núcleo familiar lo cual simultáneamente incremento su poder familiar y mantuvo su subordinación al patriarca. Su subordinación continuó debido ala imposibilidad de la esposa de extender ese nuevo poder fuera de la vida doméstica y debido a la postergación de sí misma que el nuevo rol le imponía.

Si bien es cierto que la dependencia afectiva pasó a constituirse en la principal articuladora de la unidad grupal, también es cierto que las relaciones afectivas tiñeron todas las demás formas de relación familiar girando alrededor de dos ejes básicos, el amor conyugal y el amor madre-hijo. “La esposa-madre pasó a constituirse en la clave de la continuidad del grupo familiar por su carácter de proveedora de afecto en ambos ejes y de figura estable a cargo de la vida doméstica en períodos de movilidad y dispersión geográficas de los miembros varones. La mujer pasó a cohesionar al grupo, rol que le había correspondido al patriarca en el parentesco anterior a la industrialización”.⁵³

Esta nueva simbolización del rol femenino, tras excluir a la mujer de la esfera económica, la incluyó dentro del mundo de las emociones. En otras palabras dejo de ser un servicio económico para constituirse en un servicio de amor.

Son varios los factores que afectan la salud mental de la familia uno de ellos y que se presenta con frecuencia son las relaciones entre los padres, los hijos y otros parientes los cuales representan los temas del estrés familiar. Aunque el vínculo marital resulta un subsistema de la familia, sus desarreglos se clasifican como trastornos de la relación de pareja. El estrés familiar resulta la primera o segunda causa de enfermedades psicogénicas de la infancia y la adultez.

Son factores de vulnerabilidad la edad infantil, por ser el niño más dependiente y disponer de menores defensas psicológicas, y el sexo femenino, por los lazos

⁵² SCHMUCKLERDE Beatriz. familia y dominación patriarcal en el capitalismo. p. 55.

⁵³ Ibid. p. 56.

especiales entre la madre y los hijos y por los conflictos del propio rol de mujer. También representan factores de riesgo los retrasos mentales, los desarreglos de la personalidad, las enfermedades mentales o físicas, la dependencia económica o psicológica y la falta de red solidaria fuera de la familia.

La familia nuclear incompleta pueden ser causa de enfermedad, ya que la falta del padre o de la madre, como una estructura familiar con desarreglos de las jerarquías y la distribución del poder, desde un autoritarismo extremo que induce al sometimiento hasta el igualitarismo y el exceso de permisividad que originan un caos.

Cuando se observan conflictos de roles (la abuela hace de madre y desplaza a ésta, o la madre hace de padre, o el hijo asume el rol paterno); cuando se evidencia falta de intimidad y de lealtad entre los miembros del grupo familiar, o cuando éstos exhiben defectos de sus mecanismos de enfrentamiento, no disponen de capacidad para negociar sus discrepancias y se muestran intolerantes ante las opiniones de los otros, están ocurriendo distintas formas de estrés familiar.

La no identificación y la falta de empatía con otros miembros de la familia; la comunicación indirecta, vaga o deshonesta; la falta de apoyo, la inseguridad y la baja autoestima; la rigidez de las reglas morales; la carencia de apoyo social exterior, o lo distante o agresivo de los lazos con extraños, son también aspectos que identifican a una familia disfuncional.

El estrés familiar se manifiesta como depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, consumo de drogas, accidentes, suicidio, y otras violencias como los síndromes del niño maltratado, de la mujer golpeada y, últimamente, de los padres golpeados. En el niño, el estrés familiar se expresa como enfermedades psíquicas o somáticas, enanismo psicosocial, bajo rendimiento académico, consumo de drogas, conducta antisocial y suicidios.

En distintos estudios de padres abusadores se ha observado un nivel cultural bajo, ingresos económicos reducidos, insuficientes habilidades para manejar al niño, historia de maltrato infantil en generaciones anteriores, y consumo excesivo de alcohol y drogas.

A su vez, las madres enfermantas evidenciaron altos puntajes de situaciones psicotraumatizantes, una percepción aumentada de los efectos del estrés,

depresión y ansiedad, insatisfacción marital y aislamiento social. Los padres que mostraron tendencia a golpear eran intolerantes e hipercríticos con el niño. Los hijos de estas familias presentaban mayor cuantía de problemas de conducta que otros niños de la población de control.

En el estrés familiar ocurre lo que se denomina "cadena de estrés interpersonal", que consiste en que el padre maltrata a la madre y la madre maltrata al niño. El estrés familiar se trata con intervenciones sociales, psicoterapia individual o de familia, drogas psicotrópicas y, en ocasiones, con hospitalización.

La salud mental en la familia es de suma importancia en el desarrollo y crecimiento de cada uno de los miembros, lo mismo que en la expresión social de sus roles. La salud mental en ello ayuda a la formación de la identidad, al fortalecimiento de las referencias afectivas. En el ámbito familiar se aquilatan los valores y se inicia el entramado social sano que debe soportar una comunidad que beneficie a sus asociados.

Todo funcionamiento familiar está influenciado por los siguientes tópicos:

- La calidad de los factores para el desarrollo de la personalidad en cada uno de sus miembros.
- La adecuada resolución en las fases en los ciclos vitales de sus miembros.
- La calidad de apego en las relaciones madre-hijo y las estrategias de crianza utilizadas.
- La capacidad de resolución de conflictos de la familia en su conjunto y de cada uno de sus miembros en particular.
- La capacidad de ofrecer elementos que conlleven a experiencias satisfactorias.
- Los factores de asistencia y protección en los extremos de la vida (niñez ancianidad).
- El manejo adecuado de la territorialidad afectiva frente a la situación de lo interno, lo privado y lo público.
- Las acciones educativas, los reconocimientos y censuras que ejerce cada uno de sus miembros en el sistema de lealtades entre ellos.
- La capacidad de llevar a cabo las funciones de maternidad, paternidad, relación conyugal, el ejercicio de la sexualidad y la priorización de valores.
- La aplicación de mecanismos de control y de expresión.
- La posibilidad de brindar elementos y orientaciones que lleven a la estabilidad de los miembros.

En efecto, la familia es quien fomenta el espacio afectivo de construcción sociocultural, ya que es un elemento sustancial del ambiente social. Es quien despliega una propuesta de manejo de la autoridad, de sensibilidad y socialización frente a instituciones como la escuela, la religión la ideología y la política: allí es donde se construye la identidad individual y colectiva, las relaciones de género y las interacciones sociales.

3.3.9 Salud mental y trabajo.

• **Concepto de trabajo.** El trabajo consiste en "la capacidad para utilizar de manera responsable y autónoma, la creatividad y la subjetividad para obtener los productos y servicios necesarios para la subsistencia" (Neffa, 1997⁵⁴), además que el trabajo sirve para producir y prestar servicios que son indispensables para asegurar la reproducción de la especie, generar las condiciones necesarias para el desarrollo en todas las dimensiones de la persona humana y el establecimiento de relaciones sociales.

Para Álvaro García Solano, el trabajo se define como "toda actividad humana libre, natural e intelectual, permanente y transitoria que una persona ejecuta conscientemente al servicio de otra y cualquiera que sea su finalidad".⁵⁵

Según Marx:

El proceso del trabajo es la actividad racional, encaminada a la producción de valores de uso y proceso de consumo de la fuerza de trabajo. En este sentido existe un comprador de la fuerza de trabajo y un vendedor de la misma, donde el comprador la consume haciendo trabajar a su vendedor. El trabajado se materializa en valores de uso, en objetos aptos para satisfacer necesidades. Así se combinan unos factores simples que intervienen en el proceso de trabajo: un objeto, unos medios para trabajar y una actividad para un fin⁵⁶.

El trabajo recorre la organización social como elemento vital que la mantiene cohesionada. Es el flujo comunicacional, ligazón heterogénea por sus múltiples

⁵⁴ LAVEGLIA Botana María Fernanda. Lic en Psicología, docente Cátedra Psicología Institucional II, Fac. Psicología UBA Investigadora UBACyT 2004.

⁵⁵ GARCÍA SOLANO, Álvaro. Derecho del trabajo, p. 3-10.

⁵⁶ MARX, Carlos. Producción de plusvalía Absoluta. Capítulo V p. 130.

modalidades y presentaciones. Es el nudo o grupp (nodo-lo que une) y por lo mismo tiene valor y carácter social. El trabajo y el hombre están ligados desde el inicio de la cultura, ya que ha tenido que modificar su entorno y accionar sobre la naturaleza para poder sobrevivir primero y luego para desarrollarse en procesos cada vez más complejos.

Es así como el trabajo constituye mucho más que un factor de producción, pues ha sido históricamente un medio de comunicación y aprendizaje, además que propicia creatividad, moviliza energías sociales, preserva la identidad de la comunidad, despliega solidaridad, y utiliza la experiencia organizacional y el saber popular para satisfacer las necesidades individuales y colectivas.

Si se remite a la época o período denominado Revolución Industrial, la máquina se complejiza producto de una tecnología avanzada, comienza reemplazando al hombre que es separado de su labor y este reacciona destruyéndolas. Aprende del error y comienza a organizarse en estructuras solidarias como forma de defensa.

Sabemos que detrás de cualquier acción, producción, estrategia u organización hay fuerzas y voluntades. Son siempre hombres los que excluyen a otros hombres. Unos quedan invisibilizados detrás de las denominadas políticas de globalización otros desaparecidos bajo las estadísticas y porcentajes de desocupación.

La implicancia del trabajo va más allá de productos y riqueza, es el marco donde también se constituye la subjetividad, considerado bajo esta perspectiva es un "derecho humano".

Todos tenemos el derecho a ser. Plantearse el ser en el hacer es dar sentido, tener un espacio de pertenencia, vínculos, direccionalidad, proyectos: Un lugar en el Mundo. La exclusión del sistema productivo es de un fuerte impacto en la subjetividad, la determinación del hombre a la pobreza extrema lo empuja a niveles de desorganización bio-psico-social promoviendo la aparición de conductas marginales. Estamos frente a una nueva modalidad de hacer "desaparecer" a las personas: la exclusión social⁵⁷.

⁵⁷ LEONARDO Beatriz. Cuestiones sobre el trabajo. <http://terra.com>.

- **Trabajo y salud mental.** La evolución de la actividad laboral ha traído consigo una mejora de la calidad de vida de los trabajadores, pero además es también responsable de la aparición de una serie de efectos negativos en la salud de éstos.

Los enfoques sociológicos más tradicionales pensaron al trabajo como una obligación y un deber social, el trabajador era definido como "fuerza de trabajo". Años más tarde se define al trabajo en su dimensión global. El trabajo es la capacidad de producir y prestar servicios que son indispensables para asegurar la reproducción de la especie, además genera las condiciones necesarias para el desarrollo de todas las dimensiones de la persona humana y el establecimiento de relaciones sociales. Quien trabaja no es solamente un cuerpo biológico, sino que compromete sus aspectos psíquicos y mentales. Hay una relación irrefutable entre Trabajo y Salud. La salud está en gran medida, determinada por las características y condiciones en que se realiza el trabajo, de la misma manera los resultados que podemos considerar como "exitosos" del trabajo dependen de la salud física y mental de quienes lo realizan. La sobre exigencia laboral, las condiciones de inestabilidad de los puestos de trabajo y la crisis socioeconómica actual, inciden en que cada vez se realicen más consultas al consultorio psicológico donde el motivo principal reside en los "problemas de trabajo" y sus consecuencias en la vida de la persona⁵⁸.

Los problemas en el trabajo implican un verdadero abanico de sensaciones subjetivas: los miedos, la disconformidad, la falta de motivación, el estrés y fatiga crónica, repercuten en todas las esferas de la vida de la persona provocando verdaderas perturbaciones familiares y sociales. "Cuando esta situación se mantiene a lo largo del tiempo sin modificación, o sin la percepción de que es posible su modificación, pueden provocar depresiones, trastornos del estado de ánimo, ataques de pánico, aumento de consumo de alcohol, drogas, psicofármacos (en su mayoría automedicados y sin control) y otros cuadros psicopatológicos asociados".⁵⁹

Cada trabajador es un sujeto único, no solo en cuanto a sus capacidades y potencialidades, sino también respecto a los efectos que tienen las condiciones y el medio ambiente de trabajo sobre las dimensiones de su personalidad. Es por ello que se debe incluir en las nociones de higiene y seguridad los aspectos psíquicos-mentales puestos en juego en la actividad laboral, y las presiones psicológicas cotidianas.

⁵⁸ LAVEGLIA Botana. Op. cit. <http://google.com>.

⁵⁹ Ibid. <http://google.com>.

- **El trabajo de la mujer.** Para la mujer Colombiana no ha sido nada fácil vincularse al mercado laboral, pues este siempre ha estado enmarcado por representaciones sociales, las condiciones económicas y culturales que en cierto modo no han permitido que la mujer avance hacia un buen incremento en su calidad de vida, pues en realidad, la remuneración del trabajo femenino siguen siendo notablemente inferior al masculino. “En 1976, los ingresos de los trabajadores hombres eran 59% superiores a los de las mujeres. En 1989, eran el 16% superiores”.⁶⁰ No obstante, la mujer no sólo sufre los mismos problemas enfrentados por los hombres en el sector laboral, sino que su situación se complica ante la discriminación a la cual es sometida tanto en su lugar de trabajo como en el hogar, ya que el hecho de tener empleo no la excluye de sus labores domésticas.

La constitución de 1991, contiene 380 artículos, de los cuales cinco de ellos hacen referencia a la mujer, y específicamente tres se centran en la familia; uno toca con la condición de la mujer como individuo y el otro al derecho laboral de la mujer. Acoge entre sus artículos algunos que se interesan en especial por las mujeres y contemplan el amparo a la familia.

“El ingreso de la mujer al ámbito laboral, propiciado tanto por la complejización de la vida urbana y campesina, la transformación valorativa cultural del papel de la mujer en la sociedad y las condiciones económicas que obligan su inserción de manera diferenciada al mercado, plantean nuevos problemas a los cambios que lenta pero certeramente se suceden al interior del espacio de lo familiar”⁶¹.

3.3.10 Salud mental y la mujer. Al referirse a los factores que influyen en el aspecto psíquico de la salud de la mujer no se puede pasar por alto que la relación de dominación patriarcal a que se ven sometidas tiene una influencia negativa sobre su salud mental. “Habitualmente, la mujer soporta peores condiciones en el mundo laboral que los hombres. Ello es consecuencia de su habitual relegación a las tareas de la casa, así como de la escasa atención prestada a su formación, ambos componentes característicos de la tradicional definición del rol femenino”⁶².

Los problemas de la salud mental en la mujer, son en su mayoría, consecuencia de la representación social de su rol que se ha asignado: madre con todas sus responsabilidades, esposa, ama de casa las cuales llevan a la mujer asumir un

⁶⁰ RE-LECTURAS. IPC. Octubre de 1987. <http://terra.com>.

⁶¹ NIÑO MARTÍNEZ, Op. cit. p. 98.

⁶² PAREJA H. Lina Maria. CARISMA, Mujer Droga, Salud Mental. <http://google.com>.

agotamiento físico y psíquico que conlleva al cuidado del hogar y en muchos casos al desarrollo, de alguna actividad que realiza fuera de este.

Estar sana es “sentirse bien” física mental y socialmente esto significa entre otras cosas:

- Valorarse y respetarse como persona.
- Conocerse a si misma.
- Tener tiempo para si.
- Saber expresar lo que se siente de manera afirmativa.
- Sentirse útil a la sociedad.
- Poder participar y decidir.
- Entender que en la vida hay muchos problemas y dificultades, cuya solución depende muchas veces del manejo que les demos.

Las múltiples jornadas de trabajo, generalmente presentes en las mujeres de los sectores más pobres tienen que ver con la posibilidad de que sus miembros accedan precariamente a la satisfacción de necesidades materiales (vivienda, alimentación, servicios de infraestructura). Las necesidades inmateriales son a su vez la que en mayor grado se ven afectadas por las tensiones que las situaciones de escasez generan, por la minimización de tiempo de compartimiento familiar. Comunicación, seguridad, autoestima, protección, entre otros, son instancias que se afectan severamente promoviendo la desintegración familiar con el aumento de separaciones de pareja, los divorcios, la expulsión de los hijos o su vinculación temprana al mercado de trabajo.

Es importante reconocer que la mujer debe organizar adecuadamente su tiempo, de manera tal que tenga espacios de descanso, recreación, diversión y que estos sean respetados por ella misma y por lo demás. Tener presente que un trabajo efectivo parte de saber delegar de asignar responsabilidades a los demás de involucrar a la familia en la tarea diaria, generando usan actitud comprometida en cada unos de sus miembros.

3.3.11 Salud mental y factores psicosociales. Según Oakley Ray, médico del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Universidad de Vanderbilt, en Estados Unidos, que ha revisado cien años de investigación relacionada con los factores psicosociales relacionados con la enfermedad, ha indicado que el “estrés que afecta a la mente también influye en el cuerpo a nivel celular y molecular, lo que influye en la calidad de vida de una persona y en su salud; sin embargo, al

igual que puede afectar negativamente, la mente posee una influencia positiva, ayudándole a superar la enfermedad"⁶³.

El estudio de Ray, hecho público durante la reunión de la Asociación Americana de Psicología, ha puesto de manifiesto la importancia de los factores no biológicos en el cuidado de la salud. Según el autor, el reto a partir de ahora es aplicar estos conocimientos a los sistemas sanitarios: "Comprender cómo la mente afecta al sistema endocrino, el nervioso y el inmune es crucial para lograr controlar la enfermedad"⁶⁴.

Los estilos de vida y el medioambiente que rodea a un paciente son factores hasta ahora infravalorados, pero que tienen gran importancia en la génesis de las enfermedades. "Existen patógenos que puede vivir en equilibrio con nosotros, como la tuberculosis, que sólo en un pequeño porcentaje de casos llegan a ser la causa de una enfermedad. Este cambio en su actividad probablemente esté relacionada con el sistema psiconeuroendocrino"⁶⁵.

Factores psicológicos han demostrado ser efectivos en la respuesta de las mujeres al cáncer de mama. La investigación también ha observado que a una mayor interacción social decrece los índices de mortalidad debido a que las relaciones con amigos son un buen sistema liberador del estrés y pueden actuar como factor protector. Para Ray, analizar exhaustivamente los estilos de vida, no sólo en relación con lo biológico sino también con lo psicológico, puede encontrar factores preventivos de enfermedades.

3.3.12 Factores que afectan la salud mental. Los factores que pueden intervenir en la salud mental se clasifican en:

- **Psicológicos.** Son las características individuales que diferencian a las personas entre sí, y que motivan su comportamiento. Ejemplo de ello el tipo de personalidad, alteraciones psíquicas, estados emocionales, entre otros.
- **Biológicos.** Son las condiciones físicas u orgánicas que determinan el estado corporal de una persona, por ejemplo: Síntomas somáticos, como dolor en alguna parte del cuerpo.

⁶³ <http://www.vanderbil.edu/>

⁶⁴ Ibid., <http://www.vanderbil.edu/>

⁶⁵ Ibid., <http://www.vanderbil.edu/>

- **Sociales.** Son los eventos de orden social, político, religioso y cultural que afectan el entorno de la persona.

- **Familiares.** Es el ambiente filial en el que se desenvuelve la persona.

- **Psicosociales.** Tienen que ver con las demandas de la situación en las que se desenvuelve un individuo (o contexto) y con las características de éste.

3.3.13 Factores psicosociales. Una organización de trabajo implica la reunión de un grupo de personas, más o menos grande, con un fin común, lo que la convierte en una organización social. En las organizaciones de trabajo suelen estar contempladas las relaciones que deben establecerse entre los distintos individuos y grupos para la realización de la tarea encomendada. Sin embargo, la existencia de otros tipos de relaciones, distintas de las meramente productivas, entre los distintos individuos de una empresa, así como el desarrollo formal de todas las relaciones en general, es algo que no suele merecer atención al no ser aspectos directamente relacionados con la realización del trabajo. Como consecuencia, es posible que se de un funcionamiento anormal de la organización social, lo que puede traducirse en consecuencias bastante más amplias que simples discusiones o problemas personales. Distintos estudios han puesto de manifiesto que la existencia de problemas en estos ámbitos está relacionada con la aparición de ciertas disfunciones que repercutirán tanto sobre los trabajadores (mal clima laboral, insatisfacción en el trabajo, desmotivación,...) como sobre el funcionamiento de la empresa (absentismo, abandonos del trabajo, incremento de la accidentabilidad, disminución de la cantidad y la calidad del trabajo,...)

Algunos ejemplos pueden mostrar la dimensión del problema. Se estima que en Japón mueren unas diez mil personas por Karoshi, agotamiento por causa del trabajo; en Reino Unido el capital calcula que pierde 30.000.000 de días de trabajo al año por problemas psíquicos; en California en la década de los ochenta, las demandas por estrés aumentaron en un 700%; un 44% del personal de la Universidad de Murcia son víctimas del mobbing (hostigamiento psicológico en el trabajo)⁶⁶.

⁶⁶ OLIVA. Manuel A. Prevención riesgos psicosociales en el trabajo.<http://google.com>.

• **Factores psicosociales en el trabajo.** La relación entre trabajo y salud puede abordarse desde distintos ámbitos. Desde la perspectiva psicosocial los factores de riesgo a los que están expuestos los trabajadores en el transcurso de su jornada laboral, tienen su origen en el terreno de la organización del trabajo, y aunque sus consecuencias no son tan evidentes como las de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, no por ello son menos reales. Éstos se manifiestan a través de problemas como absentismo, defectos de calidad, estrés, ansiedad, etc...

Los factores psicosociales en el trabajo se pueden definir como aquellas características de las condiciones de trabajo, y sobre todo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también se denominas estrés.

Manuel A. Oliva define los factores psicosociales como “las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente y las condiciones de organización, por una parte, y por otra las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual, a través de percepciones y experiencias que pueden influir en la salud de los trabajadores”⁶⁷.

Es así como los factores psicosociales se refieren a las interacciones entre el trabajo, medio ambiente, satisfacción en el trabajo, condiciones de organización, por un lado, y las capacidades del trabajador, sus necesidades, cultura y consideraciones personales ajenas al trabajo, por otro; que a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud, rendimiento y en la satisfacción en el trabajo. Algunos factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud de los trabajadores. Existe una relación entre síndromes no específicos de carácter psicológico, de comportamiento o somáticos y, condiciones de trabajo estresantes.

El doctor Joel Ortega Villalobos dice que los factores psicosociales en el trabajo representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador, algunos son de carácter individual, otros se refieren a las expectativas económicas o de desarrollo personal y otros más a las relaciones humanas y sus aspectos emocionales. “Estos factores consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente laboral, la satisfacción laboral y las condiciones de la organización por

⁶⁷ Ibid. <http://google.com>.

un lado y por otra parte las características personales del trabajador, sus necesidades, su cultura, sus experiencias y su percepción del mundo”.⁶⁸

Cuando los factores psicosociales se desequilibran en el entorno del trabajador se producen los riesgos psicosociales, entendidos como “los aspectos del diseño de organización y gestión del trabajo así como del contexto social y medio ambiental que pueden causar daño psicológico, social y físico”.⁶⁹ Cuando se habla de riesgos psicosociales se hace referencia a aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del trabajo y la realización de tareas, y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador. La complejidad de los factores psicosociales viene dada porque, a estas variables del entorno laboral, hay que añadir el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador, que actúan como mediadores.

Vemos como una parte importante de esa interacción, que no es más que la acción entre varios elementos, es el propio trabajador. Las condiciones de trabajo repercutirán de forma diferente, con mayor o menor gravedad, con unas incidencias u otras, dependiendo de las características del trabajador. Estas pueden ser:

- Sexo.
- Edad.
- Relaciones afectivas y convivenciales.
- Aptitudes y capacidades.
- Actitudes.
- Personalidad.
- Condiciones extralaborales, etc.

Los factores psicosociales son numerosos y de diferente naturaleza. Hay aspectos tanto de la organización y sistemas de trabajo, del medio físico donde se produce el trabajo y de la dimensión de las relaciones humanas en la empresa. Está claro que son factores complejos, pues no sólo están conformados por distintas variables del medio laboral, sino que además representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador.

⁶⁸ ORTEGA, Villalobos Joel. Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo - Hospital General de Zona No. 24 - Delegación 1 Noroeste Distrito Federal- Instituto Mexicano del Seguro Social. México. <http://google.com>.

⁶⁹ <http://www.navactiva.com/web/es/queesnavactiva/index.jsp>.

Algunos de los principales factores psicosociales que con notable frecuencia condicionan la salud del trabajador son los siguientes:

Tabla 1. Factores psicosociales.

<p>Relativos a la tarea.</p>	<p>VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monotonía. • Autonomía laboral deficiente. • Ritmo de trabajo apresurado. • Actividades con gran responsabilidad. • Automatización. • Formación requerida. • Aprendizaje de la tarea. • Prestigio social de la tarea en la empresa. • Cargas de trabajo excesivas. • Exigencias excesivas de desempeño. • Actividades laborales múltiples. • Trabajo monótono o rutinario. • Poca satisfacción laboral. • Creatividad e iniciativa restringidas. • Amenaza de demandas laborales.
<p>Relacionados con la Organización del tiempo de trabajo.</p>	<p>VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración de la jornada. • Distribución de las jornadas, (festivos, diurnos, nocturnos, turnos). • Pausas de trabajo. • Rotación de turnos. • Jornadas de trabajo excesivas. • Duración indefinida de la jornada. • Actividad física corporal excesiva.

<p>Relativo a la estructura de la empresa u organización.</p>	<p>VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de mando. • Relaciones personales. • Participación. • Definición de funciones. • Canales de comunicación e información. • Status social. • Desarrollo profesional. • Ayudas sociales. • Supervisión punitiva. • Amenazas verbales.
<p>Extra laborales</p>	<p>VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sociales. • Ocio. • Clima. • Alimentación. • Educación. • Vida privada. • Elementos culturales. • Nutrición. • Facilidades de transporte. • Vivienda. • Salud. • seguridad en el empleo.
<p>Características del empleo.</p>	<p>VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato. • Salario. • Estabilidad en el empleo. • Condiciones físicas del trabajo. • Diseño del lugar de trabajo. • Exposición a riesgo físico constante. • Ambiente laboral conflictivo. • Trabajo no solidario. • Menosprecio o desprecio al trabajador.

- **Factor humano en el trabajo.** El factor humano en este tipo de riesgos tiene una especial importancia. Podemos ver algunos aspectos de ese factor tan común.

Tabla 2. Factor humano en el trabajo.

APTITUD	ACTITUD
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para la tarea encomendada: conocimientos teóricos y experiencia práctica. • Condiciones psicofísicas, conocidas a través de la vigilancia de la salud. • Habilidad y condiciones externas en las que se desenvuelve. • Formación específica para la tarea en ese centro de trabajo. • Información sobre riesgos concretos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo y voluntad del trabajador. • Motivación manifestada en los grados de: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de instrucciones sobre método de trabajo - Utilización equipos de trabajo. - Utilización equipos de seguridad. - Satisfacción en las tareas encomendadas.

- **El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing.** Cuando de violencia en el trabajo se trata, se debe tener en cuenta que hay varias manifestaciones entre las cuales se interesa resaltar en este trabajo el acoso psicológico u hostigamiento psicológico o mas conocido como mobbing, ya que éste es un factor externo que atenta contra la salud del trabajador.

Dado que la violencia tiene una definición dada por la Organización Mundial de la Salud que pudiera servir de base para cualquier análisis, porque se trata de una Organización Internacional del sistema de Naciones Unidas, cuyo fin es contribuir al logro de un mundo más sano y saludable y como la salud no es solamente ausencia de enfermedades, se puede considerar que cualquier atentado contra la salud de las personas en el cual interviniera un factor externo vinculado al hombre y su acción directa, sería catalogado como un acto de violencia.

La OMS define la violencia como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un

grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”⁷⁰.

El hecho se produce cuando alguien se extralimita en el ejercicio de su poder, pero de tal forma que causa un daño y para él la otra parte deja de ser considerada como persona, para ser concebida como una cosa susceptible de dominación. Al cosificar a un ser humano, se está atentando contra la integridad moral, y con ello se están produciendo daños morales, que son todas esas alteraciones psicológicas, esa alteración del equilibrio psicofisiológico, que constituyen los daños a la integridad moral y que, según las circunstancias, pueden convertirse en alteraciones patológicas, esto es, en lesiones psíquicas. Por eso los países más avanzados han optado por darle el nombre genérico de Síndrome postraumático (PTSD) para incluir en esta definición todo efecto que implique alteración del equilibrio psíquico por experiencias traumatizantes externas. Los trastornos son debidos a un agente traumático o agresivo externo. Y en tal caso, si además hay indicios o pruebas de conflicto en el trabajo, el reconocimiento como enfermedad laboral es difícilmente cuestionable.

Tanto los trabajadores como los empleadores reconocen cada vez más que las agresiones psicológicas son una forma grave de violencia. La violencia psicológica incluye el amedrentamiento de grupo o "mobbing", es decir, la intimidación y el hostigamiento psicológico colectivos.

Con motivo de la aprobación e implantación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995, y de sus normas de desarrollo, comienzan a cobrar notoriedad en el mundo del trabajo fenómenos que, en mayor o menor medida, siempre han acompañado a la vida laboral, pero que, hasta entonces, eran interpretados como prácticas o conductas desligadas del discurrir laboral y que, a tenor de dicha nueva normativa, son observados como auténticos riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores”. Estamos hablando del Síndrome de Burnout, del Síndrome del mobbing, del síndrome del acoso sexual y de otros síndromes, como el de los workaholics⁷¹.

Se ha constatado la existencia en las empresas de trabajadores sometidos a un hostigamiento psicológico tal, que presentan síntomas psicosomáticos y

⁷⁰ GUEVARA, Ramírez, Lydia, tratamiento del acoso psicológico, el estrés y el burnout como accidentes del trabajo. Unión Nacional de Juristas de Cuba . Psicología científica .com. Fecha de Publicación: 29/04/2003.

⁷¹ FERNÁNDEZ, Jiménez Manuel. la Revista Protección Laboral (Algunos aspectos del Mobbing laboral). Artículo publicado en el nº 33, 4ª Trimestre 2002. <http://google.com>.

reacciones anormales hacia el trabajo y el ambiente laboral. Muchas de estas manifestaciones se ajustan a la definición del término de mobbing el cual fue introducido por primera vez por el psicólogo sueco Heinz Leymann en 1984, para referirse a una situación de “terror psicológico en el trabajo u “hostigamiento psicológico en el trabajo.

Éste término es empleado en la literatura psicológica internacional para describir una situación en la que una persona o un grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema (en una o más de las 45 formas o comportamientos descritos por el Leymann Inventory of Psychological Terrorization, LIPT), de forma sistemática (al menos, una vez por semana), durante un tiempo prolongado (más de 6 meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo.

Todos los expertos en éste tema coinciden en que cuando se habla de mobbing laboral, se habla de un conflicto con violencia en el medio laboral. De un tipo especial de violencia, con características y connotaciones especiales, diferente de otros tipos de violencias que también se pueden encontrar en el medio laboral. Fundamentalmente, se está hablando de un tipo de violencia interna y de características psicológicas, diferente de las violencias externas procedentes de los usuarios o de los delincuentes, de las violencias internas o externas con agresiones físicas, y diferente de formas peculiares de violencia, como el acoso sexual laboral, que pueden sufrir los trabajadores.

Según diferentes estudiosos de la materia el mobbing podría considerarse como una forma característica de estrés laboral, que presenta la particularidad de que no ocurre exclusivamente por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización, sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen en cualquier empresa entre los distintos individuos.

Una característica de la situación es la de ser un conflicto asimétrico entre las dos partes, donde la parte hostigadora tiene más recursos, apoyos o una posición superior a la del trabajador hostigado. En esta dinámica, el presunto agresor o agresores se valen, normalmente, de algún argumento o estatuto de poder como pueden ser la fuerza física, la antigüedad, la fuerza del grupo, la popularidad en el grupo o el nivel jerárquico para llevar a cabo estos comportamientos hostigadores.

Una de las particularidades de este tipo de procesos es que el afectado perciba que sus hostigadores tienen la intención explícita de causarle daño o mal, lo que convierte a la situación en especialmente estresante. Además, el individuo

interpreta las situaciones como una gran amenaza a su integridad en la que no sabe cómo afrontar estas situaciones para modificar su entorno social, ni sabe cómo controlar las reacciones emocionales que le produce dicho proceso. “El fracaso en el afrontamiento de las situaciones y en el control de la ansiedad desencadena una patología propia del estrés, que se va cronificando y agravando progresivamente”⁷².

Algunos estudios se encargan de destacar la incidencia de este problema y/o su magnitud, para lo cual se han diseñado herramientas específicas estandarizadas como el L.I.P.T. (Leymann Inventory of Psychological Terrorization, 1990). Otros instrumentos miden las consecuencias derivadas de este tipo de procesos. Dado que el tipo de situaciones descritas originan estrés, los instrumentos utilizados para evaluar algunas de las consecuencias derivadas del mobbing son diversos cuestionarios específicos destinados a evaluar sintomatología psicosomática generada por procesos estresantes, como el Test de Salud Total (T.S.T. de T. S. Langner, 1962, NTP 421/1996) o el Cuestionario General de Salud (G.H.Q. de D. Goldberg, 1972).

El hostigamiento psicológico laboral se ejerce especialmente a través de cuatro mecanismos: manipulación de la comunicación del hostigado, manipulación de la reputación del hostigado, manipulación del trabajo del hostigado y manipulación de las contraprestaciones laborales.

Tabla 3. Formas de expresión del mobbing según Manuel Fernández Jiménez.

<p>Manipulación de la comunicación del hostigado:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Negación de la información concerniente al puesto de trabajo, como las funciones y responsabilidades, los métodos de trabajo: la cantidad, calidad y plazos del trabajo a realizar • Comunicación hostil explícita, con críticas y amenazas públicas. • Comunicación hostil implícita, como la negación de la palabra o el saludo.
<p>Manipulación de la reputación del hostigado:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de comentarios injuriosos, con ridiculizaciones públicas, relativas al aspecto físico o las ideas o convicciones políticas o religiosas. • Realización de críticas sobre la profesionalidad del hostigado. • Acoso sexual del hostigado.

⁷² DAZA, Félix Martín; PÉREZ, Bilbao Jesús y LÓPEZ, García-Silva, Juan Antonio. <http:// Centro Nacional de Condiciones de Trabajo>.

<p>Manipulación del trabajo del hostigado:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de sobrecarga de trabajo- Asignación de trabajos innecesarios, monótonos o rutinarios. • Asignación de tareas de cualificación inferior a la de la víctima (shunting) • Asignación de demandas contradictorias o excluyentes • Asignación de demandas contrarias a la moralidad del hostigado. • Negación de la asignación de tareas. • Negación de medios de trabajo
<p>Manipulación de las contraprestaciones laborales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación en el salario, en los turnos, jornada o en otros derechos. • Discriminación en el respeto, el rango o el protocolo.

Autores como (Zapf, Knorz y Kulla, 1996) y otros plantean otro modelo de conductas de mobbing, clasificadas por factores. Como la que se presenta a continuación.

Tabla 4. Algunas conductas concretas de mobbing clasificadas por factores (Zapf, Knorz y Kulla, 1996).

<p style="text-align: center;">ATAQUES A LA VÍCTIMA CON MEDIDAS ORGANIZACIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El superior restringe a la persona las posibilidades de hablar • Cambiar la ubicación de una persona separándole de sus compañeros • Prohibir a los compañeros que hablen a una persona determinada • Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia • Juzgar el desempeño de una persona de manera ofensiva • Cuestionar las decisiones de una persona • No asignar tareas a una persona • Asignar tareas sin sentido • Asignar a una persona tareas muy por debajo de sus capacidades • Asignar tareas degradantes
---	---

<p>ATAQUES A LAS RELACIONES SOCIALES DE LA VÍCTIMA CON AISLAMIENTO SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona • Rehusar la comunicación con una persona a través de miradas y gestos • Rehusar la comunicación con una persona a través de no comunicarse directamente con ella • No dirigir la palabra a una persona • Tratar a una persona como si no existiera
<p>ATAQUES A LA VIDA PRIVADA DE LA VÍCTIMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Críticas permanentes a la vida privada de una persona • Terror telefónico • Hacer parecer estúpida a una persona • Dar a entender que una persona tiene problemas psicológicos • Mofarse de las discapacidades de una persona • Imitar los gestos, voces... de una persona • Mofarse de la vida privada de una persona
<p>VIOLENCIA FÍSICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertas sexuales, violencia sexual • Amenazas de violencia física • Uso de violencia menor • Maltrato físico
<p>ATAQUES A LAS ACTITUDES DE LA VÍCTIMA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ataques a las actitudes y creencias políticas • Ataques a las actitudes y creencias religiosas • Mofarse de la nacionalidad de la víctima
<p>AGRESIONES VERBALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gritar o insultar • Críticas permanentes del trabajo de la persona • Amenazas verbales.
<p>RUMORES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar mal de la persona a su espalda. • Difusión de rumores.

- **El mobbing y la salud.** Manuel Fernández Jiménez Jefe de los Servicios Médicos de Barcelona, plantea que el conflicto mobbing, debidamente identificado, puede y debe ser contemplado como un auténtico riesgo psicosocial para la seguridad y la salud de los trabajadores, ya que éste conflicto es de características psicológicas que se desarrolla en la empresa.

Sin embargo, cuando nos encontramos ante un auténtico mobbing, estamos hablando de una parte de la empresa que está ejerciendo un hostigamiento o terror psicológico sobre otra. Es decir, estamos hablando de una parte de la empresa que está ejerciendo una conducta agresiva sobre otra, conducta que puede constituir un riesgo para la seguridad y salud de esta parte y que puede dar lugar a una perturbación de la salud de unos empleados, que podría ser perfectamente encuadrada como un accidente laboral⁷³.

Lo anterior teniendo en cuenta la definición del punto 2º del artículo 4 de la LPRL, que define los riesgos laborales, como "la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo" y de la del punto 3º de dicho artículo, que define los daños derivados del trabajo a "las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo".⁷⁴

• **Efectos de los factores psicosociales.** Si bien es cierto que el efecto de la interacción entre una persona y sus condiciones laborales, no se traduce inmediatamente en alteraciones de salud, ya que éstas serán distintas en función de las características individuales, también es cierto que los factores psicosociales antes enunciados suelen producir cargas mentales que llevaran a consecuencias a veces trágicas y en muchos casos angustiosas.

La carga mental se puede definir como la incapacidad o dificultad de respuesta que tiene un trabajador o trabajadora en un momento dado. Ante el cambio producido en el trabajo referente a las cargas físicas, que tienden a ser menos cada día (en términos generales), el aumento de casos sobre carga mental señala esta permutación, debido sobre todo a las nuevas tecnologías, la complejidad de las tareas y las exigencias empresariales administrativas.

La carga mental da paso a la fatiga mental que aparece cuando el trabajo requiere del individuo niveles y esfuerzos mentales por encima incluso de la capacidad humana, o al menos, por encima de la capacidad del trabajador o trabajadora determinado. Si esta fatiga mental no es superada con el descanso empiezan graves problemas. La fatiga mental se caracteriza por la sensación de cansancio, somnolencia, bajo nivel de atención, torpeza en los movimientos, errores... Entonces se puede llegar a un desequilibrio prolongado entre las capacidades de

⁷³ Revista Protección Laboral (Algunos aspectos del Mobbing laboral). artículo publicado en el N° 33, 4ª Trimestre 2002. [http:// google.com](http://google.com).

⁷⁴ FERNÁNDEZ Jiménez Manuel, Op. cit. <http://google.com> .

los trabajadores -limitadas- y los requerimientos de las tareas obligadas por las empresas -ilimitadas-. Tras este cuadro puede y suele aparecer la fatiga crónica.

Tabla 5. Consecuencias del mobbing.

Para el trabajador:	<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiátricas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de fracaso, impotencia y frustración. • Disminución de la estima personal. • Ansiedad- Depresiones, tendencias paranoicas, suicidio. • Somatizaciones, como disminución de la libido. • Fobia social
	<ul style="list-style-type: none"> • Físicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Somatizaciones diversas
	<ul style="list-style-type: none"> • Sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia social
Para la familia:	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la vida familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Separaciones familiares.
Para el ambiente laboral:	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del clima laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la calidad y cantidad del trabajo. • Aumento del absentismo- Aumento de la siniestralidad
Para la comunidad:	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fuerza de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la morbilidad y siniestralidad • Aumento de las pensiones de Invalidez

Tabla 6. Algunos efectos de los factores psicosociales.

Consecuencias psicológicas.	-Actitudes negativas, Irritación, Preocupación, Tensión, Ansiedad.
Reacciones de comportamiento.	Disminución de rendimiento en el trabajo, alteraciones de la vida social y familiar del individuo.

Síntomas percibidos y problemas de salud.	Tensión, dolores musculares, disfunciones gástricas, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, mayor agresividad, tendencia a la depresión, y a otras neurosis de reacción.
Accidentes de trabajo.	El estrés en el trabajo, la falta de formación, el trabajo a destajo, la insatisfacción, el trabajo mal organizado.

- **El estrés como consecuencia de los factores psicosociales.** El ser humano se encuentra constantemente sometido a fuertes influencias externas. Estas influencias o "factores psicosociales condicionantes" (en términos de Foucault) cuando son negativas comprometen su salud psicofísica y alteran su dinámica social, profesional y laboral, en forma temporal y a veces por períodos prolongados que obligan a licencias o reconstrucción o reingeniería psicológica. La medicina ha incorporado el término estrés para designar ese desajuste que se produce entre el individuo y su entorno.

Por tal motivo según el Doctor Joel Ortega Villalobos, el enfoque más común para abordar las relaciones entre el medio ambiente psicológico laboral y la salud de los trabajadores ha sido a través del concepto de estrés. Tanto en los países en desarrollo como en los estados industrializados el medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida provocan la acción de factores psicológicos y sociales negativos. "Por ello la importancia de su estudio desde el punto de vista profesional ha ido aumentando día con día, estos estudios deben incluir tanto los aspectos fisiológicos y psicológicos, como también los efectos de los modos de producción y las relaciones laborales"⁷⁵. El estrés es el resultado de la presencia no solo de factores biológicos, sino también de factores psicosociales.

Dicho concepto se remonta a la década de 1930, cuando Hans Selye, un joven austriaco de 20 años de edad, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien lo denominó el Síndrome de estar Enfermo.

Hace más de medio siglo, Hans Selye definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: "la respuesta no específica del

⁷⁵ ORTEGA, Villalobos Joel. Op. cit., <http://google.com>.

organismo a cualquier demanda del exterior". El termino proveniente del idioma inglés ha sido incorporado rápidamente a todos los idiomas, la idea, nombre y concepto se han alojado fácilmente en la conciencia popular". "Selye consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos resultantes de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, integró a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés. A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas⁷⁶.

Es así como las presiones sociales y profesionales, el aumento de responsabilidades, etc. pueden someter al individuo a una gran sobrecarga psicofísica que obliga al organismo a poner en marcha sus mecanismos biológicos y fisiológicos para la adaptación y defensa de las agresiones de ese entorno. Si esas respuestas no son adecuadas y las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas en el tiempo y superan la capacidad de resistencia y adaptación del sujeto, se llega a la situación del trastorno del estrés.

Según Sandra Marcela Cárdenas, el estrés debe ser entendido como una reacción adaptativa a las circunstancias y demandas del medio con el cual la persona está interactuando, es decir, que el estrés es un motor para la acción, que impulsa a la persona a responder a los requerimientos y exigencias del entorno "eustress o estrés positivo". Sin embargo cuando el ambiente que rodea una persona impone un número de respuestas para las cuales la persona no se encuentra capacitada o no posee las habilidades para enfrentar, se convierte en un riesgo para la salud "distress o estrés de consecuencias negativas".⁷⁷

3.3.14 Prevención en salud mental. En prevención en salud mental existen tres categorías que son:

⁷⁶ Ibid. Ciudad de México, Enero de 1999. <http://google>.

⁷⁷ CÁRDENAS Sandra Marcela. El estrés ocupacional. ¿Muy estudiado y poco entendido?.. Psicóloga Asesora Riesgos Psicosociales A.R.P. <http://google.com>.

Prevención primaria: ayuda terapéutica que se presenta a sujetos normales para que se adapten a la vida de forma satisfactoria.

Prevención secundaria: identificación de un problema psicológico en su fase inicial a fin de prescribir el adecuado tratamiento que impida el progreso y agravamiento de éste.

Prevención terciaria: es el proceso de rehabilitación por medio de programas orientados a corregir los efectos de la alteración que sufre el sujeto.

3.3.15 Promoción de la salud mental. Para hablar de promoción de la salud mental, es preciso definir primero que significa la promoción de la salud.

La promoción en la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud, calidad de vida y ejercer un control sobre la misma, se transforma en un conjunto de estrategias y de acciones sobre el individuos y la comunidad, con el objetivo de que adquieran conductas saludables sobre los factores protectores asociados a las primeras causas de enfermedad (alimentación saludable, vida activa, ambiente libre de humo de tabaco, desarrollo psicosocial, factores protectores de seguridad tanto en el hogar, en el trabajo, salud sexual factor ambiental).

La promoción de la salud es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. La promoción de la salud busca que la persona, la familia y la comunidad adquieran hábitos para mantenerse saludables e identifiquen y modifiquen aquellos hábitos inadecuados (fumar, ingerir alcohol, falta de ejercicio). Esto se logra con el conocimiento, la información y la educación permanente⁷⁸.

Para entender y abordar los instrumentos de la Promoción de Salud desde la perspectiva de los instrumentos útiles para las intervenciones de Promoción de Salud en las Madres Comunitarias es necesario destacar, en primer lugar, tres aspectos, de entre sus planteamientos teóricos, que es de considerar importante aclarar como punto de partida.

⁷⁸ ASOCIACIÓN MUTUAL “FAMILIAS UNIDAS”. Prevención y promoción de la salud en la seguridad social Empresa solidaria de salud del valle del aburra, Silit Editores. p. 17.

El primero se refiere a los enfoques de la Promoción de Salud. Considerando la Promoción de Salud por una parte como filosofía, que impregna todas las actividades y programas de los servicios sanitarios (incluidos los dirigidos a la enfermedad), y, por otra, como actividades y programas concretos y específicos sobre diferentes temas, situaciones y grupos.

Es segundo aspecto se refiere al objeto de intervención de la Promoción de Salud y su doble dimensión personal y social. Las intervenciones de Promoción de Salud se dirigen, por una parte, a mejorar la competencia de las personas en salud (estilos de vida) y, por otra, a mejorar el entorno y la sociedad en que viven (entornos saludables).

A menudo por estilos de vida se entiende exclusivamente no fumar, comer saludablemente, hacer ejercicio físico y un uso moderado del alcohol. En Promoción de Salud, desde una perspectiva biopsicosocial, por estilos de vida se entiende la "manera general de vivir" de las personas y grupos sociales. Esto incluye no sólo los clásicamente denominados "hábitos saludables" anteriormente citados, sino también las formas de pensar y de comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en el control de sus vidas y su proyecto de vida, las relaciones interpersonales, los patrones de relación con el entorno en que se vive, el repertorio de habilidades personales y sociales de que se dispone, etc.

El tercer aspecto se centra en a quién compete la Promoción de Salud. Para intervenir, por un lado, sobre las personas y, por otro, sobre el entorno en el que viven, la Promoción en Salud compete no sólo a los servicios de Atención Primaria de Salud, sino también a otros servicios sociosanitarios (servicios sociales, de salud mental, de planificación familiar, centros escolares...). Se trata de generar un "espacio sociosanitario" común para intervenciones de Promoción en Salud y prevención, dado que son funciones de todos ellos. Igualmente la Promoción en Salud compete a las diferentes asociaciones y grupos comunitarios implicados en los temas o problemas de la salud a abordar, así como a las estructuras existentes de participación comunitaria en la gestión de los servicios.

Se describen en las intervenciones de Promoción de Salud dos formas de Educación para la Salud, desde los enfoques de desarrollo personal y de desarrollo social: La primera dirigida a los comportamientos o situaciones identificadas como riesgos para la salud La Educación para la Salud es una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud. La segunda consiste en Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para

concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambios sociales respecto a la Salud.

El trabajo en promoción es fundamental para el desarrollo humano, económico y social en una comunidad, con el fin de lograr una mejor calidad de vida.

3.3.16 Psicología social comunitaria. Se parte de la consideración de lo social y lo cultural como determinantes en la configuración de procesos psicológicos como la conciencia, la emoción, el afecto y los procesos complejos de pensamiento. Se reflexiona y hace experimentación para saber cómo se forma la conciencia en el hombre y de qué manera influyen los factores externos en tal configuración, concebidos desde el desarrollo del estructuralismo, puesto que se argumenta que en el laboratorio sólo se pueden estudiar los fenómenos mentales que tienen estrecha relación con los procesos fisiológicos, y los procesos psicológicos elevados o superiores sólo pueden ser estudiados a través de la cultura: el lenguaje, las costumbres, las creencias, las instituciones, entre otros. Según Ignacio Martín Baró:

La Psicología Social como disciplina aborda la relación entre estructura social y configuración del mundo interno del sujeto, y su indagación se centra en la interacción, es entonces posible definir una Psicología social latinoamericana que tiene por objeto, el estudio de las organizaciones, instituciones y grupos como dominios fenoménicos, de interacciones específicas en sus efectos sobre los individuos y por consiguiente en las sociedades y propiciándose a partir de estas elaboraciones, la progresiva y determinante liberación de los pueblos⁷⁹.

Ahora bien desde la Facultad de Ciencias Sociales, Humanas y Educativas de la UNAD se define la psicología social comunitaria más allá de solamente un campo de acción. Partiendo de que todo sujeto es un ser social y teniendo en cuenta que la psicología tiene como objeto de estudio los seres humanos y sus procesos psicológicos, la psicología social comunitaria atraviesa todas las áreas o campos de esta disciplina. De lo que se trata entonces, es de deconstruir y construir una mirada diferente de la psicología, una psicología de la cotidianidad, de lo complejo, de lo humano y no solamente de lo patológico y anormal.

⁷⁹ BARO, Martín, Psicología Social de la Guerra; trauma y terapia, p. 19-20, Doc - El Salvador 2000

La Psicología Social Comunitaria se inscribe por esencia dentro de lo comunitario, en la cual la idea de lo comunitario proviene de la comuna, de lo común. La comuna habla de un territorio, de una geografía que destaca sectores, que recorta espacios los que a su vez engloban sujetos. De tal forma que lo comunitario define a los habitantes de la comuna. Y todo lo que tienen en común los habitantes de la comuna es la pertenencia a un territorio. Se trata de una separación geográfica en la que la separación no tiene nada que ver con algo del orden de lo psicológico sino de lo territorial.

Es necesario destacar la importancia de analizar el desarrollo histórico de la Psicología Comunitaria dentro del orden social en que ésta se inserta y comienza a funcionar como tal, incluyendo el contexto de la psicología como disciplina científica y como profesión de ayuda.

La psicología social se ocupa por naturaleza de los procesos psicosociales que dan como resultado dinámicas de una cultura, a través de la cual esta se expresa y hace construcción y significación, resignificación de la realidad a través de las representaciones sociales y de la elaboración de una génesis del sentido común y en tanto se concretizan en el ámbito específico de una comunidad determinada, dan lugar propicio al surgimiento de la Psicología Social Comunitaria, que implica la inserción y transformación progresiva de una comunidad determinada, definiendo su historicidad desde la realidad y la practica misma y no como cosa aislada de la mera formulación de constructos teóricos.

También se le suma al sentido común que viene sufriendo cambios acelerados mediante la incursión cada vez mayor de la ciencia en la vida cotidiana y del juego mismo de las representaciones sociales, que se definen como una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos y que se estructura mediante procesos básicos de objetivización progresiva en la realidad misma y en la sistematización de teoría. Esta manera de concebir lo social, en términos de hechos sociales, esta íntimamente relacionada con la aproximación que se traslada al ámbito de la conciencia colectiva. Resulta importantísimo insistir de otra parte, en el quehacer del Psicólogo Social Comunitario en el contexto de las comunidades como facilitadores en los procesos, para la construcción de referentes para interpretar la realidad y tomar una posición comprometida con ella, y proveer a las comunidades experiencias de solidaridad y cooperación en pro de la educación y de la vida misma. La labor del investigador social consiste en indagar las dificultades que cada sujeto tiene en un grupo determinado, que puede ser su familia, la empresa donde trabaja, la comunidad a la que pertenece.

3.3.17 Representaciones sociales. La psicología social se ocupa de los procesos psicosociales que dan como resultado dinámicas de una cultura, a través de la cual ésta se expresa y construye su realidad. Uno de los procesos más importantes de las sociedades modernas es el de las representaciones sociales. Éstas entendidas como la expresión de una forma de pensar común a los individuos, con unos contenidos sociales que guardan independencia de la producción eminentemente individual. Las personas no producen las representaciones sociales sobre la base de sus experiencias idiosincráticas de una forma aislada, por el contrario son el resultado de acciones grupales, en la medida que son miembros activos en una comunidad y que hacen parte de grupos específicos y de clases sociales.

“Las representaciones sociales están en la base de toda situación de interacción: cada vez que entramos en contacto con objetos o personas se movilizan contenidos mentales, imágenes, ideas que codifican y categorizan la situación atribuyéndole cierto significado”⁸⁰.

Se entiende por Representación Social el proceso y producto de la construcción mental de lo real (Moscovici-Hewstone, 1986; Kâes, 1968). Constituyen sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje propios. No son meramente opiniones, imágenes o actitudes, sino teorías o "ramas del conocimiento" que descubren y organizan la realidad”⁸¹.

Se Puede entonces definir una representación social como la reproducción mental de un objeto, donde se reproduce algo que está ausente; como la versión simbólica de la relación entre el objeto y el sujeto. Así, cuando una persona ve un objeto, la mente lo que hace además de relacionar el sujeto con ese objeto, es fusionar lo percibido con lo que se integra el conocimiento previo que se tiene de un objeto con las señales percibidas, produciendo como efecto la "realidad inmediata", que no es otra cosa que el resultado de la interacción constructiva del sujeto con la estructura ambiental. (Bolívar y col, UPN 1995).

Es así como la representación que el sujeto elabora de los objetos del mundo real no es de ninguna manera, una representación individual. En su elaboración se usan términos proporcionados por la comunidad: la información que proviene de lo real es percibida a través de códigos, valores e ideologías que se asocian a posiciones sociales específicas. Por lo tanto, las representaciones son siempre

⁸⁰ PÉREZ, Rubio, Ana María. la psicología social cognitiva: la cognición social y la teoría de las representaciones sociales. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina. <http://google.com>.

⁸¹ Ibid. <http://google.com>.

representaciones sociales, compartidas por aquellos que ocupan posiciones sociales semejantes dentro de la estructura social. De esta manera las representaciones sociales siempre hacen referencia a un objeto, no existen representaciones en abstracto. Mantienen una relación de simbolización e interpretación con los objetos. Hacen visibles y legibles los objetos, por tanto implican elementos lingüísticos conductuales o materiales.

Las representaciones sociales constituyen una forma de conocimiento socialmente elaborada, que se establece, a partir de la información que recibe el individuo, de sus experiencias y modelos de pensamiento compartidos y transmitidos. A través de ellas, se describen, simbolizan y categorizan los objetos del mundo social, atribuyéndoles un sentido en el cual podrá inscribirse la acción. Las representaciones sociales, operan así, condicionando la conducta: "actuamos en el mundo según creemos que es"⁸².

Según Serge Moscovici, una representación social es una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Como tal es una de las actividades gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios. De este modo la representación social es una preparación para la acción, no sólo en la medida en que guía el comportamiento, sino que remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega así a dar un sentido al comportamiento, a integrarlo en una red de relaciones donde está ligado a su objeto. Al mismo tiempo proporciona las nociones, las teorías y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces estas relaciones. (Moscovici, 1979)⁸³.

Lo que significa que para dicho autor las representaciones son sistemas que tienen una lógica y un lenguaje particulares, una estructura de implicaciones que se refieren tanto a valores como a conceptos, con un estilo de discurso que le es propio, en las que siempre no se habla únicamente de algo sino de un alguien, grupo o individuo, de quien es propia la representación.

Lo social en una representación hace referencia a sí las creencias son compartidas por un grupo social, y si son elaboradas por éste. Las creencias son

⁸² Ibid. <http://google.com>.

⁸³ SÁNCHEZ, José Fernando. RODRÍGUEZ, Caporalli Enrique. Individuo, grupo y representación social., facultad de Ciencias Sociales y humanas UNAD p. 140.

un elemento clave en la comunicación de los pueblos (grupos). Funcionalmente las representaciones sociales clasifican a los objetos sociales, los explican y los evalúan a partir del discurso y de creencias de sentido común y es este conocimiento el elemento base de la interacción. Las representaciones se constituyen en realidad social en tanto conforman y se apoyan en fenómenos recurrentes y considerados colectivamente como reales.

Como forma de pensamiento, la representación social es un modelo interno que tiene por función conceptualizar lo real a partir del conocimiento previo, es por esto que las representaciones designan una forma específica de conocimiento: "el saber de sentido común", en el que el contenido significa una forma particular de pensamiento social (Moscovici, 1984 citado por Bolívar y col UPN, 1995).

Esta connotación social del pensamiento, no permite lo estático y por el contrario, plantea la percepción de la vida cotidiana como un continuo intercambio entre las personas; cómo conocen, cómo explican y cómo comunican las vivencias. Esto es lo que le da carácter particular de conocimiento con un origen y una expresión social práctica, que se hace evidente en los comportamientos y en las prácticas sociales.

Las representaciones sociales llevan a un sistema de pensamientos que permite la relación con el mundo y con los demás; a entender los procesos que facilitan interpretar y construir la realidad; a los fenómenos cognitivos que aportan elementos afectivos, normativos y prácticos que organizan la comunicación social y finalmente constituyen una forma de expresión que refleja identidades individuales y sociales. (Bolívar y col. UPN, 1995: 295).

Como forma de pensamiento, la representación social es un modelo interno que tiene por función conceptualizar lo real a partir del conocimiento previo, es por esto que las representaciones designan una forma específica de conocimiento: "el saber de sentido común", en el que el contenido significa una forma particular de pensamiento social (Moscovici, 1984 citado por Bolívar y col UPN, 1995).

El desarrollo de la noción de representación social, surge en la necesidad de la psicología en articular lo individual con lo social a partir de los procesos de interacción y de representación intra e intergrupos.

Esta corriente - que comienza a desarrollarse en Francia una vez finalizada la segunda guerra mundial - se inscribe también en la línea de la psicología social

cognitiva; pero se caracteriza, fundamentalmente, por el enfoque esencialmente sociológico con que se presenta, contrastando con el enfoque presentado anteriormente, en el que se enfatiza el aspecto psicológico o individual y en el que la dimensión social o "colectiva" ha desaparecido.

Esta escuela reconoce como antecedentes la psicología social de Wundt - que centra su estudio en los fenómenos mentales colectivos, tales como el lenguaje, los mitos y la religión - y el interaccionismo simbólico de George Mead - discípulo de Wundt - quien sostenía que la mente y el "yo", surgen como consecuencia de la interacción social en una comunidad de "otros" que comparten un lenguaje y una cultura comunes. Por último, aunque no por su importancia, la noción de representaciones colectivas de Durkheim, a partir de la cual dicho autor pretendía establecer la especificidad del pensamiento colectivo como uno de los medios por los cuales se afirma la primacía de lo social sobre lo individual (Herzlich, 1975). Esta teoría se ocupa al igual que la cognición social, del pensamiento vulgar y las epistemologías profanas, de la forma en que los individuos o grupos de individuos llegan a conocer el mundo de la vida cotidiana.

Para hacer una aproximación al tema se hará un abordaje desde los planteamientos de algunos autores como Emile Durkheim con el concepto de representaciones colectivas, a Moscovici y Jodelet con las representaciones sociales, a Berger y Luckman con la realidad cotidiana y a Bruner con lo que se denominó psicología popular.

• **Las representaciones individuales y colectivas de Durkheim.** La teoría de la sociedad de Durkheim gira en tono a los conceptos de conciencia colectiva y representaciones colectivas. Atribuye al primer concepto la "estructura simbólica" de las sociedades simples más atrasadas, no diferenciadas y, a las representaciones colectivas, "los universos simbólicos" que componen la estructura simbólica de las sociedades complejas y diferenciadas.

El concepto de representaciones sociales, aparece en la psicología a través de Durkheim quien las definió como: "... estructuras psicosociales intersubjetivas que representan el acervo de conocimiento socialmente disponible y que se despliegan como formaciones discursivas más o menos autonomizadas, en el proceso de autoalteración de significaciones sociales"⁸⁴.

⁸⁴ NIEVA REYES, Blanca Cecilia y JÁCOME LIÉBANAS Sofía. Representaciones Sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano - marginales y su relación con los discursos y las practicas institucionales. Primera parte. <http://terra.com>.

Las representaciones colectivas se constituye en portadoras de significaciones sociales, de interpretaciones, de formas de ver el mundo, etc. (Berriain, 1990). Para Durkheim, el conjunto de representaciones colectivas conforman el sistema cultural, la estructura simbólica, la cohesión social de una colectividad; son elementos que circulan y dan sentido a un grupo instituido de significados. En torno a la estructura simbólica, la sociedad organiza su producción de sentido, su identidad, su nomos individual (particularidad del ser), su nomos social (el ser social), su nosotros. Establece diferencia entre las representaciones individuales y colectivas. Para él, si bien las imágenes como las representaciones individuales son variables y efímeras, los conceptos y las representaciones colectivas son universales, impersonales y estables, y corresponden a entidades tales como mitos, religiones, arte, entre otras (Berriain, 1990: 27). ...⁸⁵.

Durkheim sostuvo que las "las representaciones colectivas de la sociedad poseen una existencia objetiva exterior a los individuos y ejercen, al mismo tiempo, una fuerza compulsiva y restrictiva sobre ellos".

• **Las representaciones sociales según Moscovici y Jodelet.** Por la similitud encontrada frente a la conceptualización de las representaciones sociales planteada tanto por Moscovici como Jodelet, abordar a estos autores en un mismo capítulo.

Moscovici toma de Durkheim el concepto de Representación Colectiva, sin embargo entre ambos autores se sitúa todo el desarrollo de las ciencias cognitivas. De esta forma, al interior de la sociología. Es así cincuenta años más tarde, Moscovici se sirve de la intuición Durkheimiana y de la influencia de ámbitos reprimidos en ese entonces del pensamiento psicosocial, como las problemáticas constituyentes de la psicología de los pueblos o del interaccionismo simbólico, para iniciar la elaboración más precisa de un cuerpo teórico con especificidad propia. ...⁸⁶

"Moscovici, supera la representación individual y colectiva propuesta por Durkheim y acoge el término de representaciones sociales, y aunque considera que estas son más apropiadas para ser comprendidas por las sociedades modernas y considera las representaciones colectivas más apropiadas para el entendimiento de las sociedades primitivas, las que simula a la categoría de opiniones e

⁸⁵ Ibid., <http://terra.com>.

⁸⁶ Ibid. <http://terra.com>.

imágenes. (Farr, 1994: 1 - 20). Es Moscovici, quien trae a las sociedades modernas el concepto de representaciones, en el sentido de entenderlas como nociones generadas y adquiridas, cubrimiento el carácter preestablecido y estático que tenían en la visión clásica. Las representaciones, que en el inicio las definió Durkheim como colectivas, pasan a ser sociales; donde lo que cuenta son las interacciones, los procesos de intercambio a partir de los cuales se elaboran dichas representaciones confiriéndoles su carácter social (Moscovici, 1989).

La representación colectiva no puede ser asimilada a la suma de representaciones de los individuos que componen la sociedad. Es una realidad que tiene existencia propia que en cada momento deben conformarse a ella. Su función es preservar los nexos entre los miembros de un grupo preparándolos para pensar y actuar uniformemente. (Moscovici, 1989 s.p.).

Es así como las representaciones sociales de Moscovici son sistemas cognitivos con una lógica y en lenguaje propio. No representan simplemente opiniones acerca de "imágenes de" "actitudes hacia", sino que representaban "teorías o ramas del conocimiento".

Es por ello que con los aportes de la psicología social, fundamentalmente a partir de las investigaciones de Moscovici, las representaciones sociales, se representan como una noción que "... antes que nada conciernen a la manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en el circulan, identificamos a las personas de nuestro entorno próximo o lejano..." (Moscovici 1989 s.p.).

En Jodelet, las representaciones se presentan como una forma de conocimiento social, un saber del sentido común constituyéndose en "...modalidades de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal..."⁸⁷

Dichas representaciones permiten a los sujetos interpretar, dar sentido a lo inesperado, clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos, permitiendo actuar en consecuencia, plantear teorías que permiten establecer hechos sobre ellos; a menudo, cuando se los comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto". (Jodelet, 1984:472).

⁸⁷ Ibid. <http://google.com>.

Las representaciones tienen que ver con la forma como nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, lo que sucede en nuestro medio ambiente, las informaciones que circulan, las personas que hacen parte del entorno próximo o lejano. "Son conocimiento que se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social"⁸⁸, dichas representaciones sin embargo, no ejercerían de manera absoluta la determinación sociedad-individuo, en tanto que no se trata simplemente de una reproducción, sino más bien de una reconstrucción o recreación mediada por la experiencia vital del sujeto en un ámbito cultural determinado. (Jodelet, 1984:472).

Para decirlo en otras palabras, son ese conocimiento espontáneo, ingenuo, intuitivo, que generalmente se denomina sentido común, distinto entre otros al conocimiento científico. Por su importancia en la vida social, por el esclarecimiento que aporta a los procesos cognitivos y a las interacciones sociales, las representaciones sociales han sido consideradas como un objeto de estudio tan legítimo como el del conocimiento científico.

En resumen, el estudio de estos autores permite ver como las representaciones sociales se construyen, se reconstruyen y se transmiten de generación en generación; encontramos de común en ellos, aunque no lo hagan explícito, que estas representaciones son las que, por una parte permiten la comunicación al interior de los grupos y por otra, determinan su identidad.

⁸⁸ Ibid.<http://google.com>.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO TÉCNICO - METODOLÓGICO Y CARACTERIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Esta intervención investigación se encuentra ubicado bajo el lineamiento de la investigación cualitativa⁸⁹, ya que a través de ésta, es posible conocer mejor la forma como piensan las personas, la influencia de sus sentimientos en la manera como se comportan, sus imágenes del mundo, sus valores, sus contradicciones; además, busca conocer ciertos aspectos de la realidad que inciden en la transformación del comportamiento de una persona o comunidad. Todo esto permite ir aumentando el conocimiento sobre el comportamiento humano y la forma como funcionan los grupos y las comunidades en el contexto de sus condiciones culturales. La intencionalidad de éste trabajo es conocer en detalle cuales son los factores psicosociales que afectan la salud mental de las Madres Comunitarias del municipio de Barbosa, para determinar las acciones, que construidas participativamente ayuden a pelear el problema.

La investigación sobre “los factores psicosociales que afectan la Salud Mental de las Madres Comunitarias”, se realizó bajo el enfoque hermenéutico, dialéctico, etnográfico, permitiendo en las ciencias humanas una aproximación al conocimiento de las personas, desde sus manifestaciones; donde la hermenéutica permite descubrir, analizar e interpretar las palabras, los escritos y los textos en el contexto del cual forma parte; mientras la dialéctica conlleva a las preguntas e interrogantes. El enfoque “hermenéutico - dialéctico, consiente el propósito de la investigación en cuanto esta concebido y diseñado especialmente para el descubrimiento, la comprensión y la explicación de las estructuras o sistemas dinámicos que se dan en los seres humanos y los grupos sociales; como ruta expositiva y de análisis”⁹⁰ permite un acercamiento a la problemática planteada. Garantiza las condiciones para la comprensión conceptual de la temática abordada. Se resalta como valido para este trabajo, la observación participativa, con apropiación de elementos constitutivos de la IAP – investigación, acción participativa, dado que en el proceso de actualización diagnostica, se estuvo en buena medida, interactuando con la comunidad de Madres Comunitarias durante varios semestres.

⁸⁹ Según BONILLA, Elssy, el método cualitativo, permite hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva.

⁹⁰MARTÍNEZ, Miguel. “ El comportamiento humano”. México: Editorial Trillas, 1.989. p. 121.

La psicología social comunitaria es un instrumento de interacción social para la transformación de la sociedad, puesto que es generadora de tecnología social, que facilita la búsqueda y generación de procesos participativos y autogestionarios, e implica la estructuración de grupos que hagan realidad estos aspectos de control y cambio social. Es por ello que esta intervención-investigación se inscribe bajo el método de la investigación Acción Participante, ya que ésta alternativa “se propone ser una herramienta intelectual de transformación social que simultáneamente procura descubrir, educar y organizar diversos sectores en torno a “problemas sentidos como propios a través de la identificación y priorización de ellos”.⁴ Lo que se ofrece a través de este método es la aplicación de un enfoque dialéctico de la comprensión de los fenómenos sociales que subyacen al interior del grupo de madres comunitarias, considerando la dialéctica como una forma de pensar el mundo en la que se abarca la totalidad y multiplicidad del fenómeno humano, sin desconocer las características particulares y el momento coyuntural. “Cuando se comprende la totalidad, se puede explicar, comprender e interpretar lo singular”⁹¹.

Se considera que los fenómenos sociales y psicológicos son por naturaleza dinámicos y complejos, y que se hallan en una relación continua con las fuerzas del contexto, el método de estudio a emplear en dichos fenómenos deberá ser integral y dialéctico para de ese modo de conjugar teoría y práctica en un proceso de conocimiento único, conducente a la acción transformadora.

En la IAP el proceso de conocimiento esta en las manos de los propios protagonistas: apuesta a las capacidades intelectuales y cognitivas de los participantes, a la recuperación crítica del saber, a la fecundidad del análisis y a la discusión colectiva de la situación concreta en la que viven los sujetos, en este caso las Madres Comunitarias. Aquí, se trabaja para activar los recursos positivos de un colectivo, buscando la participación activa de todas ellas.

Dado que la I.A.P. busca orientarse con una práctica teórico-instrumental, donde no se encargue el hombre sólo de interpretar el mundo, sino que se comprometa con su proceso de transformación, se considera pertinente su aplicación al grupo de Madres Comunitarias. Desde esta racionalidad dialéctica, no es posible separar teoría de práctica, considerándose relacionadas e interdependientes. Además, se caracteriza esta forma de investigación porque tiene en cuenta el saber popular y la construcción colectiva de conocimiento, que como se puede apreciar en tanto diálogo de saberes y pluralidad de perspectivas, no puede terminar siendo sólo una descripción vivencial de un proceso, sino que requiere de categorizaciones y

⁹¹ GIORGIO, Víctor. “Investigación Acción Participativa, Una Opción Metodológica”. CIDC-Uruguay. IV Seminario Latinoamericano. Chile. p. 25.

tematizaciones que permiten transformar el saber popular y el sentido común en aportes teóricos, surgidos de la vida viva.

Dado que es necesario adentrarse en los procesos comunicativos que se dan al interior de las comunidades, como es el caso de las Madres Comunitaria, se hace pertinente también una aproximación a la etnografía, ya que se considera que ésta, permite entender el por qué de la circulación de producciones y significaciones que sobre objetos sociales surgen en los grupos sociales. En palabras de Branislavo Malinowski considera como método etnográfico como “trabajo de campo durante el cual el investigador observa, comparte y participa de la vida cotidiana y otros eventos sociales locales”⁹².

La etnografía recrea para el lector las creencias, las prácticas, el conocimiento popular, y el comportamiento de grupos de personas tal como son percibidas por el grupo investigado. Pretende obtener y analizar datos de tipo subjetivo que los pobladores emplean en la conceptualización de sus propias experiencias, en su concepción del mundo.

Este enfoque proviene de la Antropología y de la Sociología cualitativa, combina un entrenamiento teórico con una observación sistémica de hechos sociales y pone el acento en los métodos cualitativos, los análisis globales de los fenómenos y las variables de proceso. Por consiguiente utiliza como herramienta de trabajo la observación participante, y se apoya para “registrar sus impresiones en el llamado diario de campo, que no es otra cosa, que un registro acumulativo de todos los acontecidos durante toda la vida del proyecto de investigación”⁹³.

Admite, dentro del marco de la investigación, las experiencias subjetivas tanto del investigador como de los participantes, característica que facilita un control más consciente de los sesgos del observador, quien puede “compenetrarse totalmente hasta convertirse en un integrante del grupo estudiado “observador-participante”, o permanecer como espectador ajeno a la situación “observador –no participante””⁹⁴ Las técnicas que se utilizaron , para llevar a cabo dicha intervención investigación van desde la observación participante, diarios de campo, entrevista semi estructurada , ya que la I.A.P. y la etnografía se apoyan en técnicas de trabajo de campo como la entrevista, en sus modalidades de entrevista individual y grupal, tanto estructuradas como no estructuradas. Así mismo se apoya en los elementos

⁹² TORRES CARRILLO, Alfonso. Enfoques cualitativos y participativos en investigación social. Santafé de Bogotá: UNAD, 1998. p.74.

⁹³ SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A. Investigación Cualitativa. Bogotá: Copyright, 1996. p.71.

⁹⁴ BONILLA CASTRO, Elsy y RODRÍGUEZ SEHP, Penélope. Más allá del dilema de los métodos. Editorial Presencia, 1996. p, 122.

de la educación popular y de la comunicación alternativa, que le permiten abordar la realidad social desde sus distintas manifestaciones.

Acorde con la concepción de etnografía, el primer paso consistió en plantear preguntas e interrogantes con respecto a las experiencias humanas que sobre los conceptos de salud y enfermedad que se pretende indagar. Luego se seleccionarán las técnicas y fuentes para la recolección de los datos (entrevistas, videos, fotos, etc.). A estos datos se sumarán la vivencia y las experiencias vividas, intentando no perder la intencionalidad del trabajo.

4.2 DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN-INVESTIGACIÓN

4.2.1 Población o comunidad. Esta intervención-investigación será realizada con la población de Madres Comunitarias del Municipio de Barbosa, la cual está conformada por 34 Madres cuyas edades oscilan entre 20 y 60 años. Cada una de estas madres tienen a su cargo 13 niños entre cero y siete años de edad.

Las mujeres que conforman esta comunidad son de escasos recursos económicos, son pocas las que han alcanzado un buen grado de escolaridad, algunas son madres cabeza de familia, una minoría son solteras y sin hijos, siendo ésta una población vulnerable a diversos factores psicosociales que afectan su salud mental.

4.2.2 Estrategias para recoger la información. La recolección de datos se realizó mediante análisis documental a partir de revisiones de investigaciones preliminares, recolección de artículos de Internet sobre la temática, conversatorios con las personas que conocen la problemática de las Madres Comunitaria y encuestas, discusiones y dinámicas participativas, talleres y conversatorios.

Con las encuestas y la observación dirigidas a las Madres Comunitarias, se logró profundizar en su problemática a través de un acercamiento directo e individual. A partir de esta técnica se recoge información del grupo de las Madres Comunitarias.

Durante la ejecución de los talleres se recogieron materiales auditivos los cuales se constituyeron en elementos importantes al momento de elaborar los informes que fueron escritos una vez se ejecutaba una actividad.

4.2.3 Estrategias de intervención psicosocial comunitaria.

- **Talleres.** Como experiencia, los talleres permiten una relación horizontal entre el dinamizador y los participantes, ya que la comunicación supera la condición emisor-receptor pasivo para crear una atmósfera comunicativa-reflexiva.

Ante la necesidad de promover un proceso participativo con las Madres Comunitarias se optó por implementar la metodología del taller como una forma pedagógica que intenta integrar la teoría con la práctica, teniendo en cuenta que el taller es un espacio de trabajo compartido por dos o hasta tres grupos focales.

Los talleres realizados permitieron una aproximación diferente de la realidad partiendo de los conocimientos previos que las Madres Comunitarias tenían sobre la temática expuesta, convirtiéndose en muchas ocasiones en talleres de retroalimentación de saberes.

Cada taller se desarrollo de manera diferente, no sólo por el tema y las técnicas empleadas, sino porque un taller con una programación básica para cada temática. Los talleres se presentaron con una metodología flexible y de fácil modificación, conservando la claridad de los objetivos.

Cada taller recurre a elementos trabajados en los talleres anteriores, de esta manera se logró afianzar conceptos, verificar escritos y ratificar la confiabilidad y validez de los informes.

También se realizaron acompañamientos en las jornadas pedagógicas dentro de algunos Hogares Comunitarios por parte de la autora del proyecto, con el fin de hacer una observación directa del desempeño de la Madre Comunitaria en su quehacer cotidiano, como se efectúa la relación de ésta no sólo con los niños, sino también con los miembros del grupo familiar, y así poder detectar posibles factores psicosociales.

De la misma forma se llevaron a cabo jornadas de recreación y ejecución de talleres lúdicos en algunos Hogares Comunitarios que los cuales permitió a las Madres Comunitarias, visualizar el desarrollo de actividades pedagógicas relacionadas con su quehacer cotidiano.

- **Psicodramas.** Teniendo en cuenta que este es un método diagnóstico y psicoterapéutico que se caracteriza por la dramatización de situaciones reales o imaginadas por los pacientes. Se realizó un psicodrama por parte de un grupo de Madres Comunitarias quienes representaban una situación dentro en el Hogar Comunitario. Los cuales dieron cuenta de la presencia de factores psicosociales.

- **Psicoterapia de grupo o focal.** Terapia que se aplica a un grupo de personas y que se sirve de la interacción emocional entre los miembros de éste para superar el conflicto individual y modificar su conducta. En esta medida se llevaron a cabo dos de este tipo, por medio de relajaciones, reflexiones sobre sí mismas, las cuales les permitió a las Madres comunitarias liberar las angustias, tensiones, entre otras, que ese momento las aquejaba.

- **Terapia de juego.** Procedimiento terapéutico que se vale de la actividad lúdica como medio de expresión y comunicación con el terapeuta. Se realizaron dos terapias de juego, cuyas actividades estaban previamente preparadas por grupos seleccionados con anterioridad.

4.2.4 Estrategias para análisis de información. Las entrevistas fueron transcritas una a una, luego se procedió a clasificar cada una de las respuestas dadas en categorías, seguidamente se tabularon e interpretaron, finalmente se aplico un análisis estadístico y a graficar algunas de las respuestas.

4.2.5 Elementos analíticos. El uso de elementos analíticos en la construcción conceptual permite identificar rutas de análisis e identificación de temáticas de interés, tanto para cada elemento analítico como para el cruce entre ellas. Permite captar la compleja interacción entre los componentes del concepto Salud Mental y factores psicosociales y otros, reconocer como cada aspecto esta articulado de una manera integral a los demás y por lo tanto identificar su interacción trasversal para dar origen a una integralidad.

La Salud Mental como elemento analítico se articula con otros como el trabajo, la familia y la mujer.

4.2.6 Fases o etapas del proceso metodológico. En la categorización e interpretación de los datos fueron necesarias las siguientes fases:

- I. Definición de unidades de análisis: En el caso de esta investigación fueron los temas: Salud Mental, Marco contextual, Marco legal, Trabajo, Familia, y Factores Psicosociales.
- II. Subestructuración o Categorización: en esta fase se hizo un análisis descriptivo de los resultados encontrados en las indagaciones.

Se partió de las unidades de análisis, para proponer las diferentes categorías que recogió los datos encontrados.

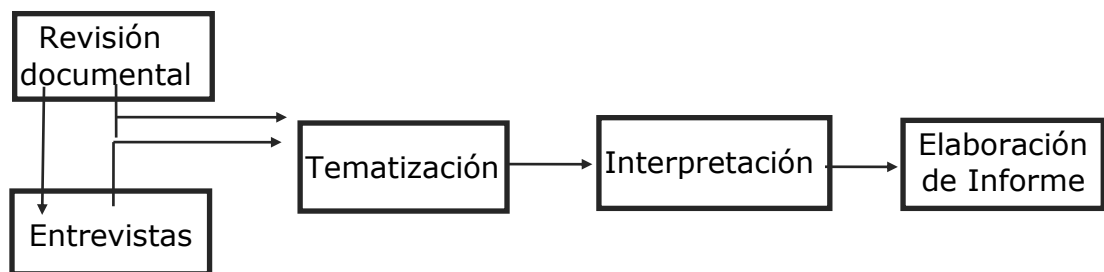
Implicó un ejercicio de inmersión progresiva en la información, el cual comenzó con un fraccionamiento del universo de análisis en subconjuntos ordenados por temas, para luego recomponerlos inductivamente en categorías, con el fin de que reflejaran en una visión totalizante la situación estudiada.

Por la dinámica flexible de la categorización, se partió de unas categorías tentativas fundamentales en el marco conceptual, las preguntas de investigación, los presupuestos, las áreas problemáticas y los mismos temas del estudio. Por lo que no descartó la incorporación de estrategias que emergieron de los datos examinados, permitiendo recurrencias, que fueron incorporados dentro de las categorías propuestas. Es decir, se tuvo en cuenta tanto el modo deductivo como inductivo, de acuerdo a su pertinencia.

- III. Se aplicó el cruce de unidades de análisis y de información a partir del desarrollo e interpretación de resultados y relaciones encontradas.
- IV. Se realizó la interpretación y análisis de la teoría a partir de las indagaciones y relaciones encontradas.

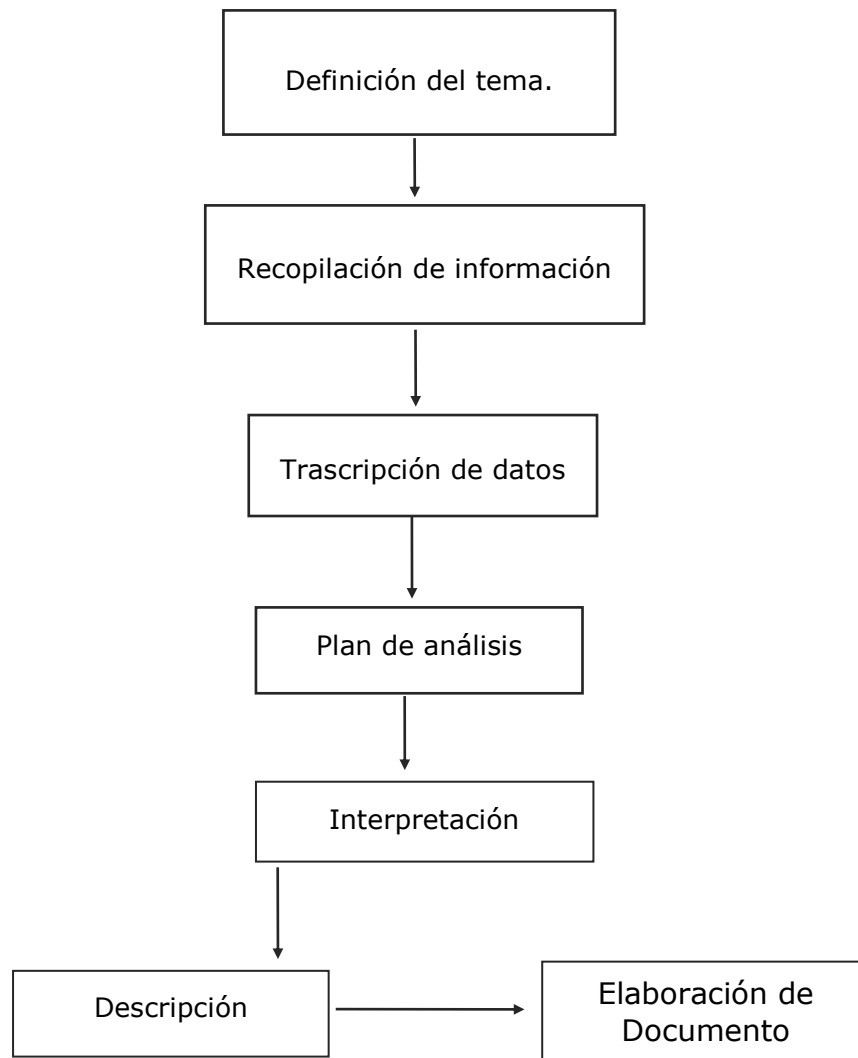
La ruta seguida en la reconstrucción teórica fue mediante la exploración, descripción, interpretación y análisis.

Figura 1. Ruta seguida en la construcción teórica.



En la siguiente figura se plasma visualmente y de forma concreta los procedimientos y secuencias que se siguieron en el análisis cualitativo de los datos.

Figura 2. Proceso metodológico.



4.2.7 - Cronograma.

Tabla 7. Cronograma de actividades 2004.

ACTIVIDADES	Marz	Abril	May	Junio	Julio	Agos	Sep.	Octu	Novi	
Taller de sensibilización.	X									
Conversatorios imaginarios de Salud Mental.		X								
Conversatorios sobre historia de las M.C		X	X							
Aplicación de Encuestas.		X								
Psicoterapia de juego.			X							
Socialización de socialización.				X						
Acompañamientos pedagógicos en los Hogares Comunitarios.					X					
Psicodrama						X				
Psicoterapia de grupo o focal.							X			
Seminario-Taller de reflexión sobre Proyecto de vida, metas de finalidad, autorrealización, sentido de pertenencia al grupo y consciencia social.							X			
Taller de creatividad							X			
Psicoterapia de juego.								X		
Aplicación de talleres lúdicos en algunos Hogares Comunitarios								X	X	
Psicoterapia de grupo o focal.									X	
Taller de creatividad.									X	
Semiotización de actividades.										X

Tabla 8. Cronograma de actividades complementarias 2005.

ACTIVIDADES	JUNIO		JULIO		AGOSTO	
Taller de capacitación "Desarrollo cognitivo en el niño".		X				
Taller de capacitación "Proyecto de aula" y Momentos pedagógicos".		X				
Taller de capacitación "Momentos pedagógicos".			X			
La toma de consciencia en el desarrollo de las actividades infantiles.				X		
Taller de capacitación "La lecto-escritura en el niño y Desarrollo del Espíritu Científico en el niño.					X	
Taller de capacitación "Modelos pedagógicos y Evaluación. Pedagógica".						X
Semiotización de actividades						X

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En presente intervención- investigación realizada sobre el tema de “Factores psicosociales que afectan la salud mental de las madres comunitarias del municipio de Barbosa” se encontró algunas evidencias que desde la psicología social comunitaria permiten afirmar que son varios los factores que inciden en la salud mental de las madres comunitarias.

Se presentan algunas situaciones relativas a los factores psicosociales a nivel laboral que tienen que ver con la asignación de tareas tales como exigencias excesivas de desempeño acompañados de factores que son característicos del empleo como son las situaciones de tipo de contrato y remuneración en el trabajo, pues por considerarse un “trabajo solidario”, como reiteradamente lo denominan los documentos públicos que organizan los programas, el ICBF no tiene relación contractual formal con ellas en ese sentido el ICBF queda exento de pagar las prestaciones sociales legales a las que tiene derecho cualquier trabajador Colombiano, tales como, derecho a garantías legales como cesantías, primas por cesantías, ni vacaciones remuneradas. Otra cosa es que al no existir ningún contrato con el ICBF, es que en el momento de su vinculación al programa la madre comunitaria se hace acreedora a una beca integral por cada niño atendido, que en general no alcanza a ser igual a un salario mínimo mensual.

Tal situación les genera a las Madres Comunitarias insatisfacción laboral e inconformidad, ya que esto no les permite cubrir a cabalidad sus necesidades básicas lo que a la vez les imposibilita mejorar su calidad de vida y la de los demás miembros de su familia quienes de igual forma se sienten comprometidos con el programa, las ayudan y las apoyan, pues si bien es cierto que la estructura de las relaciones familiares ha cambiado, también es cierto que las representaciones sociales sobre el ser y el hacer de los miembros que la constituyen adquieren nuevos perfiles, nuevos roles, aunque permanecen sus funciones básicas, han variado las valoraciones y expectativas sociales sobre el desempeño de los roles estratégicos, que en su interior se desarrollan.

En efecto las representaciones sociales sobre el papel y las atribuciones sociales del padre, la madre, los hijos, se han cambiado, produciendo reorganizaciones normativas, funcionales que reorienta la vida interior de la familia y esto se ve claramente en las encuestas realizadas, pues se encontró que el 91% de los miembros de la familia apoyan y colaboran la Madre comunitaria en sus labores que tienen que ver con el programa, lo que es más un 72.8% están de acuerdo

con que ella se desempeñe en dicha labor, y un 63.6% manifiestan que es una forma de ayudar para el sustento del hogar.

Otra situación más que se presenta es que por las características de los hogares comunitarios, al ser considerado un programa solidario, los padres usuarios del programa aportan una cuota de participación que no es obligatoria por la estadía de su hijo allí, esto hace que muchos padres no hagan este aporte, sin que la madre comunitaria puede tomar ninguna medida frente a ello; ahora bien esto en alguna manera genera malestar, ya que al preguntarles en la encuesta que situación dentro de la labor en el Hogar Comunitario genera malestar al grupo familiar, el 54.5% respondieron ser ésta una de las causas. Cuando se les pregunta que no le agrada del programa el 72.7% responden que la bonificación entre otras cosas. Además un 63.6% manifiestan el deseo de cambiar de empleo, aunque les gusta la labor que desempeñan, debido a esta problemática, entre otras que serán enunciadas más adelante.

En cuanto al factor de la estructura de la empresa u organización en el contexto donde se desempeña la madre comunitaria, se encontró situaciones en el estilo de mando y las relaciones personales, acompañados de algunos componentes de hostigamiento psicológico, por parte de la junta administrativa de los hogares, y funcionarios del ICBF, caracterizado por expresiones verbales amenazantes, "humillativas", con comentarios injuriosos y restrictivos de la posibilidad de expresión de las madres comunitarias y comunicación hostil explícita hacia las mismas, lo que ha significado agresión de la condición humana y dignidad de estas mujeres que se desempeñan como colaboradoras del estado en su función de brindar bienestar y apoyo a la comunidad. En consecuencia esto hace que se desarrolle un alto nivel de desmotivación, sentimientos de fracaso e impotencia, disminución de la estima personal evidenciándose en la inseguridad constante, generando además malestar, miedos y tensiones. En las encuestas el 63.6% manifestó inconformidad por el estilo de mando, por uno u otro motivo, y el 54.5% dicen sentirse violentadas en su propio hogar y las mantiene estresadas.

Por otra parte se encontró en conversatorios realizados con madres comunitarias, que algunas también han sido víctimas de hostigamiento psicológico en el trabajo, por parte de los padres usuarios del programa en lo concerniente a agresiones verbales tales como, amenazas, crítica sobre el trabajo, insultos, entre otros.

Se observa que existe una representación social muy fuerte de la madre comunitaria como tal en tanto que ha introyectado el esquema de madre comunitaria, se identifica, actúa y desarrolla sus labores como tal, Esto se evidencia en el compromiso y en los deseos de prepararse para realizar bien sus

actividades. Se encontró que los niveles de escolaridad de la Madre Comunitaria han mejorado notablemente en los últimos tiempos, pues se ha pasado de mujeres que únicamente unas pocas habían alcanzado a terminar la primaria y en la mayoría no sabían leer ni escribir, a ser mujeres más preparadas para desempeñar dicha función lo que se ve claramente en las encuestas realizadas, pues un 45.4% tienen el bachillerato completo, Mientras que del 18.1% (2 m.c.) continúan su bachillerato y el 36.3% siguen adelantando estudios sobre asistencia al infante en instituciones en la ciudad de Medellín , Otro 18.1% realizaron todo el ciclo de básica primaria completa, El 9% (1), iniciaron estudios de primaria pero no los finalizaron, y otro 9% logro avanzar a un nivel educativo técnico. Pero un 100% (37 M.C) se están capacitando sobre.....por COMFAMA. Lo que da cuenta del interés de las Madres Comunitarias por mejorar su calidad de desempeño en el programa de Hogares Comunitarios.

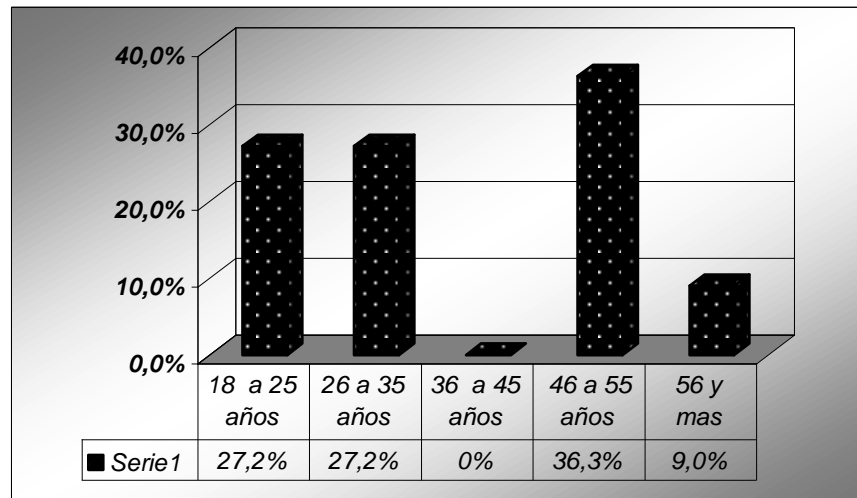
Ahora bien, teniendo en cuenta que las representaciones sociales en tanto que es compartida por el grupo, son elaboradas por éste y sirve para su comunicación y su autogestión, podría decirse que en este sentido las madres comunitarias como dinámica organizacional o como estructura organizacional su representación social es débil, se identifican sólo cuando comparten algún evento o situación, se reúnen porque es condición de Bienestar Familiar para controlar al grupo, garantizar que el programa funcione y se acomoden a sus políticas, no porque ellas hayan decidido ser parte de una organización, pues no se sienten como miembros de ella, ni comparten los mismos intereses y compromisos en los procesos de gestión. En otras palabras no han sentido la necesidad de organizarse como grupo. Esto se ve reflejado en la carencia de de capacidad social, en las relaciones personales, en la falta de cohesión, solidaridad, falta de sentido de pertenencia al grupo, falta de cooperación , participación, falta de comunicación, falta de empatía, intercambio productivo entre las madres comunitarias como miembros de la misma comunidad entre otras.

No obstante, sí de acuerdo a la normatividad lo antes mencionado son experiencias necesarias para el mantenimiento de la salud mental o, por lo menos constituyen una porción importantísima para su desarrollo, en este sentido se da cuenta de la existencia de una comunidad enferma en la que sus miembros ni siquiera se percatan de que esto está sucediendo por la representación social existente en ellas sobre lo que significa salud mental, pues ellas tienen un concepto errado sobre éste término, como prueba de ello se encontró en las encuestas que el 63.6% manifiestan que tener salud mental es no estar loco o a punto de enloquecerse por algún tipo de problema, por otra parte el 100% responde negativamente cuando se le pregunta que si Alguna situación dentro del desempeño de su trabajo le ha generado algún tipo de trastorno mental, lo que quiere decir que asocian éste término con la palabra locura. Lo cual significa que para ellas existe un trastorno donde hay alguna afección de la estructura anatómica.

5.1 INFORMACIÓN PERSONAL

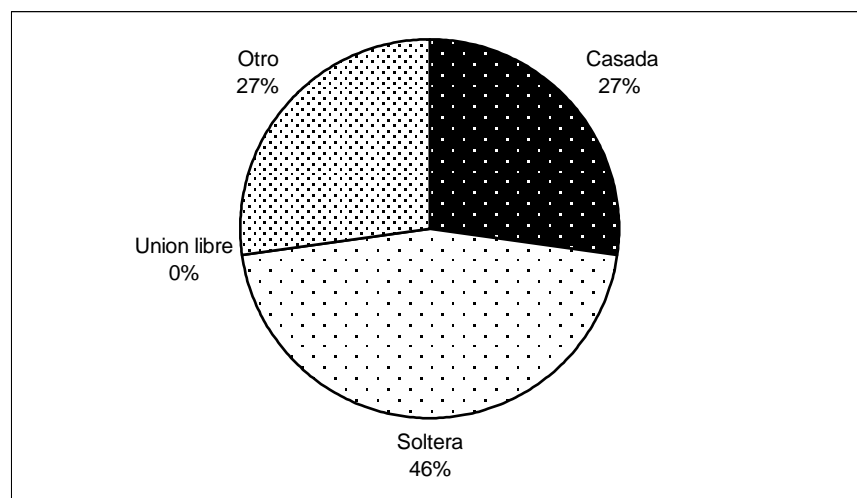
La edad de las Madres Comunitarias ha variado significativamente en los últimos tres años, pues anteriormente la edad del 70% eran de más de 40 años, ahora se observa que sólo el 36.3% son mayores de 46 años y un 9 % es de más de 56 años y 54.4% son menores de 35 años.

Figura 3. Edad de las madres comunitarias.



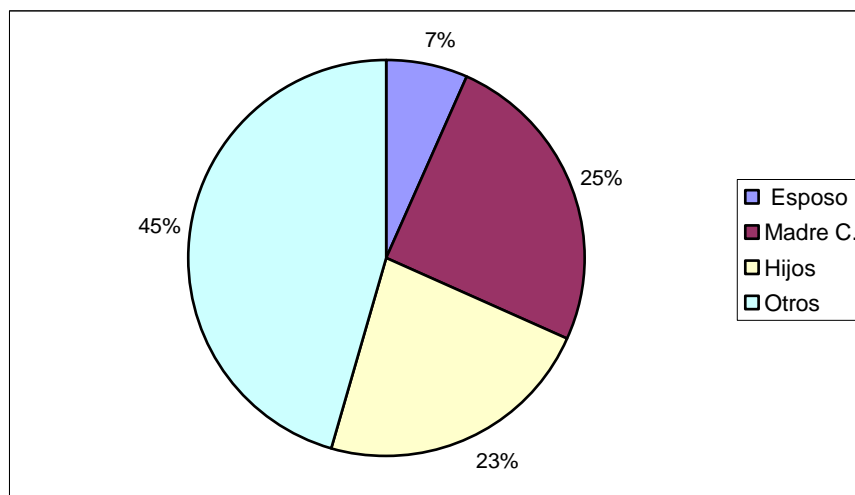
Se encuentra en estado civil de las Madres Comunitarias que el 46% son solteras, el 27% son casadas, y el otro 27% tiene otro estado civil (separadas, viudas).

Figura 4. Estado civil de la madre comunitaria.



5.2 INFORMACIÓN FAMILIAR.

Figura 5. Conformación del grupo familiar.



De los 11 grupos familiares de las Madres Comunitarias, solo tres tienen padre presente. Dos de ellos entre 41 y 50 años, y uno tiene más de 51 años.

Los hijos de los 11 grupos familiares de la Madre Comunitaria están clasificados de la siguiente manera.

Tabla 9. Edad de los hijos.

RANGO DE EDAD	No DE PERSONAS	PORCENTAJE
De 0 a 6 años	2	20%
De 7 a 12 años	2	20%
De 13 a 18 años	1	10%
De 19 a 30 años	4	40%
De 31 a 40 años	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: encuesta aplicada a las Madres Comunitarias del municipio de Barbosa.

Información de otros miembros del grupo familiar (sobrinos, primos, tíos, abuelos, entre otros).

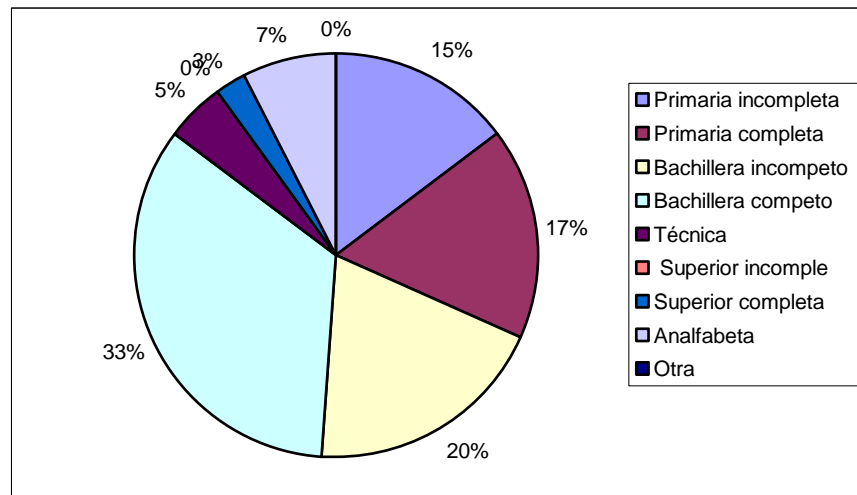
Tabla 10. Edad de otros miembros del grupo familiar.

RANGO DE EDAD	No DE PERSONAS	PORCENTAJE
De 0 a 6 años	3	9.6%
De 7 a 12 años	1	3.2%
De 13 a 18 años	4	13%
De 19 a 30 años	11	35.5%
De 31 a 40 años	3	9.6%
De 41 a 50 años	5	16.1%
De 51 y más años	4	13%
TOTAL	31	100%

Fuente: encuesta aplicada a las Madres Comunitarias del municipio de Barbosa.

De los once grupos familiares estudiados, el nivel de escolaridad de los miembros, está dado así: de 41 personas en esta categoría, el mayor porcentaje, 34.2%, (14 personas), iniciaron el bachillerato y no lo terminaron y solo una persona, el 2.5%, pudo realizar estudios superiores. El 14% (6 personas), tiene primaria incompleta y el 17% (7 personas) la primaria completa. El 19% (8 personas), iniciaron el bachillerato pero no lo terminaron. El 4.8% corresponde a 2 personas que tienen formación técnica. Mientras que el 7.4% (3 personas), corresponde a la población analfabeta.

Figura 6. Escolaridad de otros miembros de la familia.



5.3 RELACIONAMIENTO DE LA MADRE COMUNITARIA Y SU ENTORNO

Familiar: el 91% de las Madres Comunitarias, encuestadas (10 M.C.), expresaron tener buenas relaciones con sus hijos y otros miembros de la familia. Mientras que solo el 9% (1 m.c.), las relaciones son regulares. Con respecto a la relación que tienen con sus esposos es buena.

Con respecto a la relación de los hijos con sus padres, el 36% de las Madres Comunitaria dicen los hijos se relacionan con ambos padres y el 27% son la madre. El 36% de las Madres Comunitarias no tiene hijos.

Lo anterior se explica con la falta de padre físico en la mayoría de las familias de las Madres Comunitarias, lo que lleva a que los hijos tengan como persona más próxima a la madre.

5.4 LUGAR DONDE FUNCIONA EL HOGAR COMUNITARIO

Los Hogares Comunitarios tienen como espacio de funcionamiento la casa o residencia de la Madre Comunitaria. Llevando a que el grupo familiar, se vea de un momento a otro compartiendo con otras personas aspectos propios de la vida familiar, con personas extrañas. La Presencia de un grupo aproximado de 15 niños, obliga a cambiar rutinas establecidas el núcleo familiar de la madre comunitaria; son mayores las interferencias con ruidos y utensilios que antes no estaban y que son las herramientas de trabajo de la madre comunitaria; de igual manera el tiempo de la madre comunitaria para su familia disminuye considerablemente, pues son otros quehaceres que debe incorporar a su vida cotidiana.

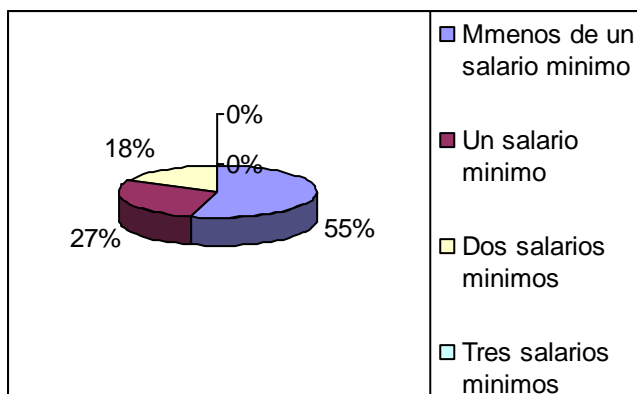
5.5 CONDICIONES LABORALES

5.5.1 Ingresos familiares. Los ingresos económicos del grupo familiar de la Madre Comunitaria, están por debajo de los dos salarios mínimos mensuales vigentes.

El 54.5% de las madres comunitarias (6), reportan que los ingresos familiares son de menos de un salario mínimo. Lo que corresponde básicamente al pago que recibe por labor. El 27%, informa que los ingresos alcanza a ser un salario mínimo

mensual vigente y en dos grupos familiares, equivalente al 18.2%, los ingresos son de dos salarios mínimos.

Figura 7. Ingresos familiares.



Los miembros de los grupos familiares de la Madre Comunitaria se desempeñan en los siguientes oficios:

Tabla 11. Desempeño miembros de la familia.

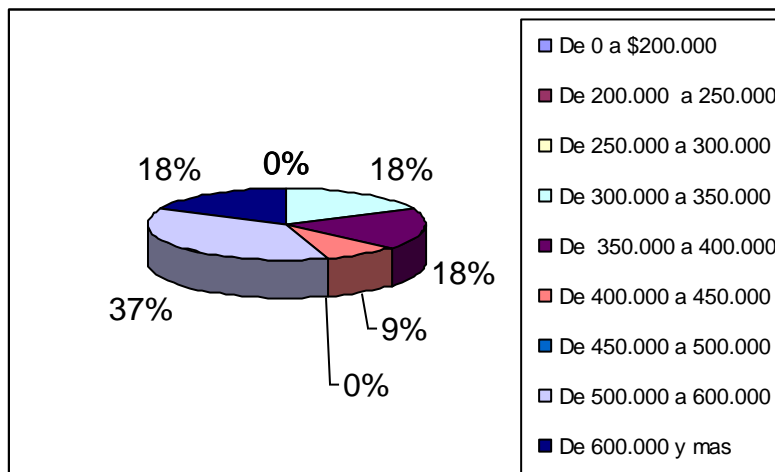
ACTIVIDAD ECONÓMICA	No DE PERSONAS	PORCENTAJE (%)
Madre comunitaria	11	50%
Oficios varios	5	23%
Vendedor ambulante	1	4.5%
Ebanista	1	4.5%
Agente de policía	1	4.5%
Docente	1	4.5%
Empleado	1	4.5%
Jubilado	1	4.5%
TOTAL	22	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las Madres Comunitarias del municipio de Barbosa.

5.5.2 Egresos del grupo familiar. Los egresos del grupo familiar según la respuesta dada por la madre comunitaria esta dada de la siguiente manera:

El 36% de las m.c. (4 madres comunitarias), respondieron que los egresos del grupo familiar están entre \$500.000 y \$600.000. El 18.2% (2 m.c.), informan que los egresos están entre \$250.000 y 300.000; otro 18.2% entre \$300.000 y \$350.000, y un 18.2% mas los egresos son superiores a \$600.000. En el 9% los egresos están entre \$400.000 y 450.000.

Figura 8. Egresos familiares.



Los motivos del gasto son básicamente el pago de arriendo, servicios públicos, alimentación, educación y otro, en el 55% de los hogares. En el 36.4% e gasto se sustenta con el pago de servicios públicos, alimentación, educación y otro, y en el 9% de los hogares es en arriendo, servicios públicos, alimentación y otros.

Lo anterior nos indica que los egresos superan los ingresos. Lo que indica que hay crisis económica en estas familias y que son muchas de las necesidades básicas que no es posible suplir.

5.5.3 Responsabilidad económica del grupo familiar. Frente a la pregunta quien se responsabiliza económicamente del grupo familiar se encontró que el 36% de las madres comunitarias dicen que la madre comunitaria y otros⁹⁵ miembros de la familia. El 27.2% responde que la responsabilidad económica de la familia la tiene exclusivamente la madre comunitaria. El 18.2% de las encuestadas informa son la madre comunitaria y el esposo quienes responden

⁹⁵ Otro miembro de la familia corresponde a sobrinos, primos, tíos, abuelos, entre otros. Personas diferentes a los esposos e hijos de la madre comunitaria.

económicamente por el grupo familiar. Mientras que otro 18.2% dice que es la madre comunitaria, el esposo y en algunos casos otros.

5.6 SALUD FÍSICA Y MENTAL

Salud física de la madre comunitaria: del grupo de madres encuestadas se encontró que el 27.3% esta recibiendo algún tipo de tratamiento medico y que la mayoría de estas el 72.7% no. Sin embargo aquellas que han presentado algún problema de salud, no ha suspendido el trabajo con el grupo de niños atendidos en el hogar comunitario.

5.7 ENTORNO COMUNITARIO

5.7.1 Tiempo de residencia en el barrio o municipio. El tiempo de estadía del 55% de las madres comunitarias en el barrio o municipio es superior a diez años (6 m.c). Mientras que el 27% (3 m.c.) tienen entre dos y cinco años. El 9% tiene menos de un año y otro 9% entre uno u dos años.

El 100% de las madres encuestadas expresan tener buenas relaciones con los vecinos.

5.7.2 Afinidad la Madre Comunitaria con el programa de Hogares Comunitarios. Según las madres comunitarias el programa de Hogares Comunitarios es bueno para el 63.6% y para el 36.4% es regular. “Porque beneficia a los niños padres, madre comunitaria y comunidad”⁹⁶. Es regular porque “la alimentación no corresponde a lo establecido en la minuta”⁹⁷, “los recursos son escasos, el material duradero, el material didáctico, hasta el aseo y la M.C los tiene que comprar”⁹⁸

La relación de la madre comunitaria con los niños beneficiarios del programa de Hogares Comunitarios porque “Los quiero mucho, nos la llevamos muy bien”⁹⁹ me gusta lo que hago, disfruto mucho con los niños y paso muy bueno con ellos”¹⁰⁰

⁹⁶ MUÑETÓN B., Marta I. Madre Comunitaria.

⁹⁷ OSPINA, Patricia, Madre Comunitaria.

⁹⁸ HIGUITA, L, Yenny P. Madre Comunitaria.

⁹⁹ MUÑETÓN, B. Op. cit.

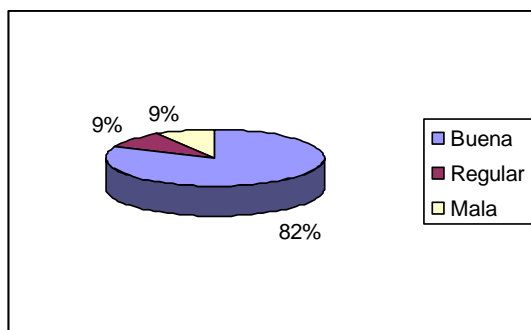
¹⁰⁰ VALENCIA, L. Astrid. Madre Comunitaria.

La relación con los padres usuarios es buena para el 91% de las Madres Comunitarias encuestadas y regular para el 9%. Porque “son muy participativos en las actividades que se realizan (integraciones, escuela de padres, proyecto ético de convivencia.)”¹⁰¹, “Aunque no faltan las dificultades y los comentarios mal intencionados de ellos, pongo de mi parte para que la situación no dañen la relación casi no participan”¹⁰², “no ayudan en el proceso de los niños, se la pasan amenazando y hablando mal de uno”¹⁰³.

Respecto a la relación entre las madres comunitarias son buenas para el 91% y regulares para el 9%. Porque “no he tenido dificultades con ninguna de ellas a pesar de las controversias que se presentan.”¹⁰⁴ “no hay compañerismo, ni unión falta amistad, integración, compañerismo, pero tratamos de llevarla bien”.¹⁰⁵ “No existe empatía y falta unión, comunicación”.¹⁰⁶.

La relación de la Madre Comunitaria con los miembros de la Junta Administradora de los hogares es buena para el 81%, regular para el 9.1% y para otro 9.1% es mala, porque “no he tenido problemas nunca con ninguna de ellas”¹⁰⁷, “son muy imponentes autoritarias, se creen mucho, amenazan todo el tiempo, son humillativas”¹⁰⁸ “pelear contra la corriente es bobada, toca conformarse”¹⁰⁹; Mientras que la relación con la administración municipal es buena para el 100% de las Madres Comunitarias encuestadas.

Figura 9. Relación de la madre comunitaria con los miembros de la junta administrativa de los hogares.



¹⁰¹ LOAISA, Odilia, Madre Comunitaria.

¹⁰² OSPINA, Op. cit.

¹⁰³ ROJO, Dúber Mary. Madre Comunitaria.

¹⁰⁴ LONDOÑO, Diana. Madre Comunitaria.

¹⁰⁵ GIRALDO, Ledy. Madre Comunitaria.

¹⁰⁶ ROJO. Op. cit.

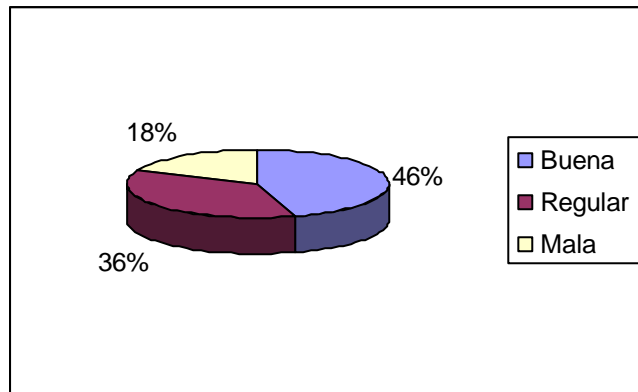
¹⁰⁷ MUÑETÓN, Op. cit.

¹⁰⁸ GIRALDO, Op. cit.

¹⁰⁹ LONDOÑO, Op. cit.

Al preguntar sobre como es la relación con los funcionarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar la respuesta fue la siguiente: para el 45.4% de las Madres Comunitarias entrevistadas es buena, mientras que para el 36% es regular y para un 18.2% es mala. Porque: “exige lo justo, explica bien”¹¹⁰, “es muy imponente y autoritaria, no permite que se le explique las cosas, me he sentido maltratada psicológicamente por ella”¹¹¹, “no me gusta el acompañamiento de ella, por llamarlo así, y si es que se le puede llamar acompañamiento” .¹¹², “Es muy humillante, es estresante, me siento muy aburrida en este trabajo, a veces me gustaría entregar el hogar, porque me siento estresada, me siento violentada psicológicamente en mi propia casa, eso no es justo.”¹¹³, “Es muy dura e hiriente, cuando vino a visitarme me humillo tan horrible, me hizo sentir muy mal”¹¹⁴

Figura 10. Relación de la madre comunitaria con los funcionarios del ICBF.



5.7.3 Tiempo desempeñando la labor de Madre Comunitaria. El 36.3% las Madres comunitarias han desempeñado esta labor por mas de cinco años pero no han superado los diez. Mientras que el 27.3% tiene menos de un año en el desempeño de la labor de Madre Comunitaria. El 18.2% tiene mas de quince años siendo madre comunitaria, y el 9% de once a quince años.

Lo anterior explica por que al 100% de las madres comunitarias encuestadas les gusta el oficio que desempeña. No solo por lo que representa económicamente para la familia sino también por que por los años desempeñando esta función han logrado introyectarlo como parte de la vida cotidiana.

¹¹⁰ GIRALDO, Op. cit.

¹¹¹ OSPINA, Op. cit.

¹¹² LONDOÑO, Op. cit.

¹¹³ AGUDELO, Luz E. Madre comunitaria.

¹¹⁴ ROJO, Op. cit.

6. CONCLUSIONES

- Los hogares comunitarios han cambiado significativamente en los últimos años dando cuenta de que las madres comunitarias han tomado conciencia de la importancia del buen desempeño de su labor social dentro de la sociedad.
- El trabajo es uno de los aspectos más importantes en la vida de las Madres Comunitarias. Es en el puesto de trabajo en donde ellas pasan gran parte del día, y donde se desarrolla una parte fundamental de su vida, la de ser madres, rol que es ejercido en su doble función, ya que tiene que cubrir dos aspectos, el doméstico y el comunitario. Por un lado desempeña las actividades de carácter doméstico todas sus responsabilidades como esposa, madre, ama de casa y por otro actividades formativas, afectivas, comunitarias, tanto con los niños que están a su cuidado, como con las familias y la comunidad.
- El Trabajo de la madre comunitaria aparece invisibilizado y subvalorado no sólo desde el punto de vista cultural sino legal y económico, sin tener en cuenta el alto compromiso social para lo cual es contratada, es decir, cuidar, educar 15 niños. Subvalorado en tanto que tiene un incentivo salarial que el ICBF denomina beca, sin garantías ni prestaciones sociales, que les impide satisfacer al menos sus necesidades básicas.
- Para la madre comunitaria su trabajo presenta una doble vertiente, por un lado, la actividad laboral se concibe como fuente de enriquecimiento personal, reforzamiento de la autoestima y estímulo para la superación; pero por otro lado, la responsabilidad, el estilo de vida, la toma de decisiones, la insatisfacción derivada de las condiciones o de la organización del trabajo, disfunciones en las relaciones, constituye una fuente de preocupación, frustración o sufrimiento, e incluso desencadenando algún tipo de trastorno psíquico, como la depresión, estrés, ansiedad, los cuales son comunes en todos los contextos, y de la misma forma están ocupando un lugar cada vez más destacado entre los problemas de salud que sufren las Madres Comunitarias caracterizados por el sufrimiento tanto para ellas, sus familias y la población que atienden.
- La Madre Comunitaria está adscrito a un contexto en el que si bien es cierto tiene que tratar con superiores (personas que dirigen el programa), con

semejantes (otras Madres Comunitarias) y subordinados (niños, padres usuarios). Debe aprender a asimilar tanto el recibir órdenes como darlas, además de que su posición de autoridad en el trabajo debe ser diferente a la que ostenta en su medio familiar, ya que estos componentes frecuentemente generan situaciones de conflicto intra e interpersonales, que contribuyen a aumentar el nivel de tensión y de estrés en la Madre Comunitaria.

- En concreto, a través de esta intervención investigación, se constata la importancia y la necesidad creciente de analizar abordar los problemas y factores psicosociales en el ámbito del trabajo de las Madres Comunitarias a nivel colectivo y organizacional y no únicamente individual, ya que su papel es cada vez más significativo, aunque no siempre adecuadamente reconocido, para la salud y bienestar de éstas.
- En los talleres y capacitaciones realizadas con las madres comunitarias se obtuvieron resultados tales como ampliar sus capacidades de reflexión y crítica frente a su quehacer cotidiano; generación de aumento de conocimientos con todo lo relacionado al desarrollo integral del niño. Se Generó y fortaleció la capacidad de conciencia social, sentido de pertenencia al grupo, organización y autogestión.
- Las Madres Comunitarias requieren beneficios que, dadas las condiciones actuales de su trabajo, sólo pueden ser obtenidos a través de la organización. Detectar las carencias y dificultades para acceder a la a la organización, requiere de un proceso que les permita generarse inquietudes en cuanto a su ser social como mujeres que realizan un trabajo de alto beneficio para la comunidad.

7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Partiendo de que todo sujeto es un ser social por naturaleza y teniendo en cuenta que la psicología social tiene como objeto de estudio los seres humanos y sus procesos psicosociales que dan como resultado la dinámica de una cultura, a través de la cual ésta se expresa y construye su realidad y que la tarea del PSC es facilitar la construcción de referentes para interpretar dicha realidad y tomar una posición comprometida con ella, y proveer a las comunidades experiencias de solidaridad y cooperación en pro del desarrollo de la vida misma, se propone desde la psicología social comunitaria la intervención del manejo colectivo de los factores psicosociales causales de problemas o trastornos mentales generados dentro del grupo de Madres Comunitarias del municipio de Barbosa, para reducir al máximo las situaciones generadoras por dicha problemática, dirigiendo acciones específicas hacia las características de estructura de la organización, estilos de comunicación, estilos de mando, procesos de formulación de decisiones, cultura corporativa, funciones de desempeño de la junta administrativa del programa, y métodos de selección y capacitación del personal, mejoras ergonómicas, de seguridad y de higiene de los Hogares comunitarios, entre otros.

Las medidas de cambio de la organización persiguen la reestructuración de los procesos y asignación de tareas de los miembros de la junta administrativa, que permita desarrollar las capacidades tanto de las personas que dirigen el programa como de las Madres Comunitarias, mejorando su responsabilidad y formas de comunicación por medio de programas de asistencia para las Madres Comunitarias, círculos de calidad, grupos de asesoría, soporte, participación activa, trabajo de equipo, solidaridad laboral, desarrollo profesional, promoción de su creatividad y procesos de mejora continua.

El cambio se debe propiciar por medio de una incorporación gradual de las Madres Comunitarias a la organización a través de diferentes estrategias como desarrollo organizacional, adecuación de los estilos de liderazgo, redistribución del poder y la autoridad, participación responsable y activa en los procesos de toma de decisiones, favoreciendo la comunicación interna formal e informal, mejorando el ambiente tanto del Hogar comunitario como dentro del mismo grupo de Madres Comunitarias, creando un clima laboral favorable al programa y propicio para el desarrollo sustentable, sano e integral de la vida productiva de las madres Comunitarias.

8. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

- Generar trabajos colectivos y procesos de formación que aseguren mantener la triangulación vital entre Hogar comunitario, familia y comunidad, sin menospreciar las necesidades e intereses particulares de cada uno de ellos.
- Sensibilización Comunitaria permanente frente a la prevención y promoción de los factores psicosociales que afectan la salud mental de las Madres Comunitarias.
- Generar procesos participativos de sensibilización y trabajo de capacitación sistemática a las Madres Comunitarias sobre temáticas de democracia, solidaridad, cooperativismo, comunicación, desarrollo y promoción comunitario, valores humanos, gestión humana entre otros.
- Sensibilizar mediante charlas y conferencias al colectivo de las Madres Comunitarias para que articulen una organización que vele permanentemente por sus condiciones de trabajo, así como por el mejoramiento de su desempeño, en relación con el fortalecimiento de capacitaciones temáticas que contribuyan con éste objetivo.
- Propiciar e implementar espacios, mecanismos y estrategias que permitan una mejor comunicación y socialización entre las Madres Comunitarias y las personas encargadas de dirigir, controlar y administrar el programa de los hogares comunitarios, con el fin de disminuir los factores psicosociales de la problemática existente.
- Diseño, planificación, ejecución y valoración de intervenciones en ámbitos psicosociales que permitan una prevención primaria, secundaria y terciaria de los factores psicosociales, con un abordaje individual y colectivo en el grupo de Madres Comunitarias.
- Potenciar la formación continua de las Madres Comunitarias en ejercicio cotidiano a través de seminarios de trabajo, jornadas de debate e intercambio de experiencias, sesiones técnicas, entre otras. Además, hay que estimular la

identificación y diseminación de buenas practicas y desarrollar procesos de mejora de la práctica profesional en su conjunto.

- Generar el apoyo psicosocial, implementando apoyo emocional para contrarrestar los efectos negativos de la descompensación y preservar su sentido de dominio y seguridad; apoyo informacional y apoyo social como orientadores en la búsqueda de recursos.
- Las consecuencias de una descompensación laboral no sólo afectan al individuo, si no que también se extienden a su entorno familiar, por lo que éste también ha de ser tenido en cuenta e incluirlo, si fuese necesario, en el tratamiento. Lo que en un principio comenzó como un desajuste del hombre con su trabajo, puede terminar siendo un problema de relación familiar, ya que puede verter en ella su frustración.

BIBLIOGRAFÍA

ACUERDO 0021 de noviembre. 14 de 1989.<http://google.com>.

ACUERDO 2019 de 1989, artículos segundo y tercero.

BARAÑANO Margarita, *Mujer, Trabajo, Salud*. Editorial Trotta 52 p.

BARO, Martín, *Psicología Social de la Guerra; trauma y terapia*, p. 19-20, Doc - El Salvador 2000.

BOLETÍN N° 1 2002. Equipos básicos de salud mental .Carisma. Tomado de estudio de salud mental municipio de Barbosa 2004.

BONILLA CASTRO, Elssy y RODRÍGUEZ SEHP, Penélope. Más allá del dilema de los métodos. Editorial Presencia, 1996. 122 p.

CÁRDENAS Sandra Marcela. El estrés ocupacional. ¿Muy estudiado y poco entendido?.. Psicóloga Asesora Riesgos Psicosociales A.R.P. <http://google.com>.

CARDONA OROZCO, Sonia Lucía. Investigación Cualitativa con Madres Comunitarias como mujer trabajadora desde la perspectiva de género. Tesis de la Universidad de Antioquia. 19 p.

DAZA, Félix Martín; PÉREZ Bilbao Jesús y LÓPEZ GARCÍA-SILVA, Juan Antonio. [http:// Centro Nacional de Condiciones de Trabajo](http://Centro Nacional de Condiciones de Trabajo).

DECRETO 2919, Op. cit. <http:// google.com>

DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales p. XXVII.

DURKHEIM, Emile (1979) *Suicidio*. Forence Universitaria. Río de Janeiro. 310 p.

DURKHEIM, Emile (1982) Las Reglas del Método Sociológico. Hispamérica-Buenos Aires. P, 87, citado por CUCURULLO DE CAPONI. Sandra Noemi. Lo normal como categoría sociológica a través de Durkheim. Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://google.com>.

EDUCACIÓN INICIAL MODALIDADES NO ESCOLARIZADAS. Organización de Estados iberoamericanos. <http://www.oei.es/linea3/inicial/colombiane.htm#1>.

ESTATUTOS DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR, capítulo II, artículo 5.

ESTUDIO DE SALUD MENTAL MUNICIPIO DE BARBOSA 2004. 45 p.

FABREGAT, Claudio Esteva. Cultura, sociedad y personalidad. Anthropos, Editorial del hombre, 1978. 62 p.

FERNÁNDEZ, Jiménez Manuel. La Revista Protección Laboral (Algunos aspectos del Mobbing laboral). Artículo publicado en el N° 33, 4ª Trimestre 2002. <http://google.com>.

GARCÍA SOLANO, Álvaro. Derecho del trabajo, p, 3-10.

GIORGIO, Víctor. "Investigación Acción Participativa, Una Opción Metodológica". CIDC-Uruguay. IV Seminario Latinoamericano. Chile. 25 p.

GUEVARA, Ramírez, Lydia, tratamiento del acoso psicológico, el estrés y el burnout como accidentes del trabajo. Unión Nacional de Juristas de Cuba. Psicología científica .com. Fecha de Publicación: 29/04/2003.

HOLLINGHEAD, 1958, citado por FABREGAT, Claudio Esteva. Cultura, sociedad y personalidad. 98 p.

<http://www.navactiva.com/web/es/queesnavactiva/index.jsp>

<http://www.vanderbil.edu/>

I.C.B.F programa social de Colombia. Lineamientos técnicos proyecto: Hogares de Bienestar. Bogotá, 1987.

INFORMACIÓN RECOGIDA durante reuniones realizadas con las Madres Comunitarias del municipio de Barbosa.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIONES. Tesis y otros trabajos de grado. Quinta actualización. Santafé de Bogotá D.C.: ICONTEC, abril de 2002. 126 p. NTC 1486.

KAVAR Sudhir ¿Qué es la Salud Mental? Centre for the study of Developing Societies, Delhi (India). 12 p.

LA INTRODUCCIÓN DE UN COMPETENTE DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ginebra 1990. 13 p.

LAVEGLIA BOTANA, María Fernanda. Lic en Psicología, docente Cátedra Psicología Institucional II, Fac. Psicología UBA Investigadora UBACyT 2004.

----- "Trabajo y salud mental, desafío en los tiempos actuales" <http://google.com>.

LEONARDO Beatriz. Cuestiones sobre el trabajo. <http://terra.com>

LEVAV, 1989 En: Boletín Organización Panamericana de Salud 107(3), 1989.

LEY 509 DE 1999 (julio 30) Diario Oficial No. 43.653, de 3 de agosto de 1999.

LÓPEZ, Yolanda. U.N 1994 citada por NIÑO MARTÍNEZ, Bertha Jeannette. Procesos sociales básicos. Santafé de Bogotá: UNAD. p, 93.

MARTÍNEZ Miguel. "El comportamiento humano". México. Editorial Trillas. 1.989. 121 p.

MARX, Carlos. Producción de plusvalía Absoluta. Capítulo V. 130 p.

MICROSOFT CORPORATION ENCARTA 2003.

NIEVA, Reyes Blanca Cecilia. JÁCOME, Liébana Sofía. Representaciones Sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano - marginales y su relación con los discursos y las practicas institucionales. Primera parte. <http://terra.com>.

OLIVA. Manuel A. Prevención riesgos psicosociales en el trabajo. <http://google.com>

ORTEGA, Villalobos Joel. Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo - Hospital General de Zona No. 24 - Delegación 1 Noroeste Distrito Federal- Instituto Mexicano del Seguro Social. México. <http://google.com>.

PAREJA H., Lina María. CARISMA, Mujer Droga, Salud Mental. <http://google.com>

PÉREZ RUBIO, Ana María. La psicología social cognitiva: la cognición social y la teoría de las representaciones sociales. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina. <http://google.com>.

PICHÓN RIVIERE, Enrique (1992), Teoría del vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión. El material incluido en este libro, seleccionado y revisado por Fernando Taragano, tiene su origen en el Curso dictado por Pichón Rivière en la sede de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), entre 1956 y 1957. Fue organizado en 12 capítulos, que corresponden a las 12 clases dictadas en el mencionado curso. 85 p.

POBREZA Y DESARROLLO EN COLOMBIA, UNICEF, DNP, ICBF, 1988.

PROGRAMA SOCIAL DE COLOMBIA. Lineamientos Técnicos Proyecto: Hogares de Bienestar, 1987.

RAMÍREZ RAMÍREZ, Lilibiana Patricia. ¿Es posible el abordaje de la psicopatología desde los planteamientos de la ciencia contemporánea? Tesis universidad de Antioquia.

RAMÍREZ, María Eugenia. Hacia la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales de las educadoras comunitarias. Programa Derechos Humanos ILSA. <http://google.com>.

RE-LECTURAS. IPC. Octubre de 1987. <http://terra.com>.

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental. p. 31-33.

REVISTA PROTECCIÓN LABORAL (Algunos aspectos del Mobbing laboral). Artículo publicado en el N° 33, 4ª Trimestre 2002. [http:// google.com](http://google.com).

SÁNCHEZ, José Fernando. RODRÍGUEZ, Caporalli Enrique. Individuo, grupo y representación social, facultad de Ciencias Sociales Y humanas UNAD 140 p.

SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A. Investigación Cualitativa. Bogotá: Copyright, 1996. 71 p.

SCHMUCKLERDE, Beatriz. Familia y dominación patriarcal en el capitalismo. 55 p.

SOLIDARIA DE SALUD DEL VALLE DEL ABURRA. Prevención y promoción de la salud en la seguridad social asociación mutual "familias unidas". Empresa, Silit Editores. 17 p.

TORRES CARRILLO, Alfonso. Enfoque cualitativos y participativos en investigación social. Santafé de Bogotá: UNAD, 1998. 74 p.

ZAPATA VANEGAS, Mario Alberto. <http://.google.com> CARISMA Colombia enferma. <http://google.com>.

Anexo A. Encuesta

PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE LAS MADRES COMUNITARIAS DEL MUNICIPIO DE BARBOSA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

Municipio: _____ Vereda _____ Barrio: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

1. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Nombre de la madre comunitaria: _____ dad _____
1.2 Estado civil: Casada ____ Soltera ____ Unión libre ____ otro _____
1.3. Grado de escolaridad (años cursados) _____

2. INFORMACIÓN FAMILIAR

2.1. Constitución del grupo familiar (contando la madre comunitaria).

No	NOMBRE DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	EDAD	PARENTESCO	GRADO DE ESCOLARIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

2.2. Como son las relaciones con los hijos.

Buena _____ Regula _____ Mala _____

Por qué _____

2.3. Como es la relación con el esposo o compañero.

Buena _____ Regular _____ Mala _____

Porque _____

2.4 Como son las relaciones con las otras personas con las cuales convive (tíos, padre, madre, hermanos...)

Buena _____ Regular _____ Mala _____

Por que _____

2.5 Con cual de los padres tienen mejor relación sus hijos, y por que? _____

2.6. Que hace en el tiempo libre. _____

2.7. Que actividades desarrolla con su familia. _____

2.8. Cual es el pasatiempo preferido _____

2.9. El hogar comunitario funciona en el espacio donde habita la familia.

Si ___ No ___

Por que _____

2.10. Problemas que se presenta con mayor frecuencia en el grupo familiar:

3. CONDICIONES LABORALES

3.1. Condiciones económicas del grupo familiar.

Nº	NOMBRE	ACTIVIDAD ECONÓMICA	INGRESOS ECONÓMICOS			TIPO DE CONTRATACIÓN
			Menos de un salario mínimo	Un salario mínimo	Mas de un salario mínimo	
1						
2						
3						
4						
5						
6						

3.2. Gastos fijos y cuanto destina en cada gasto _____

3.3. Quien(es) se responsabiliza(n) económicamente del grupo familiar

4. SALUD FÍSICA Y MENTAL

4.1. Para usted que es salud física _____

4.2. Para usted que es salud mental _____

4.3. Principales enfermedades que ha presentado la madre comunitaria durante toda su vida _____

4.4. Principales enfermedades que se han presentado en el grupo familiar. _____

4.5. Algún miembro de la familia ha presentado algún tipo de trastorno mental
Si _____ No _____

¿Qué trastorno? _____

4.6. En la actualidad la madre comunitaria esta recibiendo algún tipo de tratamiento médico Si _____ No _____
Que tipo de tratamiento _____

4.7 Que situación dentro del desempeño de su papel como Madre Comunitaria le ha generado y/o le genera malestar_____

4.8 Que situación dentro de la labor en el Hogar Comunitario genera malestar al grupo familiar._____

5. ENTORNO COMUNITARIO

5.1. Cuantos años hace que viven en este lugar _____

5.2 Que problemas se presentan en el barrio o vereda? _____

5.3. Como considera usted que son las relaciones con sus vecinos
Buenas___ Regulares _____ Malas _____.

Por que_____

5.4. ¿Cuáles son las razones principales?_____

6 AFINIDAD CON EL PROGRAMA DE HOGARES COMUNITARIOS

6.1 Explique en breves palabras en que consiste el programa de Hogares Comunitarios._____

6.2. Cual es la población beneficiada con este programa_____

6.3. A que necesidad da respuesta el programa_____

6.4 Como califica el programa de Hogares Comunitarios._____

6.5.Observaciones para mejorar_____

6.6. Que entidades coordinan el programa de Hogares Comunitarios.

6.7. Que entidades a nivel municipal apoyan el programa._____

6.8. Que entidades a nivel municipal no están de acuerdo con el programa._____

6.9. Como es su relación con los niños del programa.

Buena_____Regular_____mala_____

Por que_____

6.10. Como es se relación con los padres usuarios del programa.

Buena_____Regular_____Mala_____

Por que_____

6.11. Como es su relación con las otras Madres Comunitarias.

Buena_____Regular_____Mala_____

Por que_____

6.12. Como es su relación con los miembros de la junta administrativa de los hogares comunitarios.

Buena _____Regular_____Mala_____

Por que_____

6.13. Como es su relación con los funcionarios a nivel municipal._____

Buena_____Regular_____Mala_____

Por que_____

6.14. Como es su relación con los funcionarios del I.C.B.F.

Buena _____Regular_____Mala_____

Por que_____

6.15. Cuanto tiempo hace que trabaja como Madre Comunitaria._____

6.16. Le gusta la labor que desempeña como Madre Comunitaria.

Si _____ No _____

Por que _____

6.17. Por que eligió este trabajo y no otro. _____

6.18. Le gustaría conseguir otro trabajo.

Si _____ No _____

Por que _____

6.19 Que se le dificulta hacer en éste trabajo _____

6.20. Que se le facilita realizar como Madre Comunitaria. _____

Por que _____

6.21. Que no le agrada del trabajo _____

Por que _____

6.22. Que le agrada de este trabajo _____

Por que. _____

6.23. Su grupo familiar está de acuerdo con el trabajo que desempeña como Madre Comunitaria. Si _____ No _____

Por que _____

6.24. El grupo familiar la apoya en su labor. Si _____ NO _____

Por que _____

Anexo B. Tabulación

DATOS DE LA ENCUESTA	TOTAL	%
UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
Dirección		
1. INFORMACIÓN PERSONAL		
1.1. Nombre de la madre comunitaria		
1.2. Edad		
1.2.1-18 a 25 años	3	27,2%
1.2.2 - 26 a 35 años	3	27,2%
1.2.3 - 36 a 45 años		0%
1.2.4 - 46 a 55 años	4	36,3%
1.2.5 - 56 y mas años	1	9,0%
Total	11	100%
1.3. Estado civil		
1.3.1 - Casada	3	27%
1.3.2 - Soltera	5	45,4%
1.3.3 - Unión libre		0%
1.3.4 - Otro	3	27,2%
Total	11	100%
1.4. Grado de escolaridad		
1.4.1 - Primaria incompleta	1	9%
1.4.2 - Primaria completa	2	18,1%
1.4.3 - Bachillera incompleto	2	18,1%
1.4.4 - Bachillera competo	5	45,4%
1.4.5 -Técnica	1	9%
1.4.6 - otro		0%
Total	11	100%
2. INFORMACIÓN FAMILIAR		
2.1. Conformación del grupo familiar		
2.1.1 - Esposo	3	6,8%
2.1.2 - Madre C.	11	25%
2.1.3 - Hijos	10	22,7%
2.1.4 - Otros	20	45,5%
Total	44	100%
2.1.5. cuales		
2.2. edad de los miembros del grupo familiar		

2.2.1 Esposo		
2.2.1.1 - De 18 a 30 años		0%
2.2.1.2 - De 31 a 40 años		0%
2.2.1.3 -De 41 a 50 años	1	33,4%
2.2.1.4 - De 51 a 60 años	1	33,3%
2.2.1.5 - De 61 y mas años	1	33,3%
Total	3	100%
2.2.2. Hijos		
2.2.2.1 -De 0 a 6 años	2	20%
2.2.2.2 - De 7 a 12 años	2	20%
2.2.2.3 -De 13 a 18 años	1	10%
2.2.2.4 - De 19 a 30 años	4	40%
2.2.2.5 - De 31 a 40 años	1	10%
2.2.2.6 - De 41 a 50 años		0%
2.2.2.7 - De 51 y mas años		0%
Total	10	100%
2.2.3. Otros		
2.2.3.1 - De 0 a 6 años	3	9,6%
2.2.3.2 - De 7 a 12 años	1	3,2%
2.2.3.3 - De 13 a 18 años	4	13%
2.2.3.4 - De 19 a 30 años	11	35,5%
2.2.3.5 - De 31 a 40 años	3	9,6%
2.2.3.6 - De 41 a 50 años	5	16,10%
2.2.3.7 - De 51 y mas años	4	13%
Total	31	100%
2.3. Grado de escolaridad de los miembros de la familia		
2.3.2 - Primaria incompleta	6	14,6%
2.3.3 - Primaria completa	7	17,0%
2.3.4 - Bachillera incompleto	8	19,5%
2.3.5 - Bachillera completo	14	34,2%
2.3.6 -Técnica	2	4,8%
2.3.7 - Superior incumplió		0%
2.3.8 -Superior completa	1	2,5%
2.3.9 - Analfabeta	3	7,4%
2.3.10 .- Otra		0%
Total	41	100%
2.4. Relaciones de la madre comunitaria con los hijos y otros miembros de la familia		
2.4.1 - Buenas	10	91%

2.4.2 – Regulares	1	9%
2.4.3 – Malas		0%
Total	11	100,0%
2.4.4. Por que		
2.5. Relaciones de la madre comunitaria con el esposo o compañero		
2.5.1. Buenas	3	100%
2.5.2. Regulares		0%
2.5.3. Malas		0%
Total	3	100%
2.5.4. Por que		
2.6. Con cuál de los padres tiene mejor relación sus hijos		
Padre		0%
Madre	3	27%
Ambos	4	36%
No tiene hijos	4	36%
Total	11	100%
2.6.1. Por que		
2.7. Que hace en el tiempo libre		
2.8. Que actividades desarrolla con su familia		
2.9. Cual es el pasatiempo preferido		
2.10. El hogar comunitario funciona donde habita la familia		
Si	11	100%
No		0%
Total	11	100%
2.10.3. Por que		
2.11. Problemas que se presentan con mayor frecuencia en el grupo familiar		
3. CONDICIONES LABORALES		
Ingresos familiares		
menos de un salario mínimo	6	54,5%
3.1.2. Un salario mínimo	3	27,3%
3.1.3. Dos salarios mínimos	2	18,2%
3.1.3. Tres salarios mínimos		0%
3.1.4. mas de tres salarios mínimos		0%
Total	11	100%
3.2. Actividad económica		
3.2.1. Madre comunitaria	11	50%
3.2.2. Jubilado	1	4,5%
3.2.3. vendedor ambulante	1	4,5%

3.2.4. Guarda de seguridad		0%
3.2.5. Oficios varios	5	23%
3.2.6. Ebanista.	1	4,5%
3.2.7. Agente de policía	1	4,5%
3.2.8. Docente	1	4,5%
3.2.9 Empleado	1	4,5%
Total	22	100%
3.3. Gastos		
3.3.1. de 0 a \$200.000		
3.3.2. de 200.000 a 250.000		
3.3.3. de 250.000 a 300.000		
3.3.4. de 300.000 a 350.000	2	18,2%
3.3.5. de 350.000 a 400.000	2	18,2%
3.3.6. de 400.000 a 450.000	1	9%
3.3.7. de 450.000 a 500.000		0%
3.3.8. de 500.000 a 600.000	4	36,4%
3.3.9. de 600.000 y mas	2	18,2%
Total	11	100%
3.4. Motivo del gasto		
3.4.1. Arriendo, Servicios Públicos, alimentación y Otros	1	9%
3.4.2. Arriendo, Servicios Públicos, alimentación, educación y Otros	6	55%
3.4.3. Servicios Públicos, alimentación, Educación y otros.	4	36,4%
Total	11	100%
3.5 quien se responsabiliza económicamente del grupo familiar		
3.5.1. La madre comunitaria.	3	27,2%
3.5.2. El esposo	0	0%
3.5.3. La madre comunitaria y el esposo.	2	18,2%
3.5.4. La madre comunitaria, esposo y otros.	2	18,2%
3.5.4. La madre comunitaria y otros.	4	36,4%
Total	11	100%
4. SALUD FÍSICA Y MENTAL		
4.1. Para usted qué es salud física		
4.2. Para usted qué es salud mental		
4.3. Principales enfermedades que ha presentado la madre comunitaria en todo su vida		
4.4. Principales enfermedades que ha presentado miembros del grupo familiar		
4.5. Algún miembro de la familia a presentado algún tipo de trastorno mental		

4.5.1. Si		0%
4.5.2. No	11	100%
Total	11	100%
4.5.3. Que tipo de trastorno		
4.6. En la actualidad la madre comunitaria está recibiendo algún tipo de tratamiento médico		
4.6.1. Si	3	27,3%
4.6.2. No	8	72,7%
Total	11	100%
4.6.3. Cual		
4.7. Que situación dentro del desempeño de su papel como madre C. le ha generado y/o le genera malestar		
4.8. Que situación dentro de la labor en el Hogar Comunitario genera malestar al grupo familiar.		
5. ENTORNO COMUNITARIO		
5.1. Años de estadía en el barrio o municipio.		
5.1.1. Menos de un año.	1	9%
5.1.2. uno a dos años	1	9%
5.1.3. Dos a cinco años.	3	27%
5.1.4. cinco a diez años		0%
5.1.5. mas de diez años	6	55%
Total	11	100%
5.2. Que problemas se presenta en el barrio o vereda		
5.3. Como son las relaciones con sus vecinos		
5.4.1. Buenas	11	100%
5.4.2. Regulares		0%
5.4.3. Malas		0%
Total	11	100%
5.4.4. Por que		
6. AFINIDAD CON EL PROGRAMA DE H.C.		
6.1. En que consiste el programa de HC		
6.2. Población beneficiada con el programa		
6.3. A que necesidad da respuesta el programa		
6.4. Como califica el programa de HC		
bueno	7	63,6%
regular	4	36,4%
malo		0,0%
Total	11	100%
por que		
6.5. Observaciones para mejorar		
6.6. Que entidades coordinan el programa de HC		

6.7. Que entidades a nivel municipal apoyan el programa		
6.8. Que entidades a nivel municipal no están de acuerdo con el programa		
6.9. Como es relación con los niños del programa		
6.9.1. Buena	11	100%
6.9.2. Regular		0%
6.9.3. mala		0%
Total	11	100%
6.9.4. Por que		
6.10. Como es relación con los padres usuarios del programa		
6.10.1. Buena	10	91%
6.10.2. Regular	1	9%
6.10.3. mala		0%
Total	11	100%
6.10.4. Por que		
6.11. Como es relación con las otras madres comunitarias		
6.11.1. Buena	10	91%
6.11.2. Regular	1	9%
6.11.3. mala		0%
Total	11	100%
6.11.4. Por que		
6.12. Como es relación con los miembros de la Junta administrado de HC		
6.12.1. Buena	9	81,8%
6.12.2. Regular	1	9,1%
6.12.3. mala	1	9,1%
Total	11	100%
6.12.4. Por que		
6.13. Como es relación con los funcionarios de la Administración municipal.		
6.13.1. Buena	11	100%
6.13.2. Regular		0%
6.13.3. mala		0%
Total	11	100%
6.13.4. Por que		
6.14. Como es relación con los funcionarios de ICBFI.		
6.14.1. Buena	5	45,4%
6.14.2. Regular	4	36,4%
6.14.3. mala	2	18,2%

Total	11	100%
6.14.4. Por que		
6.15. Cuanto tiempo hace que trabaja como MC		
6.15.1. Menos de un año		
6.15.2. De uno a dos año	3	27,3%
6.15.3. De dos a cinco año	1	9%
6.15.4. De cinco a diez años	4	36,3%
6.15.5. De once a quince años	1	9%
6.15.6. Quince y mas años	2	18,2%
Total	11	100%
6.16. le gusta la labor que desempeña como MC		
6.16.1. Si	11	100%
6.16.2. No		0%
Total	11	100%
6.16.3. Por que		
6.17. Por que eligió éste oficio y no otro		
6.18. Le gustaría conseguir otro trabajo		
6.18.1. Si	7	63,6%
6.18.2. No	4	36,4%
Total	11	100%
6.18.3. Por que		
6.19. Que se dificulta en este trabajo		
6.20. Que se facilita como madre comunitaria		
6.21. Que no le agrada del trabajo		
6.21.1. Por que		
6.22. Que le agrada de este trabajo		
6.22.1. Por que		
6.23. Su grupo familiar esta de acuerdo con el trabajo que desempeña como MC		
6.23.1. Si	8	72,8%
6.23.2. No	2	18,2%
No responde	1	9%
Total	11	100%
6.23.3. Por que		
El grupo familiar la apoya en su labor.		
Si.	10	91%
No		0%
no responde	1	9%
Total	11	100%
Por que		
7 OBSERVACIONES.		

Anexo C. Taller para ser realizado con el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CLIMA DE APRENDIZAJE EN EL AULA

Para aumentar la cohesión del grupo:

- Procurar que se tomen decisiones grupales;
- Favorecer las interacciones realizando trabajos en grupo;

Para favorecer el apoyo y comprensión:

- El profesor puede mostrarse confiado, asequible y abierto a los alumnos;
- El profesor puede procurar conocer y comentar, no sólo los problemas de la clase, sino también los personales que afectan directa e indirectamente al aprendizaje académico y profesional.

Para mantener un clima de orden favorable al aprendizaje:

- Servirse de programas y esquemas, incluso por escrito, para facilitar el aprendizaje sistemático y organizado.
- Recordar las normas y los compromisos con la frecuencia necesaria.
- Mantener las normas y acuerdos hechos colectivamente. En caso de posibles cambios, conviene discutirlo o razonarlo en la clase.
- Controlar el contenido del programa, de la metodología didáctica y la marcha de la clase, para reducir al mínimo la improvisación.
- Conviene recordar que el modo de **control variable** es el más eficaz: el profesor debería aprender a alternar el **comportamiento basado en la autoridad con el democrático y flexible**, según los casos y las necesidades. De este modo se consigue **orden en los objetivos básicos** pero se genera al mismo tiempo un **clima de confianza y colaboración** idóneo para la buena marcha del curso.

-Considerar que la metodología variada mantiene y aumenta la atención y la motivación.

CÓMO ESTIMULAR MÁS LA PARTICIPACIÓN PERSONAL Y GRUPAL EN CLASE

‘DIME, Y OLVIDARÉ. MUÉSTRAME, Y TAL VEZ RECUERDE, INVOLÚCRAME, Y APRENDERÉ’

Proverbio chino.

Es indiscutible el hecho de que la participación fortalece la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el aprendizaje. Por lo tanto, un profesor que se propone alcanzar la excelencia en su profesión debe dominar el arte de estimular la participación.

Algunas estrategias para mejorar el interés y la participación en el aula, podrían ser:

-Relacionar los temas tratados en clase con las experiencias y valores de los alumnos; (la intención de aplicar esto ya nos obliga a conocer esas experiencias y valores, y por lo tanto, a alentar la participación de los alumnos expresando sus pensamiento y sentimientos.

-No adoptar una actitud dogmática ni apoyarse en su autoridad en las explicaciones, de forma que el alumno pueda también expresar sus dudas sin temor a quedar en ridículo.

-Realizar preguntas reales y evitar, a toda costa, servirse de las aportaciones de los alumnos para demostrar que el profesor posee un nivel de conocimientos superior.

-Trabajar con técnicas de atención y de motivación.

Anexo D. Cómo manejar los conflictos personales y/o grupales

EL CONFLICTO: UNA REALIDAD INELUDIBLE DE LA VIDA

La introducción de técnicas y habilidades para la transformación de conflictos en el marco escolar se enmarca dentro de una pedagogía comprometida con el fomento de rasgos de paz en la cultura.

- Propiciar en el marco comunitario espacios y estructuras que dejen lugar a procesos de mediación, de negociación y que fomentan las actitudes que hacen del conflicto una oportunidad de desarrollo más que de violencia o destrucción, representa una nueva visión de la educación.
- Este tipo de educación promueve un marco y unas relaciones pacíficas que luego puedan trasladarse a los diferentes ámbitos de la vida.
- Sirve también para sentar las bases de un tipo de relaciones que se refleje en su futura vida profesional, familiar, social, entre otros.
- Los principios básicos de esta pedagogía pacífica van dirigidos a eliminar los factores de violencia, derivada de los conflictos, y fomentan los siguientes aspectos:

1. **El uso del diálogo:** El diálogo se caracteriza por un intercambio y enriquecimiento de ideas a través de un proceso de escucha activa, de empatía, de apertura hacia el otro y de disposición (herramientas de la Inteligencia Emocional) para cuestionarse las ideas propias sin evitar el rebatir las de otro. Desarrollar la capacidad de diálogo y promover la disposición hacia el diálogo es una de las bases de una pedagogía pacífica.

2. **El aprendizaje cooperativo:** El objetivo del aprendizaje cooperativo es que la comunidad perciba que el obtener sus objetivos no conlleva que sus compañeros y compañeras fracasen, sino que cuanto más avance el grupo más avanza cada individuo. Esto no significa negar la competición sino estimular las

diferentes dimensiones que encontramos en ella. Se pueden situar procesos competitivos en marcos cooperativos.

3. Solución de problemas: Los sujetos debemos aprender a buscar soluciones propias y no siempre a través de alguien a quien atribuimos autoridad o conocimiento. También debemos aprender a pensar críticamente y a ser creativos con los problemas. Hay una serie de pasos que contribuyen a este proceso: crear el clima, definir y discutir el problema, explorar todas las opciones, valorar todas las alternativas, etc.

4. Autorregulación: La autorregulación (habilidades de las personas para desarrollar comportamientos aceptables socialmente, sin la presencia de monitores externos), la autoestima y la autodisciplina son beneficios adicionales del aprendizaje de solución de problemas que se realizan en los programas de tratamiento de conflictos. Los disputantes participan activamente y toman decisiones sobre los problemas a los que se enfrentan. Esto fomenta la autoconfianza, la autoafirmación y también la autorregulación.

5. Establecimiento de normas y fronteras en un marco de democracia participativa: Las actitudes administrativas y las estructuras deben permitir que las personas lleve a la práctica sus derechos y pueda opinar sobre las decisiones que le atañen. Este es un proceso al que hay que prestar mucha atención, porque la comunidad es uno de los marcos más importantes de socialización, y es el vivero de ideas y percepciones acerca de principios tan importantes como la democracia y la justicia.

Ignorar las opiniones del grupo en aquellos asuntos que les incumben puede dar lugar a lo que en psicología se denomina *'indefensión aprendida'*.

6. Apertura y empatía: La actitud de estar abierto a lo que otro expresa y desea, el intentar empatizar y ponerse en su lugar, tener la oportunidad de experimentar cómo cada uno ve diferentes aspectos de una misma situación y sentir que la opinión del otro merece el mismo respeto que la nuestra, es otra de las habilidades que fomentan estas técnicas.

Anexo E. Seminario-taller para ser realizado con el grupo de madres del municipio de Barbosa

¿QUÉ ES LA INTELIGENCIA EMOCIONAL?

UNA HABILIDAD FUNDAMENTAL

La Inteligencia Emocional, un término difundido mundialmente por el periodista y escritor **Daniel Goleman**, es la capacidad de:

- 1) Sentir 2) Entender 3) Controlar y 4) Modificar
- Estados anímicos
- a) Propios y
 - b) Ajenos.

Las **habilidades prácticas** que se desprenden de la Inteligencia Emocional son **cinco**, y pueden ser clasificadas en **dos** áreas:

- 1) INTELIGENCIA INTRAPERSONAL (internas, de autoconocimiento)
- 2) INTELIGENCIA INTERPERSONAL (externas, de relación)

Al primer grupo pertenecen **tres** habilidades:

- a) La **autoconciencia** (capacidad de saber qué está pasando en nuestro cuerpo y qué estamos sintiendo)
- b) El **control emocional** (regular la manifestación de una emoción y/o modificar un estado anímico y su exteriorización).
- c) La capacidad de **motivarse y motivar** a los demás.

Al segundo grupo pertenecen **dos** habilidades:

- a) La **empatía** (entender qué están sintiendo otras personas, ver cuestiones y situaciones desde su perspectiva), y

- b) Las **habilidades sociales** (habilidades que rodean la popularidad, el liderazgo y la eficacia interpersonal, y que pueden ser usadas para persuadir y dirigir, negociar y resolver disputas, para la cooperación y el trabajo en equipo).

Anexo F. Taller para ser realizado con el grupo de madres comunitaria del municipio de Barbosa

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL DENTRO DEL AULA.

LA DIMENSIÓN A FESTIVAL DEL APRENDIZAJE

La buena disposición de un niño o un adolescente, en la escuela, depende del más básico de todos los conocimientos, el de CÓMO aprender. En un informe del *National Center for Clinical Infant Programs* de los EE.UU., del año 1992, se cita una lista de siete ingredientes claves de esta capacidad crucial, **todos ellos relacionados con la Inteligencia Emocional:**

- 1. CONFIANZA.** La sensación de controlar y dominar el propio cuerpo, las sensaciones que se experimentan y la comprensión del mundo; la sensación del niño de que lo más probable es que no fracase en lo que se propone, y de que los adultos serán amables.
- 2. CURIOSIDAD.** La sensación de que descubrir cosas es algo positivo y conduce al placer.
- 3. INTENCIONALIDAD.** El deseo y la capacidad de producir un impacto, y de actuar al respecto con persistencia. Esto está relacionado con una sensación de competencia, de ser eficaz.
- 4. AUTOCONTROL.** La capacidad de modular y dominar las propias acciones de maneras apropiadas a la edad; una sensación de control interno.
- 5. RELACIÓN.** La capacidad de comprometerse con otros, basada en la sensación de ser comprendido y de comprender a los demás.
- 6. CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN.** El deseo y la capacidad de intercambiar verbalmente ideas, sentimientos y conceptos con los demás. Esto está relacionado con una sensación de confianza en los demás y de placer en comprometerse con los demás, incluso con los adultos.

7. COOPERATIVIDAD. La capacidad de equilibrar las propias necesidades con las de los demás en una actividad grupal.

3. ¿QUÉ PAPEL JUEGA EN EL APRENDIZAJE LA BUENA COMUNICACIÓN CON SUS ALUMNOS?

EDUCAR ES TRANSMITIR CONOCIMIENTOS DE PERSONA A PERSONA

En el proceso educativo, los conocimientos no se trasladan de una máquina a otra, como ocurre en las redes de computación. Se traslada, como es obvio, de una persona a otra persona. Y cada persona es una entidad que tiene un cuerpo y una mente. En esa mente, se producen operaciones intelectuales, pero también hay movimientos emocionales y afectivos. Y éstos contribuyen -o perjudican- a la adquisición de conocimientos.

La comunicación es el acto central de la vida humana, y es el acto central de la educación. Los especialistas de todo el mundo coinciden en que el aprendizaje se da no sólo en una dimensión intelectual, sino también en una emocional, afectiva y de relación.

La actitud de un profesor al comunicar los conocimientos o manejar la disciplina influye -para bien o para mal- en el aprendizaje de sus alumnos.

Es un hecho que hablar de neutralidad psicológica, no deja de ser un bello deseo. Un profesor auténtico, al implicarse de lleno en la actuación pedagógico-educativa, en lo que dice, en lo que hace, en lo que exterioriza mediante el estilo o el proceso de enseñanza que elige, con la mirada que lanza o el gesto que inicia, logra que su mensaje sea interiorizado de modo diferente y en distinto grado, no sólo de acuerdo con el desarrollo psicológico e intelectual, sino también según sean las vivencias emocionales, afectivas y sociales de cada uno de los alumnos.

La Inteligencia Emocional, con cada una de sus habilidades prácticas, ayuda en el proceso de la educación abarcando todos los aspectos de la misma. Pero todo depende del principio de la autenticidad.

Al ser la autenticidad la necesidad más profunda del equilibrio psíquico, deberá ser también la característica dominante de la personalidad de todo profesor. Sólo ella llevará al educador a la aceptación de sí mismo y de los demás, y se convertirá en el fundamento de todo acto relacionante o comunicativo.

Un profesor así:

- no se verá precisado a desviarse de sus propios sentimientos;
- se presentará tal cual es;
- será receptivo;
- no impondrá a los demás sus sentimientos;
- no mostrará actitudes defensivas ni prejuicios en relación con nadie;
- ya no tendrá que hacer esfuerzos para parecer diferente de lo que es, sino sólo para cambiar y llegar a ser ante todo aquello que puede ser.

Esta disponibilidad psicológica y afectiva de apertura, sensibilidad y de cambio, conduce al profesor a comprometerse completamente en la situación pedagógica, a entregar su totalidad a aquello que cree, dice, hace y es.

Su pedagogía pasa entonces a convertirse en una experiencia vivida, en una "aventura interior", ya que ésta se va a presentar como un proceso de transformación, cambio y evolución donde se integran todos los aspectos educativos: actuar, reflexionar, relacionarse y crear.

Anexo G. Seminario taller para ser realizado en el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa.

LA AUTOESTIMA.

La autoestima es el sentimiento valorativo de la propia persona, de la manera de ser, de quien es, de los rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad.

Ésta se aprende, cambia y se puede mejorar. Incluye pensamientos, sentimientos y comportamientos de aprecio, valor, cuidado y afecto sobre la propia persona. Estos elementos se convierten en los componentes básicos de la autoestima y están relacionados, porque en la medida en que se modifica un pensamiento negativo sobre sí mismo, se pueden experimentar sensaciones o sentimientos agradables.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA AUTOESTIMA:

Los factores que inciden en la autoestima tienen que ver con los ambientes en que se desenvuelve la persona, como las experiencias vividas en la familia, en la escuela, en el trabajo, en el grupo de amigos y en la sociedad en general contribuyen a debilitar o a fortalecer la autoestima.

COMO MEJORAR LA AUTOESTIMA:

Para mejorar este aspecto es importante:

- Sacar tiempo para el disfrute y el placer.
- Arriesgarse a hacer cosas nuevas y distintas.
- No darle siempre una explicación a las emociones agradables.
- Pensar y expresar palabras positivas respecto a sí mismo.
- Premiarse con regalos que causen satisfacción.
- Sacar espacio para estar consigo mismo.
- Darle importancia al cuidado y bienestar personal.
- No ser tan duro y tan crítico consigo mismo.
- Sentirse orgulloso de los propios éxitos.

Anexo H. Taller para ser realizado con el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa

PROYECTO DE VIDA

¿QUE ES UN PROYECTO DE VIDA?

Es un camino para alcanzar una meta. Es el plan que cada persona se traza para alcanzar uno o varios objetivos en su vida. El proyecto da coherencia a la vida de una persona y marca un determinado estilo en el obrar, en las relaciones y en el modo de ver la vida.

¿PARA QUE ES IMPORTANTE EL PROYECTO DE VIDA?

El proyecto es importante, en la medida que le permite a la persona ubicarse en tres momentos de la vida y determinar lo que es, lo que ha sido y lo que se quiere ser:

- En el pasado: retoma aquello que forma parte de la historia de la persona y que influye en el presente.
- En el presente: permite la ubicación de la persona en el momento actual de su vida.
- En el futuro: muestra las expectativas que se tienen y permiten orientarla vida y trazar metas

¿CÓMO SE PUEDE CONSTRUIR UN PROYECTO DE VIDA?

Para construir un proyecto de vida se debe partir de la propia realidad, reconocer la historia personal sin ningún temor, con aciertos y desaciertos, con aspectos negativos y positivos, con momentos tristes o felices, agradables o desagradables, porque toda esa vivencia pasada explica el presente.

¿CUÁLES PREGUNTAS ORIENTAN UN PROYECTO DE VIDA?

- ¿Cuáles son las características personales? Rasgos típicos del comportamiento, cualidades y defectos.
- ¿Cuáles son los espacios cotidianos? Distintos escenarios donde se mueve actualmente.
- ¿con quien interactúa? Personas con las que se relaciona e influyen en la vida

¿QUÉ ESCENARIOS DEBEN TENERSE EN CUENTA PARA REALIZAR UN PROYECTO DE VIDA?

- Personal: defectos, cualidades, oportunidades, fortalezas.
- Afectivo: amistad, familia, noviazgo, matrimonio.
- Laboral: educación, profesión, actividades.
- Social: barrio, comunidad, grupos, asociados.
- Espiritual: valores, ideas, creencia.

¿QUÉ PASOS SE DEBE SEGUIR?

Para ello es necesario:

- Fijar objetivos y metas acordes con la realidad.
- Definir alternativas o estrategias que permitan identificar los medios más acertados para lograr lo propuesto.
- Construir una visión, que se convierta en el marco referencial de lo que cada persona quiere ser en el futuro.
- Construir una misión, es una formulación amplia, clara y concreta que expresa los propósitos de la persona por el logro de los objetivos planteados.
- Establecer valores o construir la propia escala de valores, que son las directrices del comportamiento.

Anexo J. Taller para ser realizado con el grupo de madres comunitarias del municipio de Barbosa.

DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano es la posibilidad que tienen los seres humano de aprovechar al máximo sus cualidades y fortalezas personales, con el objetivo de hacer realidad el tipo de vida que anhela, satisfaciendo sus necesidades dentro de un contexto específico.

Dichas necesidades están relacionadas con:

- El ser: se refiere a la relación consigo mismo y con los demás. Pertenece a esta categoría las necesidades de autoestima, solidaridad, respeto, afecto, participación, asertividad y tolerancia, entre otras.
- El hacer: se relaciona con el conocimiento y la transformación del entorno. Hacen parte de esta categoría las necesidades de investigar, planificar, cooperar, construir, diseñar, entre otras.
- El estar: hace alusión a los espacios y ambientes de interacción. Esta categoría se relaciona con los entornos vital o familiar y el social.
- El tener: hacer referencia a la satisfacción de las necesidades materiales, como vivienda, alimentación, salud, derechos fundamentales para la subsistencia.

¿QUÉ FACTORES INCIDEN EN EL DESARROLLO HUMANO?

- La realidad socioeconómica. Individual, familia, local, regional y nacional.
- Condiciones físicas de las personas. Relacionadas con la salud que permitan el despliegue de las potencialidades de las personas.
- Culturales. Costumbres, la mirada frente a lo que lo rodea, la educación, los valores.
- Las relaciones que establece la persona consigo mismo y con los demás.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL DESARROLLO HUMANO?

- En el plano individual, genera las condiciones para aprovechar al máximo las capacidades y potencialidades humanas que contribuyan a mejorar las condiciones de vida y la satisfacción de las necesidades materiales.
- En el plano comunitario, permite obtener niveles crecientes de autogestión, de cooperación, de solidaridad, el logro de beneficios comunes, de sentido de pertenencia.

El desarrollo humano implica la articulación entre lo individual y lo comunitario, en la medida en que la satisfacción de las necesidades materiales y espirituales requieren de los demás, en cuanto al ser humano es por naturaleza un ser social, un ser que necesita para su desarrollo y para su progreso la convivencia con los semejantes.