

Familia y comunidad Grupo multifamiliar de autoayuda: hacia nuevos desafíos y comprensiones en salud mental

Family and community Multifamily mutual-help groups: towards new challenges and understanding in mental health

Marcia Salinas Contreras¹, Camilo Sepúlveda Queipul² y Luis Varela Cerda³

Resumen

El presente escrito da a conocer el trabajo de salud mental con grupos multifamiliares de autoayuda, inscritos en el territorio y con énfasis en la comunidad. Describiendo su funcionamiento en el marco del programa ecológico multifamiliar de la provincia del Elqui, Región de Coquimbo.

Se efectúa un abordaje cualitativo de alcance descriptivo por medio de la revisión de documentos de trabajo y antecedentes históricos del programa, complementando la información con observación participante en grupos de autoayuda y comités autogestores (comunales y regionales) así como entrevistas a referentes del programa de la provincia del Elqui.

Los resultados de la presente revisión dan cuenta del funcionamiento operativo del programa en sus diferentes segmentos, evidenciando un proceso en el que usuarias y usuarios de centros asistenciales y dispositivos de salud mental se incorporan a grupos multifamiliares de autoayuda, para el trabajo en la resolución de problemas, consecución de estilos de vida saludable y promoción de relaciones familia-comunidad. La participación en estos grupos de autoayuda promueve la inserción de las/os usuarias/os en los distintos segmentos del programa, integrando las escuelas territoriales (segmento de educación no formal), grupos de autoayuda, consejería a nuevos usuarios, difusión del programa, proyectos y supervisión.

Por último, se ofrecen reflexiones en torno a los nuevos desafíos y comprensiones en salud mental.

Palabras Claves: Familia, Comunidad, Salud Mental, Multifamiliares,
Grupos de Autoayuda.

1 Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica y Psicoterapia. Académica Universidad Central de Chile. Email: marcia.salinas@ucentral.cl Santiago de Chile. Código Postal: 8330090

2 Psicólogo. Estudiante Magister Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Psicólogo Unidad de Salud Mental, Hospital de La Serena. Email: ps.camilosepulveda@gmail.com

3 Psicólogo. América Solidaria Argentina, Núcleo de Investigación y Desarrollo Pedagógico NINDEP, Salta Argentina. Email: luisvarelac@gmail.com

Abstract

This paper presents mental health work with multi-family mutual-help groups, registered in the territory and with emphasis on the community. Describing its operation in the framework of the multifamily ecological program of the province of Elqui, Coquimbo Region

A qualitative approach of descriptive scope is carried out, through the review of working documents and historical background of the program, complementing the information with participant observation in mutual-help groups and committees (communal and regional) as well as interviews with referents of the program of the province of Elqui.

The results of this review show the operational functioning of the program in its different segments, evidencing a process in which users and users of care centers and mental health devices are incorporated into multi-family mutual-help groups, for work in the resolution of problems, achievement of healthy lifestyles and promotion of family-community relationship. Participation in these multifamilies, promotes the insertion of users in the different segments of the program, integrating territorial schools (non-formal education segment), mutual-help groups, counseling to new users, dissemination of the program, projects and supervision.

Finally, reflections on new challenges and understandings in mental health are offered

Keywords: Family, Community, Mental Health, Multifamilials, Mutual-Help Groups.

Introducción

Contexto histórico de la Salud Mental en Chile

El año 1993 el Ministerio de salud incorpora las primeras acciones necesarias para dar cuenta de problemas y trastornos de salud mental de la población nacional en sus diferentes comunas. Dando los primeros pasos hacia un enfoque de salud mental comunitario.

Minoletti y Zaccaria (2005), haciendo referencia al informe de salud mundial (2001) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfatizan la relevancia de desarrollar servicios de salud comunitarios, así como incorporar la atención de salud mental a los servicios de salud general propiciando la creación de vínculos intersectoriales (Minoletti & Zaccaria, 2005).

La conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en Latinoamérica, efectuada por la Organización Panamericana de

la Salud (OPS/OMS) en Caracas 1990, explicita el compromiso de transformar la atención en sistemas basados en la comunidad, considerando la atención primaria de salud (APS) como la principal vía para la entrega de servicios de salud mental (Minoletti, Rojas, & Horvitz-Lennon, 2012)

En Chile, un relevante hito histórico fue liderado por el psiquiatra Juan Marconi en 1968, quien desarrolló una experiencia piloto en psiquiatría comunitaria, promoviendo la participación activa de la comunidad en la solución de sus problemas de salud mental, experiencia replicada en grupos de autoayuda y APS, específicamente en la temática de alcohol y otras drogas, en diferentes comunas del país. En el año 1993 se promulga la primera política y Plan Nacional de Salud Mental en APS, contribuyendo a la implementación de distintos dispositivos de atención en salud mental, tales como, hospitales de día, equipos de especialidad ambulatorios, programas de rehabilitación psicosocial basados en la comunidad y hogares protegidos; adoptándose una política nacional a partir del año 2000, año en que se incorporan paulatinamente psicólogos a los equipos de APS.

A partir del año 1993, con la formulación del Primer Plan de Salud Mental es posible apreciar mecanismos vinculados a la promoción de espacios de participación de la comunidad y organizaciones en los servicios de Salud Mental (Minoletti et al., 2018). La formulación del Segundo Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 reemplaza el modelo de psiquiatría institucional por un modelo comunitario en salud mental, incluyendo acciones orientadas al desarrollo de dispositivos territoriales que otorgan preponderancia al rol de las organizaciones, usuarios, familiares y equipos de salud. Mientras que el Tercer Plan Nacional de Salud Mental otorga reconocimiento a los avances y desafíos del modelo, profundizando en estrategias que favorecen la participación social en el contexto de la salud mental.

Por su parte, Minoletti et al (2018) refieren que el sistema de salud en Chile posee un carácter mixto, con un predominio del sector estatal, tramo que otorga cobertura de atención a la población más pobre del país, la de mayor edad y aquella con más carga de enfermedades. En este contexto el 74% de la población atendida corresponde al sector público.

En este marco, los autores señalan que el plan nacional de salud mental y psiquiatría ha tenido como propósito contribuir a que las personas, familias y comunidades alcancen y conserven la capacidad de relacionarse entre sí y con su medio ambiente, aunque con un bajo nivel de participación, lo

que puede explicarse en parte por la baja asociatividad y participación y por el énfasis de la reforma de salud en aspectos técnicos más que en los procesos de cuidanización de los usuarios de salud mental y sus familias (Minoletti et al, 2018)

Al respecto, Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon (2012) han detectado que una de las grandes barreras en la ejecución de esta política ha sido la instalación del modelo biomédico en la atención de salud mental, que no ha sido fácil de modificar en los 50 años de implementación.

Antecedentes del programa ecológico multifamiliar

En el contexto de desarrollo de la salud mental en Chile, surge hace más de 20 años la propuesta de los grupos multifamiliares de autoayuda, siendo el Programa Ecológico Multifamiliar (PEM), definido como una organización de autoayuda en el que distintas familias de un territorio se reúnen con el fin de generar soluciones a dificultades y conflictos asociados a diversas problemáticas de salud mental, especialmente aquellas relacionadas con consumo problemático de uno o más miembros de la familia. Los integrantes de estos grupos son usuarias y usuarios del sistema de salud pública, que autoorganizados trabajan en colaboración con distintos dispositivos de salud mental.

El programa PEM funciona en más de treinta países y en Chile lo hace desde hace más 20 años, promoviendo la participación y fortalecimiento de las familias en la búsqueda activa de soluciones para sus problemas de salud mental y la promoción de estilos de vida saludables, llevando a cabo un trabajo territorial en la comunidad, un abordaje sistémico multifamiliar y la utilización extensa del voluntariado (Flores, 2013)

El Programa Ecológico Social Multifamiliar se fundamenta en los estudios e investigaciones del doctor Vladimir Hudolin, en Zagreb, quien junto con el equipo del Hospital Clínico Universitario “Sestre Milosrdnice” desarrolló el modelo en Croacia y posteriormente en Italia (Flores, 2013). Precedentes de la implementación de este programa en Sudamérica: identifica su surgimiento con la iniciativa del médico Mauricio Troncoso, en los años 70, en el Instituto Psiquiátrico “Dr. J. Horwitz”, trabajo iniciado con un equipo de profesionales de salud mental y un grupo de participantes voluntarios (Troncoso, 2000).

Durante el año 1993 estos grupos surgen en distintos dispositivos de salud pública en el contexto nacional, específicamente en el área norte de Santiago, en la comuna de Renca. Dicha experiencia se extiende posteriormente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco, con la inauguración en 1998 de los primeros grupos de autoayuda multifamiliares en las comunas de Buin y Cerro Navia (Troncoso, 2000). Posteriormente, se desarrollan estos grupos en distintas comunas del área sur y en otras comunas de la Región Metropolitana, así como en las regiones III, IV, V, VI, VII y XI (Flores, 2013).

En la región de Coquimbo, el PEM inicia su funcionamiento el año 2005, programa que en la actualidad se identifica como una práctica representativa del enfoque de salud familiar y comunitario que incorpora distintos segmentos articulados como una organización de autoayuda, cuyo foco de trabajo inicial es el abordaje de dependencias del alcohol y otras drogas; no obstante, como consecuencia de la práctica a lo largo del tiempo, se incorpora el trabajo con otras problemáticas de salud mental.

Marco de referencia y modelo operativo

El grupo multifamiliar adopta los pilares que sustentan el modelo operativo del programa ecológico multifamiliar (PEM), cimentados en un abordaje familiar y territorial de las problemáticas de salud mental. Fundamentando sus bases en la antropología espiritual y una concepción ecológica (Flores, 2013).

El abordaje multifamiliar considera a la familia como principal unidad de trabajo, considerando a las personas como agentes de sus propios procesos de cambio, mediante un abordaje en red que propicia el fortalecimiento de recursos y la promoción de estilos de vida saludables. Este modelo se ofrece como una instancia de regulación social que reafirmaría interacciones centradas en las responsabilidades y roles de cada integrante del sistema, favoreciendo la colaboración de sus miembros y el acceso de las familias usuarias a nuevos contactos que permitirían ampliar sus redes de interacción social. El programa funcionaría como un contenedor de apoyo que generaría intercambios emocionales positivos en un clima de comprensión, empatía y compañía social propiciando actividades participativas e interacciones orientadas al intercambio (Levy y Morales, 2014).

La denominación ecológica, referida en documentos de trabajo del PEM (Levy y Morales, 2014) describen los procesos de recuperación de la salud mental, como un proceso asociado a una descontaminación psicológica (cognitiva y emocional) articulada con estilos de vida y resolución de conflictos en los contextos familiares y la comunidad, insertas en territorios particulares. Las autoras refieren la importancia de promover estilos comunicacionales y relacionales saludables en las familias, sus territorios y comunidades, bajo el supuesto que otorga énfasis a lo local y a los procesos de interdependencia ambiente-persona.

La antropología espiritual (Levy y Morales, 2014) transmite la enseñanza de los cimientos filosóficos espirituales en los que se sustenta el programa, siendo concebida como una oportunidad para reconstruir sufrimientos, promover conexión con el sentido de vida y la naturaleza del ser humano. Se resguarda la actualización de valores resaltando la convivencia entre las personas y sus familias, distinguiendo la transmisión de principios tales como: integridad, bondad, honestidad, justicia, respeto, solidaridad, amor, conductas de no violencia, resolución pacífica de conflictos y responsabilidad. Los principios se orientan a fortalecer la capacidad de amar y comprender al otro, el cuidado y autocuidado y el reconocimiento de necesidades de los integrantes del sistema familiar. El espacio de los grupos de autoayuda se concibe como una invitación al diálogo, la reflexión, la introspección y el crecimiento humano, desarrollando una perspectiva amplia de la espiritualidad, en un ambiente de respeto, solidaridad y dignidad humana.

Desde esta perspectiva, el programa funciona como promotor de cambios positivos en las personas y sus familias, permitiendo la prosecución de una percepción de bienestar. Siendo considerado por sus integrantes como un recurso protector que favorece en las personas relaciones saludables con la familia y su comunidad (Salinas, Sepúlveda, & Varela, 2014).

El modelo operativo del programa funciona con distintos segmentos (Levi y Morales, 2014) entre los que se encuentran los grupos de autoayuda multifamiliar conformados por usuarios de salud mental, la educación continua de sus miembros, un espacio de consejería otorgada por los mismos usuarios/as voluntarios/as formados/as en el segmento de educación continua, supervisión de grupos guiados por líderes con experiencia en el programa, promoción y difusión de acciones y proyectos con la comunidad. Cuenta además con dos instancias que facilitan la operacionalización del programa, el comité nacional encargado de convocar a los representantes

de las distintas regiones y el comité autogestor regional conformado por representantes de los grupos de autoayuda territorial y profesionales de los centros asistenciales que voluntariamente participan del programa.

Metodología

Por medio de un abordaje cualitativo se efectúa una revisión de documentos de trabajo y antecedentes históricos del programa ecológico multifamiliar (PEM) y los grupos de autoayuda, complementando la información con observación participante en participación del Comité Autogestor Regional, Fonda Blanca, Reunión en Comité Autogestor La Serena Coquimbo, Examen Público escuelas de primer nivel Andacollo y La Serena, Encuentro Regional Combarbalá 2013, así como entrevistas a referentes del programa de la provincia del Elqui, Región de Coquimbo.

Se efectúa un alcance descriptivo del funcionamiento operativo del programa y reflexiones teóricas que surgen a partir de los hallazgos.

Funcionamiento de los grupos multifamiliares y trabajo en la comunidad

En función de la documentación revisada, participación en actividades del programa y acercamiento a líderes y referentes del PEM, provincia de Elqui, se levanta a continuación una descripción y caracterización de los segmentos que componen el programa.

Segmentos del Programa Ecológico Multifamiliar.

1. Grupos de Autoayuda Multifamiliar

Los grupos de autoayuda se encuentran conformados por usuarias y usuarios de distintos centros asistenciales y dispositivos de atención en salud mental, en su mayoría provenientes de la atención primaria de salud (APS), quienes voluntariamente acceden a participar de los grupos de autoayuda. Estos grupos se encuentran abiertos a la incorporación de uno o más miembros de la familia en los que, junto a otras familias, participan de los grupos de trabajo. Estos grupos se desarrollan por territorio, ya que se considera que así como cada familia posee particularidades únicas, cada territorio cuenta con características que le son propias.

La participación de las familias en estos grupos puede darse antes, durante o después del tratamiento en los dispositivos de salud. Considerando esta modalidad un complemento al tratamiento brindado por los profesionales de salud (Flores, 2013).

Los grupos de autoayuda del multifamiliar están compuestos por un máximo de doce familias, guiados por miembros del programa que han recibido una instrucción de voluntariado como trabajador comunitario en salud mental, formados en el segmento de formación (educación no formal) del PEM. Levi y Morales (2014) señalan que estos grupos pueden ser coordinados por integrantes de las familias con trayectoria en el programa o bien aquellas familias capacitadas con formación en el programa.

Los encuentros de los grupos tienen una periodicidad semanal de una hora y media de duración, en un formato de trabajo que dispone de tres reglas básicas según plantea Troncoso (2000): ser puntuales en el inicio y término de cada sesión, no hablar de personas ausentes, no hablar de política ni de deportes. La conversación permite que las familias puedan expresar los problemas que las aquejan, siendo el grupo y los mismos integrantes de la familia quienes favorecen la búsqueda de soluciones a los mismos. Para lo cual pueden aportar con sus propias experiencias y soluciones, o bien recibir orientación de quienes guían el grupo y que poseen mayor trayectoria en el programa.

La esencia de los multifamiliares reside en quienes guían los encuentros, los que deben ser usuarios del programa, reconocidos como miembros de la misma comunidad y parte de un territorio común. Los/as profesionales de

los dispositivos de salud pueden participar como voluntarios del programa, no obstante, se incorporan como un miembro más del grupo y su aporte se orientará a colaborar con la formación de quienes guiarán los grupos de autoayuda de los multifamiliares.

Flores (2013) señala que en los multifamiliares se procura conversar de lo que la persona siente en el momento presente y los distintos conflictos que surgen en su vida cotidiana, para los cuales se buscan soluciones. Se evita hablar de la patología o las enfermedades.

2. Formación en Contexto de Educación No Formal

El segmento de formación del programa, también conocido por sus usuarios como segmento de “educación continua” corresponde a un proceso de enseñanza-aprendizaje en contexto no formal, también conocido en muchos ámbitos como educación popular. Se describe como un proceso de aprendizaje ininterrumpido de carácter gratuito y territorial en el que las familias usuarias reciben formación en temas de salud mental y propicia habilidades que permitirán participar de los grupos de autoayuda multifamiliar (Troncoso, 2000).

Este proceso en el largo plazo contempla tres niveles: las escuelas territoriales de primer nivel, las escuelas territoriales de segundo nivel y las escuelas de nivel superior, en donde los participantes de mayor trayectoria se entrenan en el rol de voluntarios como trabajadores comunitarios de salud mental (Levi y Morales, 2014).

Una parte importante de la experiencia de crecimiento personal de los usuarios surge de este segmento, ya que la formación evitaría la transmisión dogmática de conocimientos, empleando una reflexión permanente que otorga flexibilidad al proceso de enseñanza-aprendizaje (Flores, 2013).

La Educación Continua está constituida por un componente filosófico que sustenta y fundamenta una concepción especial de educación, concebida como un proceso permanente de enseñanza-aprendizaje, dinámico y continuo a lo largo de la vida (Ceja Pizano, J. Jesús, Flores Galavíz, José Luís y Patiño Galván, 2013). Estos autores otorgan una acción pública de retribución a la sociedad, cubriendo necesidades en ámbitos específicos,

quienes a su vez asumen a la educación continua como parte fundamental de su proyecto de vida.

De la misma manera, López-Barajas (2009) refiere este segmento como un factor de inclusión social, participación laboral y ciudadanía, que atendería a aquellos sectores de la población excluidos y permitiría la reducción de brechas socio-económicas.

Este segmento se constituye como un eje fundamental en el trabajo con las familias usuarias y funciona a través de las escuelas territoriales, compuestas por los siguientes niveles:

2.1. Escuelas Territoriales de Primer Nivel

Estas escuelas se conciben como un espacio inicial de formación del que disponen las familias de cada territorio, en cada comuna en la que el programa se implementa. Son escuelas gratuitas y periódicas que permiten a sus participantes integrar conocimientos para el cambio en sus estilos de vida y recuperación de su salud. En estas escuelas se trabajan contenidos que instruyen a las familias usuarias en los principios fundamentales del programa, abordando temáticas de salud mental. Estos contenidos son revisados periódicamente por un comité conformado por profesionales voluntarios e integrantes con experiencia en el programa.

Flores (2013) señala que las escuelas cumplen con tres propósitos:

1. Sensibilizar a la comunidad en temas de consumo de sustancias y otros problemas de salud mental.
2. Entregar herramientas a las familias que participan en los grupos de autoayuda multifamiliares con el fin de trabajar sus dificultades.
3. Preparar coordinadores de grupos de autoayuda multifamiliar, voluntarios que se forman como agentes culturales de transformaciones y cambio en el territorio.

Las escuelas de primer nivel se organizan anualmente a través de una planificación realizada por el comité autogestor regional, en el que se revisan los lineamientos, contenidos y acuerdos para el desarrollo de estas. Los coordinadores de cada escuela son los encargados de gestionar las clases y

ejecución de estas en cada territorio. Es posible identificar tres momentos en el desarrollo de las Escuelas Territoriales de Primer Nivel:

La primera etapa de incorporación a las escuelas. Para facilitar la incorporación a las Escuelas Territoriales de Primer Nivel los coordinadores emplean diversas estrategias para convocar a los usuarios, entre las que se destacan: invitación personal, derivación de profesionales de la salud, consejería, propaganda de difusión del programa en los centros asistenciales, difusión en espacios radiales locales, entrega de volantes, visitas a organizaciones territoriales y recomendaciones de usuarios que participan en el PEM.

Una segunda etapa, denominada proceso de participación. En esta fase, las escuelas territoriales se distribuyen en 24 clases que se imparten en un período de cuatro a seis meses, con una periodicidad semanal y duración de una hora y media por jornada. Cada semana se exponen diferentes temas, invitando a profesionales de distintas áreas y agentes de la comunidad.

Una tercera etapa de finalización y cierre de las escuelas territoriales, en la cual los participantes de distintos territorios de una provincia y/o comuna, rinden un examen público certificado por los centros asistenciales y/o servicios de salud regional. La ceremonia de cierre de las escuelas es organizada por los distintos territorios a través de los representantes en los comités autogestores comunales.

2.2. Escuelas Territoriales de Segundo Nivel

Las Escuelas Territoriales de Segundo Nivel son el siguiente eslabón del proceso de formación, considera tres espacios distintos en los cuales participan personas que finalizaron el primer nivel del segmento. Según Troncoso (2000) existen tres áreas de formación en estas escuelas: 1) **área teórica**: en la que se imparten contenidos relacionados con las necesidades locales de los grupos de autoayuda de cada territorio; 2) **área de autocuidado**: espacio que favorece el auto-conocimiento y autocuidado de los coordinadores de grupos de autoayuda multifamiliar; 3) **área administrativa**: orientada a gestionar el funcionamiento adecuado de los grupos de autoayuda.

2.3. Nivel Superior

Tal como señalan Levi y Morales (2014) la escuela de nivel superior es aquella de **máxima complejidad dentro del segmento formativo**, en donde se actualizan conocimientos específicos en temáticas de dependencias, riesgos y complicaciones derivadas de ellas. El nivel superior es dirigido por los referentes nacionales del programa y se encuentra orientado a profesionales de la salud y coordinadores de los grupos de autoayuda multifamiliares que han completado los niveles anteriores de educación.

3. Consejería

El segmento de consejería se configura como un espacio que permite a los TSS y a los voluntarios usuarios del programa realizar el primer contacto con las personas que presentan dificultades y acuden a los centros asistenciales. Tiene como finalidad transmitir, desde la experiencia de cada integrante, el trabajo que se logra en el multifamiliar, motivando a usuarias/os de APS incorporarse al programa (Flores, 2013).

Levi y Morales (2014) refieren que en este segmento el voluntariado trabaja en estrecha colaboración con los profesionales médicos y no médicos de los establecimientos de salud, propiciando acogida a las familias. Quienes realizan la consejería mantienen una actitud de “no crítica”.

Por su parte, Troncoso (2000) distingue este espacio por su gran significación emocional, ya que permite acercarse a los profesionales de salud. Este segmento permite, además, generar una conexión entre el saber científico del profesional de salud y el conocimiento popular-ecológico de los habitantes del territorio. Aquí el mundo profesional tendrá la posibilidad de aprehender acerca de las costumbres y modelos socio-culturales de las familias usuarias de los dispositivos de salud.

4. Difusión de los Multifamiliares

Este segmento contempla actividades de acercamiento a los distintos territorios de cada localidad. Entre las actividades desarrolladas se encuentran: jornadas inter-clubes y congresos. Las jornadas inter-clubes se conceptualizan como eventos públicos de sensibilización y difusión del programa en

los que participan familias de los clubes multifamiliares y otros agentes de la comuna (autoridades de salud, educación, iglesia, bomberos, cruz roja, carabineros, clubes deportivos, junta de vecinos, etc). Durante estas jornadas se desarrollan temas específicos que propician la salud mental, asimismo se evalúan metas y propósitos del programa. Los congresos corresponden a actividades de formación de carácter nacional y público, cuyo propósito es formar y actualizar a los usuarios en temas de salud mental (Troncoso, 2000).

5. Proyectos

Levi y Morales (2014) describen este segmento como un espacio donde los integrantes y sus líderes se relacionan con distintas redes y organizaciones de la comuna, con el fin de fortalecer el trabajo desarrollado por los micros-programas territoriales. Busca generar proyectos que permitan financiar actividades del programa y sistematizar sus acciones.

6. Supervisión

Las actividades de supervisión son realizadas por referentes del programa a nivel nacional, en su mayoría profesionales médicos psiquiatras y provenientes del ámbito de la psicología. Estas actividades se realizan al menos una vez al año y convocan a diversos integrantes de distintos grupos multifamiliares a nivel regional. El principal objetivo es favorecer el aprendizaje de experiencias entre clubes y guiar conversaciones que modelen habilidades de resolución de problemas, a través de ejercicios de role playing y grupos que simulen los multifamiliares (Troncoso 2000).

El presente apartado ha dado cuenta de los resultados obtenidos en la revisión de antecedentes y trabajo de campo, dando a conocer el funcionamiento operativo del programa en sus diferentes segmentos. Se evidencia un proceso en el que usuarias y usuarios de centros asistenciales y dispositivos de salud mental se incorporan a grupos multifamiliares de autoayuda para el trabajo en la resolución de problemas, consecución de estilos de vida saludable y promoción de lazos familia-comunidad. La participación en estos multifamiliares promueve la inserción de las/os usuarias/os en los distintos segmentos del programa, integrando las escuelas territoriales (segmento de

educación no formal), grupos de autoayuda, consejería a nuevos usuarios, difusión del programa, proyectos y supervisión.

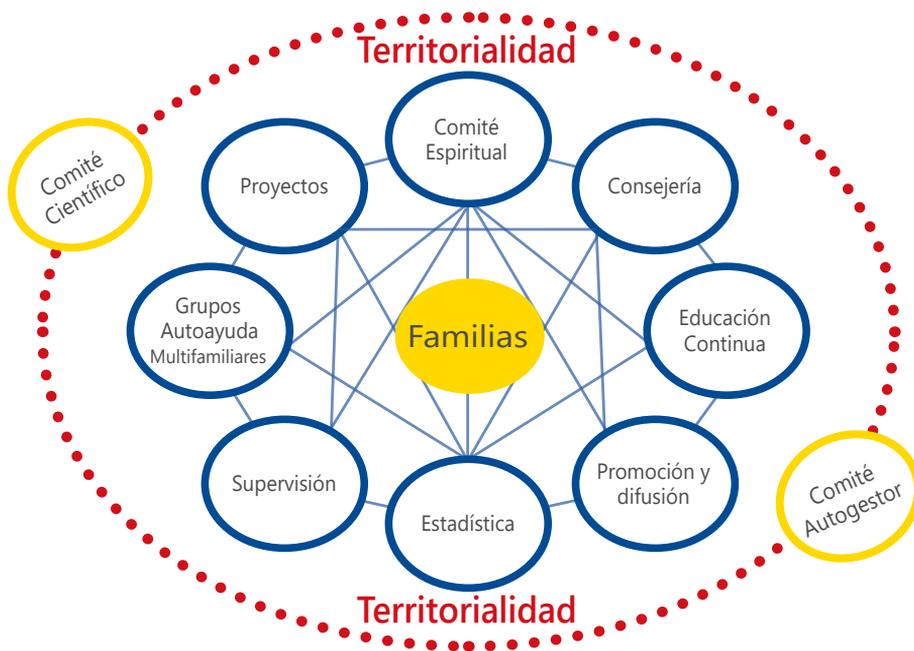
A partir de lo evidenciado se ofrecen a continuación reflexiones teóricas en el marco del construccionismo social.

Hacia nuevos desafíos y comprensiones de la Salud Mental

El programa presentado se levanta desde experiencias y praxis distintivas que darían cuenta de concepciones de salud mental, que incorpora un foco con énfasis en las familias y las comunidades, desde la territorialidad y contexto ecológico.

En el siguiente diagrama se aprecia como el PEM se articula a partir de dos ejes: por una parte, el comité autogestor regional y por otra, el comité nacional conformado por actores y líderes del programa, cuyo núcleo central es el trabajo con la familia. Las familias reconocen la posibilidad de participar en los grupos multifamiliares de autoayuda y a la vez se les ofrece la posibilidad de formarse como trabajadores comunitarios voluntarios en la promoción de la salud mental. Esta posibilidad en sí misma ofrece a las personas salir de la posición de enfermedad o de patología para experimentarse como agente de cambio de su propia vida, su familia y la comunidad. El protagonismo es recobrado en la medida que participa en las distintas actividades grupales y sociales que ofrece el programa, a través de los grupos de autoayuda en el territorio y la participación en los distintos segmentos, todos autogestionados. De esta manera, el programa funciona en la medida que todos sus miembros adoptan un rol activo en la red de autogestión.

Así mismo, es posible identificar la formación y educación permanente de los integrantes como un segmento de relevancia en el programa ya que, inscrito en la lógica de crecimiento fortalece a las familias usuarias, y las posiciona como agentes de cambio. Propiciando espacios de intercambio grupal y con la comunidad que, a través del diálogo y la reflexión, las involucra en sus procesos de aprendizaje y cambio.



A partir de esta circularidad virtuosa de interacciones transformativas y promotoras de cambio, se visibiliza una lógica orientada a la movilización de recursos disponibles en las personas, familias y comunidades, generando un proceso que posibilitaría la autogestión de sus miembros que confluye en la autogestión de cada uno de los segmentos y convergen en la autogestión del programa en su totalidad. Esta convergencia y red de interacciones retroalimentaría la continuidad, sustentabilidad y desarrollo del programa.

Lo anteriormente descrito levanta reflexiones en torno a las praxis hegemónicas en salud mental, tensionando al modelo biomédico que por más de 50 años ha prevalecido en el sistema. Razón por la cual experiencias como los grupos multifamiliares y el programa ecológico multifamiliar permiten trascender la noción meramente biológica, fragmentada e individualista de la mente, ampliándola hacia una comprensión sistémica, ecológica y comunitaria.

El funcionamiento de estos grupos multifamiliares evidencia la factibilidad de efectuar un abordaje familiar y comunitario al marco de la salud mental. Este trabajo surge como una distinción posible que desafía los discursos disciplinares, sugiriendo adoptar paradigmas reflexivos y dialogante que permitan ampliar la comprensión del tradicional constructo de

salud mental. En este sentido, Keneth J Gergen (1996) propone un enfoque psicosocial del conocimiento comprendido desde la acción social, concebido como procesos contextuales e interactivos en los que el énfasis está dado en el conocimiento local, la creación de significados compartidos y núcleos de inteligibilidades, generadores de prácticas discursivas asociadas a particularidades de las comunidades y personas que la conforman.

Anderson (2006) refiere que el núcleo de las posturas colaborativas levantadas desde una actitud crítica y escéptica hacia el conocimiento universal, dominante e imperante, promueve la generación de un conocimiento local, el cual surge como un conocimiento relacional y contextualizado, en donde la utilidad del mismo recae en los propios participantes y sus intercambios lingüísticos. Entendiendo al conocimiento como una construcción comunitaria que ha convertido la mirada intelectual tradicional, hasta ahora centrada en el dualismo sujeto-objeto, emplazándola progresivamente hacia la re-conexión con las personas. En este lugar, la producción de conocimiento está situada en las comunidades y sus escenarios sociales, como potencial transformativo de vidas y nuevas realidades socio-culturales.

Por su parte, Montero (2004) nos recuerda lo comunitario desde una perspectiva psicosocial que ampliaría la concepción intrapsíquica tradicional de la salud, considerando factores ecológicos-culturales y un rol activo de la comunidad. Aquí la interacción ambiente-persona daría lugar a la generación de cambios en una relación dialéctica de mutuas transformaciones. Coincidente con esta postura, Martínez (2006) refiere que una comunidad se constituye por individuos que comparten un estar común en el mundo, propiciando el proceso de personalización al interior de una comunidad, en ese escenario identifica a la familia como la principal estructura comunitaria, en una lógica que cobra existencia en el mundo comunitario y en el ámbito de acción de la vida cotidiana desarrollada en contextos situacionales, los que dotarían de identidad, reconocimiento, pertenencia, territorio, lengua y cultura a los individuos.

Al respecto De Sousa (2009, p 183), da cuenta del concepto de ecología de saberes que “supone la idea de una diversidad epistemológica en el mundo, el reconocimiento de la existencia de una pluralidad de conocimientos más allá del conocimiento científico”, que nos invita a pensar en los alcances del conocimiento de las familias y comunidades para el cuidado de la salud mental, renunciando a epistemologías generales que no dan cuenta

de malestares situados histórica y culturalmente de cada territorio, ofreciendo criterios de validez a conocimientos y prácticas que han sido desplazados e invisibilizados por el modelo biomédico en salud mental.

Para concluir la reflexión, Bateson (2011) advierte acerca de la deseabilidad científica y la importancia de conocer a consciencia los propios presupuestos y la capacidad de denunciarlos. Experiencias como la descrita refieren una invitación a considerar nuevas perspectivas en la construcción de la noción de salud mental y el aporte de las ciencias sociales a la salud pública. Lo que en palabras de Gergen (2007) sería un desafío a la verdad y centralidad del conocimiento individual, al mundo del conocimiento objetivo y al lenguaje como un vehículo de la verdad.

Referencias

- Anderson, H. (2006). *Collaborative therapy: Relationships And Conversations That Make a Difference*. New York: Routledge.
- Bateson, G., (2011). *Espíritu y naturaleza* (3ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Boaventura, S., (2009). *Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. México: Siglo XXI.
- Ceja Pizano, J., Flores Galavíz, J., y Patiño Galván, I. (2013). Modelo funcional como producto del cambio organizacional en la educación continua superior. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, (42). Recuperado de https://econpapers.repec.org/article/ervcedce-d/y_3a2013_3ai_3a42_3a1.htm
- Flores Jara, J. (2013). *Desarrollo y validación de instrumentos para medir clima social en los grupos de autoayuda del programa ecológico multifamiliar*. [Tesis] Recuperado de <https://eprints.ucm.es/21677/1/T34522.pdf>
- Gergen, K., y Meler Ortí, F. (1996). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K., Diazgranados Ferráns, S., y Estrada Mesa, A. (2007). *Construccionismo social*. Bogotá: Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes.
- Levy y Morales. (2014). Estructura Programa Ecologico. Recuperado de <https://www.sscoquimbo.cl/ecologico/documentos.php>
- López-Barajas, E., y Ortega Navas, M. (2009). *El paradigma de la educación continua*. Madrid: Narcea.

- Martínez Ravanal, V. (2006). *El Enfoque comunitario. El Desafío de Incorporar a las Comunidades en las Intervenciones Sociales*. Santiago de Chile: Magíster Psicología Comunitaria. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Universidad de Chile.
- Minoletti, A., y Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 18(4-5), 346-358. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000900015>
- Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447. <https://doi.org/10.1590/s1414-462x2012000400006>
- Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez, M., Toro, O., Irrarázabal, M., Díaz, R., Chacón, S. (2018). Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-7. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.131>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Salinas, M., Sepúlveda, C., & Varela, L. (2014). *Escuelas Territoriales de Primer Nivel, Programa Ecológico Social Multifamiliar 2013-2014*. Santiago de Chile: Universidad Central de Chile.
- Troncoso, M. (2000). *Abordaje Multifamiliar en las Dependencias*, Santiago de Chile, Editorial Servicio de Salud el Maule