TRAB
PS 995
P8

UNIVERSIDAD CATOLICA "ANDRES BELLO"
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA

EL PSICOLOGO CLINICO COMO AGENTE DE PREVENCION EN SALUD MENTAL: ESTUDIO DE UN CASO

Trabajo presentado por la prof. ESTRELLA PINTO G., como credencial de mérito para el ascenso a la categoría inmediata superior en el escalafón de miembros ordinarios del personal docente y de investigación de la UNIVERSIDAD CATOLICA "ANDRES BELLO".

Caracas, julio de 1995.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Psicología, en la persona de su directora, prof. Silvana Campagnaro de Solórzano, por haber brindado a la cátedra de Psicología Clínica la oportunidad de desarrollar el proyecto de UNACLIP para la parroquia Antímano.

Al prof. Juan Carlos Romero, por su apoyo irrestricto al proyecto, y su amabilidad al haber facilitado, más allá de su obligación de reporte a la jefatura de cátedra, toda la información referida a la unidad bajo su coordinación, necesaria para la realización de este trabajo.

A los estudiantes, especialmente a los "fundadores", por la labor realizada, a veces, más allá de sus obligaciones académicas

A los consultantes de UNACLIP y a las personas e instituciones que han hecho referencias, sin cuya confianza en el equipo de la unidad, no existiría.

A Gustavo A. Zapata M., por la lectura crítica del manuscrito, sus observaciones, y el procesamiento, diagramación y montaje informático del texto.

A Jacqueline Darmont y Nilka Cohen por proporcionarnos importante información del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

A Gustavo A. y Verónica Michelle,

pacientes y amorosos acompañantes

en arduas jornadas de trabajo.

Permanente estímulo para seguir adelante.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....2

DEDICATORIA.....3

INTRODUCCION.....5

PARTE I: ESTUDIO DEL CASO

Breve historia: condiciones de inicio.....9

Estrategias de funcionamiento.....10

Actvidades de UNACLIP.....12

Población atendida en UNACLIP
entre octubre de 1993 y junio de 1995.....14

Información sobre la Parroquia Antímano.....18

PARTE II: ANALISIS

Sobre las condiciones de inicio.....24

Análisis de los datos.....29

PARTE III: CONCLUSIONES.....65

BIBLIOGRAFIA.....71

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es examinar el rol de la Psicología Clínica en el ámbito de la salud mental comunitaria mediante el estudio de un caso, del que se derivarán conclusiones y recomendaciones tanto para la optimización del servicio ofrecido por la institución estudiada, como para iniciativas similares que se piensen y organicen en este campo en Venezuela, bien para el caso particular, bien por el interés colectivo.

El caso a estudiar corresponde a un servicio de atención psicológica ofrecido por la U.C.A.B. a la parroquia de Antímano. Esta idea fue propuesta a la Escuela de Psicología por Proyección a la comunidad, como parte de sus estrategias de relación con los habitantes de la zona. La Escuela, juzgando idóneo asignar esta responsabilidad a la cátedra de Psicología Clínica, delegó en ésta, en septiembre de 1.993, el estudio del proyecto. Específicamente, se solicitaba considerar la factibilidad de llevar a cabo parte de las actividades de práctica asistencial que planifica, organiza y ejecuta la cátedra para los estudiantes del último año de la carrera, en la institución proyectada en Antímano, fuera del marco hospitalario en el que habitualmente se venían desarrollando.

El exámen preliminar de la idea mostró que se imponían modificaciones sustanciales en la estructura de las prácticas. Implicaba prescindir de la facilidad que brinda el trabajo en instituciones de larga tradición en el área de docencia y asistencia en salud mental, en el sentido de que las personas que acuden a éllas

saben, en líneas generales, qué esperar de una consulta de este tipo, y por ello ciñen sus demandas a la naturaleza, conocida para ellos, de los servicios de la misma. En cambio, el proyecto de un servicio de asistencia psicológica de este tipo podría, a nivel de imagen, contar únicamente con el respaldo del prestigio de la U.C.A.B. el cual, aunque indudablemente elevado, no basta en una situación como ésta, ya que no se identifica a la universidad con la prestación de servicios en salud mental. Si, además, se proyectaba un centro para ofrecer ayuda profesional a un público con menos información que el que asiste a un servicio de Psicología Clínica y Psiquiatría de un hospital, ni qué decir del que asiste a un hospital dedicado exclusivamente a la atención en esta área, y con demandas mucho más amplias, requería de un esfuerzo adicional al del trabajo habitual, pues había que comenzar por hacerse de una imagen, de un lugar, y dar forma a esas demandas a partir de una definición precisa de la oferta de servicio.

Esto implicaba también que los alumnos, lejos de llegar a cumplir con un programa más o menos acabado aunque flexible de actividades prácticas, tendrían que involucrarse en el diseño del funcionamiento de la unidad, al mismo tiempo que trabajar para ejecutar el proyecto, como parte de los compromisos inherentes a esta nueva modalidad de prácticas.

Además, a diferencia de las que se desarrollan en un hospital, en las que las responsabilidades de trabajo con los pacientes se comparten con otros profesionales, en ésta los alumnos tendrían que recibir a los consultantes por sí mismos, diagnosticar clínicamente su problema y ofrecer alguna clase de ayuda psico-

terapéutica, contando sólo con la supervisión de un profesor asignado a tal efecto por la cátedra. Debía prescindirse, pués, de la sensación de protección que se deriva de iniciarse en la clínica al lado de otros profesionales de mayor experiencia.

Por último, no podía la cátedra concebir esta actividad limitada a la asistencia individual. Desde el primer momento se pensó en consagrar parte del tiempo correspondiente a la misma para la planificación y ejecución de tareas de corte preventivo, introduciendo así una cuarta modificación del esquema tradicional de las prácticas, netamente asistencial, para que la unidad pudiera constituirse en un centro comunitario de ayuda clínico-psicológica. Se procedió de inmediato a realizar las modificaciones descritas, en el ánimo de que la práctica sirviera de medio para ofrecer asistencia a los habitantes de la zona y dejara de ser un fín en sí misma. Unas semanas más tarde, en el mes de octubre de ese mismo año se inició, a título experimental, la actividad en Antímano, sobre la base del diseño de una estructura mínima de funcionamiento que será descrita más adelante. En la primera parte del trabajo se examinan las condiciones de inicio, sus fundamentos y resultados, para, a partir de ello, discutir en retrospectiva las condiciones necesarias y suficientes para la planificación, organización y funcionamiento eficiente de este tipo de servicio. De esta discusión se derivan, en una segunda parte, reflexiones y conclusiones en torno al rol del psicólogo como agente de prevención y tratamiento de trastornos psicológicos, la importancia de la salud mental comunitaria como concepto, y de la sensibilización del estudiante a esta problemática. Finalmente, se plantean sugerencias de modificaciones importantes a realizar en la Unidad de

Atención Clínico-Psicológica (UNACLIP) para la optimización de su funcionamiento y una mejora sustancial en la eficacia de los servicios ofrecidos a la comunidad de Antímano.

PARTE I: ESTUDIO DEL CASO.

Breve historia: condiciones de inicio.

UNACLIP abrió sus puertas al público en octubre de 1.993, en un espacio físico perteneciente a los Salones Parroquiales que forman parte de las instalaciones del Colegio Refugio de la Infancia. El local, sin aviso exterior, lo conformaban una recepción de 2x2 metros aproximadamente, y tres cubículos de similares dimensiones, equipados con un viejo mobiliario: un pequeño escritorio y 2 o 3 sillas por cubículo.

Mucho tiempo después de la apertura, a lo anterior se agregó un aviso que identifica al lugar, un salón grande de usos múltiples en el que se dispone de una buena cantidad de sillas plegables de metal y cuatro cubículos con mobiliario similar al de los otros, más una mesita para trabajo con niños, cuatro armarios y un archivador. No se contaba con dotación de material de oficina, por lo que el personal suplió el requerido durante el primer año de funcionamiento. Para el año escolar en curso, la U.C.A.B. ha proporcionado parte del material referido.

En cuanto a recursos humanos, desde el principio ha habido un profesor, psicólogo egresado de la U.C.A.B., con estudios de postgrado en Psicología Clínica en la U.C.V., designado por la cátedra para coordinar y supervisar el trabajo de práctica de los estudiantes en UNACLIP. Durante el año '93 - '94 pasaron por la misma 38 alumnos, divididos en tres grupos que rotaron trimestralmente. Algunos de ellos trabajaron voluntariamente durante los meses de agosto y septiembre jun-

to con el profesor, a los fines de dar a los programas de asistencia iniciados la mayor continuidad posible y una imagen de estabilidad a la institución. En el presente año lectivo '94 - '95 han pasado 28 estudiantes en la misma modalidad de rotación descrita, alternando sus actividades de práctica en la unidad con otras en el Hospital de las FF. AA. "Dr. Carlos Arvelo" y el Centro de Salud Mental del Este (El Peñón).

Estrategias de funcionamiento.

Las metas y objetivos generales de UNACLIP debieron por fuerza definirse lo más ampliamente posible, tomando en consideración que la premura por iniciar el trabajo en Antímano, como ya se explicó en la Introducción, determinó el que no se poseyera la información mínima necesaria acerca de las características de la zona y los problemas y necesidades más apremiantes de sus habitantes, como para hacer un diseño de proyecto más específico. Así, a priori, y para dar un cierto marco tanto a la unidad como a las prácticas docentes, se tomaron un mínimo de decisiones, sujetas a revisión. Tales decisiones fueron:

1.- Plantear como misión general de UNACLIP la oferta de ayuda clínico-psicológica al estilo de los centros de asistencia comunitaria, postergando una definición más concreta hasta poseer los datos requeridos para ello,

> *"El centro comunitario de salud mental, institución madre del nuevo dispositivo, debe estar abierto a todos los individuos de la comunidad, atender con igual dedicación y respeto a pobres y ricos, jóvenes o ancianos, enfermos psicóticos o gente con neurosis leves, problemas de los niños o de las familias, e intervenir con consejos en la producción de una vida psicológicamente más sana...Se trata de pasar de una concepción de aislamiento a una terapéutica en la comunidad, en libertad,*

con la asunción por los individuos mismos de su responsabilidad sobre sus problemas mentales." (Galende, 1990, p. 172).

2.- Establecer como objetivos generales básicos la prevención primaria y secundaria, conceptuadas como:

> *"(La) prevención primaria tiene como finalidad disminuir la tasa de trastornos emocionales en la comunidad, y actúa en contra de los factores sociales nocivos que puedan originar enfermedad mental, mediante una actuación efectiva y oportuna en su contra...(La) prevención secundaria (es) la identificación temprana de los procesos psicopatológicos o de los trastornos funcionales resultantes de conflictos intra o interpersonales. Esta actividad permite el tratamiento oportuno de los mismos."* (Calderón, 1981, pp 22, 24).

Se descartó en principio intentar hacer prevención terciaria porque excedía los límites impuestos por los recursos y la definición de la unidad:

> *"Gerald Caplan ha considerado como meta de la prevención terciaria a la reducción de los efectos residuales que se presentan después que los trastornos mentales han terminado. Entendemos por efecto residual a la reducción de la capacidad de un individuo para contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad. En esta definición queda implícito el papel crucial de los servicios de rehabilitación, los cuales permiten al ex-paciente funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible después de ser dado de alta en un hospital.*
>
> *La atención de poscuración de estos pacientes, que tiende a evitar recaídas y nuevos internamientos, puede realizarse en servicios de consulta externa, en hospitales diurnos o nocturnos, en talleres protegidos o en centros comunitarios especialmente programados para permitir la vigilancia del antiguo paciente en todas las actividades que realiza en el seno de la comunidad."* (Calderón, 1981, p. 25).

3.- Utilizar, para la asistencia individual, el enfoque de la psicoterapia breve o de emergencia, por considerarlo idóneo en función de variables como el nivel de capacitación de los alumnos, el régimen de rotación trimestral de los grupos, la imagen que se tenía, a priori, del usuario potencial, la demanda que se presupuso creciente en el mediano plazo, la efectividad probada de este enfoque a la par de

la economía de tiempo y de dinero que garantiza, y su homogeneidad con los objetivos planteados:

> *"La psicoterapia de emergencia no es una panacea, pero juega un papel definido para el individuo, así como para el establecimiento de los programas de salud mental de la comunidad. Puede desarrollar una tarea importante en la prevención primaria, secundaria y terciaria, al hacer posible las entrevistas psicoterapéuticas antes de que un problema se desarrolle en un desorden neurótico organizado... Si los conflictos emocionales agudos y las neurosis incipientes son tratados en esta forma, aún someramente, los efectos expansivos del malestar pueden ser prevenidos... Si el conflicto dinámico agudo es brevemente tratado, la resultante de tal esfuerzo será la valiosa prevención secundaria que evitará que un desorden agudo se convierta en crónico. Estas no son sino unas cuantas de las aplicaciones de la psicoterapia de emergencia y sus prolongaciones (o sus variaciones como psicoterapia breve).*
>
> *En el sentido de su mayor aceptación en poblaciones y partes de poblaciones en donde la psicoterapia no es fácilmente obtenible ni financiable, o no es fácilmente aceptable culturalmente, como una forma sensible para tratar con problemas, la psicoterapia de emergencia es especialmente útil. Por su brevedad ofrece alguna ayuda a más gente que la terapia prolongada."* (Bellak y Small, 1980, pp. XV-XVI).

4.- Supervisar de modo riguroso las actividades preventivas y asistenciales, especialmente lo concerniente a la estrategia y técnica terapéuticas a aplicar en cada caso.

Actividades de UNACLIP.

Conforme a los objetivos, en UNACLIP se vienen desarrollando diversos tipos de actividades por parte de los alumnos:

1.- Labores de promoción de la salud mental y prevención de los problemas psicopatológicos. Periódicamente se organizan y ejecutan talleres sobre temas que se consideran en el momento relevantes y pertinentes en base a a la opinión del personal de UNACLIP, derivada de observaciones informales realizadas duran-

te el contacto con los consultantes en la unidad, la opinión de activistas del trabajo comunitario y autoridades de centros educativos aledaños, y encuestas hechas a la población del lugar. La temática, una vez establecida, se procesa antes de realizar el taller de la siguiente manera: primero, los alumnos recopilan toda la información necesaria y si el caso lo amerita se asesoran con expertos en el área; después elaboran un anteproyecto que incluye objetivos, fundamentación teórica, modo de implementación desde la estrategia publicitaria, forma de inscripción de los participantes, logística general y mecanismos para evaluar la actividad una vez realizada. Por último el profesor supervisa el anteproyecto y sugiere las modificaciones, de ser necesario.

2.- Labores asistenciales. Incluyen la recepción inicial de los pacientes que llegan a la unidad solicitando atención, la realización de una consulta de triaje con el profesor para llevar a cabo el despistaje acerca de qué clase de psicopatología presenta el paciente, si presenta alguna, que tipo de ayuda se le puede ofrecer y si ésta se encuentra dentro de las posibilidades del equipo o debe ser referido a otra institución. Luego del diagnóstico de la situación del paciente, y si se ha decidido su atención en UNACLIP, se planifica para él un tratamiento psicoterapéutico que se lleva adelante en sesiones individuales en acuerdo expreso con el mismo. En circunstancias especiales, el profesor realiza actividades asistenciales además de cumplir con sus funciones docentes.

3.- Otras actividades. Está previsto además que los estudiantes lleven a cabo visitas de contacto con la comunidad, para promover servicios de la unidad,

y elaboren materiales que se requieren como apoyo al trabajo, tales como el diseño de planillas, folletos de divulgación, y formularios para uso administrativo.

4.- Costo de los servicios. Todos los servicios anteriormente descritos son absolutamente gratuitos.

Población atendida en UNACLIP entre octubre de 1993 y junio de 1995.

Se presentan a continuación los datos correspondientes a estos primeros veintiún meses de trabajo ininterrumpido.

A.- Talleres: se han atendido hasta ahora 369 personas en talleres de corte preventivo, distribuidos de la siguiente manera:

I.- Violencia y maltrato infantil:

MODALIDAD	Nº
Taller Abierto	26
Representantes de dos escuelas de la zona	53
Representantes de una escuela del sector	33
Representantes de niños que participan en grupos de formación religiosa	30

II.- La adolescencia y sus problemas:

NOMBRE	MODALIDAD	Nº
Comunicación, autoestima y relaciones interpersonales	Adolescentes, alumnos de un curso de formación técnica	12
Talleres de formación para padres de adolescentes	Representantes de alumnos de 5° y 6° grado del Colegio *Refugio de la Infancia*	28

III.- Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas:

NOMBRE	MODALIDAD	Nº
Drogas: mitos, realidades y tipo de consumo	Abierto	36
Prevención del consumo	Abierto: grupo heterogéneo de adultos y adolescentes	43
Prevención del consumo	Policías Escolares	50
Prevención del consumo	Agentes de la Policía Administrativa en formación	25

B.- Consultas individuales: se han atendido 228 casos distribuidos así:

I.-Por sexo:

SEXO	Nº	%
Masculino	104	46
Femenino	124	54

II.- Por edad:

EDAD (años)	Nº	%
0 - 5	16	7
6 -10	90	40
11-15	54	24
16-20	12	5
21-25	5	2
26-30	17	7
31-35	14	6
36-40	13	6
41-45	3	1
46-50	2	0,87
51-55	0	0
56-60	2	0,87
61 o más	0	0

III.- Por ocupación (de acuerdo con las categorías del Censo):

OCUPACION	Nº	%
Ocupados	27	12
Desocupados	11	5
Inactivos, divididos en:		
Ni estudian ni trabajan	3	1
Preescolar	18	8
Primer grado	14	6
Segundo grado	31	14
Tercer grado	26	11
Cuarto grado	17	7
Quinto grado	12	5
Sexto grado	9	4
Séptimo grado	12	5
Octavo grado	11	5
Noveno grado	4	2
Primero diversificada	1	0,43
Otros cursos	1	0,43
Amas de casa	31	14

IV.- En función de la problemática psicopatológica que ameritó tratamiento:

TRASTORNOS (DSM-III-R)	Nº	%
del desarrollo (retraso mental y específicos)	30	9
otros del desarrollo, por conductas perturbadoras	63	19,5
por ansiedad excesiva de la infancia o la adolescencia	14	4
por *tics*	1	0,31
de la eliminación	8	2,5
mutismo electivo	1	0,31
de identidad	1	0,31
sindromes mentales orgánicos	2	0,62
por uso de sustancias psicoactivas	2	0,62
esquizofrenia	1	0,31
por ansiedad	9	3
somatoformes	4	1
disociativos	1	0,31
sexuales	2	0,62
del sueño	2	0,62
adaptativos con ánimo deprimido y duelos	25	8
otros adaptativos	7	2
factores psicológicos que afectan el estado físico	2	0,62
esquizoide**	1	0,31
esquizotípico**	1	0,31
paranoide**	6	2
*borderline***	1	0,31
narcisista**	2	0,62
histriónico**	5	1,5
por evitación**	4	1
por dependencia**	8	2,5
obsesivo-compulsivo**	1	0,31
pasivo-agresivo**	2	0,62

Continúa...

problemas académicos***	28	9
capacidad intelectual limítrofe***	2	0,62
problemas conyugales***	20	6
problemas laborales***	1	0,31
problemas paterno-filiales***	38	12
otras circunstancias familiares específicas***	21	6,5
problemas derivados del desarrollo biográfico***	6	2

*El número total de trastornos no se corresponde con el número de casos atendidos porque una persona puede recibir varios diagnósticos. Este total es la base para el cálculo de los porcentajes.
**Trastornos de la personalidad.
***Factores no atribuibles a trastornos mentales que merecen atención.

C.- Finalmente, debe destacarse que no todos los tratamientos iniciados han podido llevarse a término por el abandono voluntario por parte de los pacientes.

Información sobre la parroquia Antímano.

Antes de pasar a la segunda parte, en la que se formulan algunas conclusiones y reflexiones, es menester presentar información formal relativa a Antímano, que luego será utilizada para el análisis.

Debe decirse que ésta es una parroquia que apenas hasta 1989 incluía el sector de Caricuao. Los datos demográficos que se tienen sobre ella son básicamente los correspondientes al último censo realizado en 1990, y algunos otros de proyecciones hechas por O.C.E.I sobre dicha base.

1.- Características Generales.

Para 1990, esta parroquia contaba con **117.179** habitantes, que de acuerdo a una proyección para 1995, debía aumentar a **127.964** personas. La distribución

por sexo es la siguiente:

SEXO	Número
Masculino	58.639
Femenino	58.540

La mitad de la población son jóvenes de 0 a 26 años, hay casi un 35 % de adultos de 21 a 40 años, aproximadamente un 11,5 % de adultos de 41 a 60 años, y un 3,6 % son personas de 61 años y más.

Está constituida además por individuos nacidos en Venezuela en casi un 94 %, en su mayoría naturales del Distrito Federal. Un pequeño grupo, 6 %, son nacidos en el exterior; de estos el 80 % proviene de otros paises de América (Colombia, Ecuador, Chile, Perú, y otros), 13 % de paises de Europa (Portugal, España, Italia, y otros), 0,16 % de Asia, y no hay nadie registrado por el censo proveniente de África u Oceanía.

En cuanto al tiempo de residencia en el lugar, un 42.5 % de los nacidos en el país han habitado siempre en la parroquia, por lo menos por 10 años un 33 %, y por menos de un año y hasta 9, sólo 20 %. Estas cifras dan la idea de que se trata de una población que se ha mantenido bastante estable en la zona. Aún el 64 % de los provenientes del exterior han estado un mínimo de 10 años en Antímano.

2.- Características educativas.

De 100.987 habitantes, un 88 % son alfabetas y sólo un 8 % analfabetas. Las personas que estudian, contadas desde las que asisten a planteles educativos a partir de los 3 años y más allá de los 25, suman 34.502, distribuidas así:

EDAD (en años)	%
3-14	70
15-19	15
20-24	6
25 y más	9

Estos estudiantes están más o menos balanceados en cuanto a la distribución por sexo. Debe destacarse que los niños de 3 y 4 años asisten a la escuela sólo en un 26 %. A partir de esa edad y hasta los 13 años hay bastante equivalencia entre el número total de niños y jóvenes y el de los que estudian (hasta un 88 %), pero a partir de los 14 años comienza a disminuir el porcentaje (73 %) de los que están dentro del sistema escolar, haciéndose especialmente marcado el fenómeno en el grupo de 15 a 19 años (40 %), llegando a cifras críticas con el grupo de 20 a 24 años (17 %).

3.- Características económicas.

Cuando se estudió la población de Antímano desde el punto de vista de su situación en la fuerza de trabajo, tomando como edad mínima 12 años, se encontró lo siguiente: de un total de 81.578, un 48 % se encuentra ocupado (trabajando, temporalmente ausentes del trabajo; con ocupación que recibe o no remuneración), un 7,62 % está desocupado (no están trabajando por haber perdido el empleo pero buscan trabajo remunerado, nunca trabajaron pero buscan su primer empleo), y un 40 % se hallan inactivos (amas de casa, estudiantes regulares, pensionados o jubilados, incapacitados permanentemente para trabajar por en enfermedad, accidente o ancianidad). Es de hacer hacer notar que en este

aspecto hay una tendencia inversa complementaria en relación con la escolaridad y el ingreso a la fuerza de trabajo por grupo de edad. Así, entre 12 y 14 años, trabajan o buscan empleo un 4,4 %, entre 15 y 19 un 38 % está en la misma situación, y entre 20 y 24, un 66 %.

En este aspecto sí hay diferencias entre hombres y mujeres: el porcentaje de ocupados en los primeros es 64 %, frente a un 32 % de mujeres ocupadas, mientras que en el porcentaje de desocupación, los hombres doblan a las mujeres, con un 10 %. Las mujeres aparecen más representadas en la categoría de inactividad que los hombres, con un 58 % frente a un 21 %, seguramente en virtud de que una gran cantidad de ellas se dedica exclusivamente a los quehaceres del hogar.

4.- Características de las viviendas.

De un total de 21.205 viviendas registradas, el 81,5 % son casas-quintas y casas, apartamentos en edificios el 5,6 %, apartamentos en casa el 0.88 %, ranchos el 11,77 % (incluyendo ranchos campesinos), y casas de vecindad el 0,09 %.

5.- Indice delictivo.

El índice delictivo según un estimado de O.C.E.I. para 1992 era de 12,8 delitos por cada 1.000 habitantes. Comparado con el de otras parroquias es bajo, pero esto no coincide con la información recogida en las consultas de la unidad, en las que los habitantes de Antímano mencionan a menudo la gran inseguridad que les rodea, a propósito de los problemas que esto les ocasiona. Es posible que estas cifras hayan variado considerablemente en los años transcurridos desde

que se realizó el censo, en virtud de los grandes cambios económicos y sociales ocurridos en el país en ese período de tiempo, lo que implica que estos datos deben usarse sólo como guías aproximadas de la situación real de la parroquia.

6.- Asistencia que se dispensa en la zona.

Existe un hospital general con un pequeño servicio de Psicología y Psiquiatría, el cual durante un tiempo considerable ha estado funcionando irregularmente. Hay también algunos ambulatorios no muy conocidos, que ofrecen ciertos servicios médicos generales y de trabajo social, los cuales dependen de la gobernación del D.F. y del M.S.A.S. Es de hacer notar que el que corresponde a este último no tiene identificación exterior que permita al potencial usuario llegar a él. La alcaldía del Municipio Libertador tiene algunos planes generales de ayuda que tienen alcance hasta este sector, los cuales dependen de la Dirección de Salud General y Desarrollo Social de la misma. Igualmente, otros planes de entes gubernamentales como el Ministerio de la Familia cubren algunas necesidades de los pobladores de Antímano, pero, en general, no hay una política de asistencia en salud, y menos en salud mental, pensada específicamente para esta parroquia, y la que existe no se encuentra bien integrada. Se trata más bien de iniciativas aisladas, entre las que se encuentra UNACLIP, que no sólo no están coordinadas por algún organismo público o privado, sino que trabajan unas a espaldas de otras.

7.- ¿Es efectivamente Antímano una comunidad?

Se considera que no puede aplicarse el concepto de comunidad en este caso porque:

"...las 'comunidades' reales compuestas por personas que tienen una historia y cultura comunes, que comparten patrones únicos de experiencia vital, que tienen sistemas internos de comunicación, y que son atendidas por su propio conjunto de profesionales, son raras en los países desarrollados; existen pero en ciudades pequeñas y pueblos. La mayor parte de la gente vive en aglomeraciones metropolitanas o grandes urbes habitadas por poblaciones heterogéneas cuyos miembros tienen historias, valores y tradiciones diferentes. Pueden recibir atención de una gran variedad de servicios públicos y privados, muchos de los cuales están al margen de las instituciones estatales, y no están organizados en redes de servicios... Debemos estar conscientes de que la zona (zona de influencias) no es de hecho una 'comunidad', y que la plantilla de salud mental se verá obligada a organizar por sí misma a la población, lo cual requerirá tiempo y esfuerzo.". (Caplan, 1993, pp 15, 16).

Por convención, y para efectos prácticos, se conservará en el resto del trabajo la denominación "comunidad", pero debe entenderse que nos referimos más bien a una población delimitada geográfica, política y administrativamente como "Parroquia Antimano", y que la zona de influencia de UNACLIP está constituida por un número indeterminado de personas de lugares aledaños

PARTE II: ANALISIS.

Se ha considerado oportuno e indispensable adelantar algunos comentarios críticos, después de casi 2 años ininterrumpidos de trabajo de UNACLIP

Sobre las condiciones de inicio.

El primer punto a analizar es el relativo a las condiciones en las que se abrió la unidad. Como ya se expuso anteriormente, la premura condicionó que se iniciaran las actividades de modo *sui géneris*, muy diferente a como suelen iniciarse centros de esta naturaleza en otras partes del mundo, basándose en estudios exhaustivos *previos* de la situación.

Al revisar los trabajos de Gerald Caplan, especialista con una vasta experiencia en el desarrollo de programas de consulta comunitarios, acerca de cómo surgen las instituciones de este tipo, y cómo se definen la misión y objetivos de las mismas, puede verse que existen varios factores destacados que entran en juego a la hora de tomar las primeras decisiones fundamentales en relación con las metas generales, en consonancia con las necesidades más apremiantes de la población a la que se dirigen y con el abanico de recursos con el que se cuenta, así como la viabilidad de mancomunar esfuerzos con los de otros servicios comunitarios, de haberlos. Estas decisiones determinan a qué segmentos de alto riesgo de la comunidad se da prioridad en la asistencia, cuánto tiempo debe invertir el personal en labores de promoción de la salud mental y de prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos. Estos factores son: a) el mandato de la comunidad, b)

el del gobierno central o local que oficialmente determina la misión de la institución o el de las asociaciones voluntarias que también formalmente pueden hacerlo, c) la opinión pública, y d) las opiniones, capacitación y experiencia profesional de su personal. Estas metas preliminares, así definidas, deben revisarse y modificarse cada vez que sea necesario.

En el caso que nos ocupa, se carecía de una definición gubernamental oficial o de una definición formal, más específica, de la misión, ya que la Escuela de Psicología, a instancias de Proyección a la Comunidad, sólo requería a la cátedra ofrecer ayuda psicológica de tipo clínico a los habitantes de Antímano, a partir del marco docente de la práctica. No hubo más lineamientos concretos que los que la formación y experiencia profesional de los convocados a dar forma al proyecto (la jefe de la cátedra y el profesor de la práctica) pudieran dictar *a priori*. Posteriormente, la misma comunidad, en la persona de sus líderes y de los consultantes de UNACLIP, se han encargado de ir proporcionando información acerca de sus necesidades y problemas más acuciantes. El resto de los datos que se han recopilado permite hoy una visión más clara de cual debe ser la misión fundamental de una unidad como ésta en Antímano, la cual se discutirá más adelante.

Por otra parte, aunque en este momento se sabe bastante más acerca de las características de la zona que en el inicio, en el que se comenzó a trabajar prácticamente a ciegas, aún no tan extensa y profundamente como parece necesario en opinión de algunos autores:

"*El desarrollo y adaptación de un programa de salud mental teniendo*

en cuenta las condiciones antes expuestas (los factores mencionados) *depende de un sistema continuo de recogida y análisis de información basado en el principio de clarificar nuestra imagen de la comunidad mediante aproximaciones sucesivas...:*

1.- Es preciso una historia acumulativa de la vida económica, política y sociocultural de la comunidad, con particular referencia a los problemas de salud, educación, reformas, bienestar y a las instituciones y servicios que han sido desarrollados para manejar estos problemas...

2.-...mapas y tablas de los principales índices demográficos y ecológicos de la comunidad...

3.- ...estadísticas acumulativas acercas de los problemas (víctimas) en la población, no solo la rutinaria morbilidad física y los índices de trastornos mentales tales como los ingresos y altas en los hospitales y clínicas de día, sino la mayor información posible acerca de la salud pública en general, de la educación, de las reformas, trabajo y bienestar. Estas estadísticas deben incluir el registro de las comparecencias ante tribunales, especialmente por parte de los jóvenes, alcoholismo y toxicomanías, parados, divorcios, muertes, en particular homicidios y suicidios...

4.-...registros de la población de alto riesgo debido al incremento de la prevalencia de los índices de víctimas, debido a las malas condiciones de vida o experiencias vivenciales de pérdida que se prevén perjudiciales como viudas recientes, huérfanos, abandonos escolares, personas mayores con múltiples problemas físicos, niños de madres psicóticas.

5.- Finalmente un registro acumulativo de las instituciones asistenciales y de los individuos que resultan más estratégicos y útiles de cara a estas poblaciones de riesgo...". (Caplan, 1993, pp. 249 - 250).

De acuerdo a este mismo autor los objetivos de estas instituciones deben ser *relevantes, pertinentes* y *factibles. Relevantes* en el sentido de su adecuación a las necesidades expresas de la comunidad. Implica un trabajo de exploración sistemático y sostenido de las necesidades, problemas crónicos y emergentes que inciden en la vida comunitaria e individual de sus pobladores, cuyos resultados se vuelquen en los objetivos de los programas de asistencia propuestos. *Pertinentes* en cuanto a su concordancia con lo que se ha definido como misión principal, es decir, una reducción de la generalidad del mandato a una formulación concreta

acorde con las necesidades de la población a la que se dirige el servicio. La *factibilidad* ha de examinarse a la luz de cuál es la probabilidad de alcanzarlos, con qué recursos humanos y materiales se cuenta para ello, y qué fuentes de resistencia es posible encontrar en los potenciales usuarios de la institución.

Es de hacer notar que los objetivos presentados en la primera parte del trabajo están definidos de modo muy general. Una especificidad mayor implicaba manejar una información de la que no se disponía. Por ejemplo, para el objetivo de prevención primaria es necesario conocer cuáles son los problemas psicopatológicos que se presentan en la parroquia y la correspondiente tasa de prevalencia, así como cuáles son los factores psicosociales que pueden incidir en la génesis y/o despliegue de los mismos. Ello a los fines de delinear mejor los programas para atender tales problemas, intervenir preventivamente sobre los elementos nocivos asociados a éstos, y evaluar la factibilidad de alcanzar las metas propuestas contando con los recursos de UNACLIP.

Lo anterior ha repercutido también en la formulación del objetivo de prevención secundaria, debido a que el desconocer los problemas psicopatológicos más frecuentes entre la población, ha conducido a tener que ir entrenando sobre la marcha a los estudiantes en la identificación y manejo psicoterapéutico de los casos, conforme se van realizando las respectivas consultas.

En el presente las cifras que se manejan son, básicamente, las de UNACLIP, presentadas en la primera parte, las cuales representan, como se expondrá más adelante al analizarlas, la morbilidad institucional de la unidad. Las que se

hallan disponibles en el MSAS corresponden a dependencias del Ministerio que registran los motivos de consulta de los que asisten, y el nivel mínimo de discriminación es el estatal. Las únicas utilizables en este caso sólo como guía referencial son las del área metropolitana.

Hay que hacer en este punto, algunas consideraciones en torno a los recursos con los que cuenta la unidad. En cuanto a los recursos materiales y las condiciones físicas descritos en la primera parte, es obvio que, desde el inicio, no fueron las mejores ni las más idóneas, pero se ha trabajado para suplir siempre lo necesario, en el espíritu de que la insuficiencia de la dotación no sea óbice para la consecución de los fines propuestos.

Respecto a los recursos humanos apropiados para este tipo de servicios, se torna más espinoso el punto, ya que de acuerdo a ciertos especialistas en el área, el personal que labora en estos centros debería tener suficiente en entrenamiento clínico, siendo deseable que tenga experiencia específica en asistencia comunitaria, a diferencia de lo que sucede en UNACLIP, que cuenta con jóvenes que aún no han completado su formación de pregrado, y que se adentran en la clínica directamente con sus prácticas profesionales en la unidad. Para Calderón, esta clase de personal:

> *"...desempeña un papel muy importante en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, por lo que su entrenamiento clínico debe ser muy completo. Su experiencia en mejorar problemas individuales lo hará buscar los complejos mecanismos que las operaciones comunitarias precisan, y su entrenamiento y habilidad clínica le permitirán tener la sólida base que le será indispensable en sus actividades... La principal diferencia* (con personal con poco o ningún entrenamiento clíni-

co) estriba en que el clínico tiene una responsabilidad directa con la salud mental de su propio paciente; mientras que el (psicólogo) *de la comunidad tiene la responsabilidad del bienestar de una población con la que en su mayor parte no tiene contacto personal...* (La psicología comunitaria) *demanda modelos y métodos adicionales para suplementar los de la clínica. Se necesita gran habilidad para desplazarse fácilmente de un foco clínico, representado por un sujeto o una familia enfermos, a un foco comunitario que contempla al individuo como el representante de un segmento de la población, y que intenta descubrir y modificar las fuerzas sociales que están actuando sobre él.".* (Calderón, 1984, p. 21).

Es indudable que esto representaría un obstáculo casi insalvable si nos ciñéramos al criterio expresado por el autor. Sin embargo, con apoyo en la formación de pregrado que dispensa la Escuela, se provee al estudiante del mejor entrenamiento clínico de pregrado al alcance de la cátedra, y se le proporciona una supervisión sistemática y estrecha de su trabajo, lo que se ha juzgado suple, aunque de modo parcial, la carencia de un personal de mayor calificación en el área.

Análisis de los datos.

Comencemos por comentar el número total de personas atendidas en UNACLIP durante estos veintiún meses, tanto individual como grupalmente: 597 personas.

Lo primero que podría pensarse tomando el dato bruto directo, es que no es suficientemente significativo en vista de su magnitud. Sin embargo no puede juzgarse la significación y trascendencia de una labor como ésta a la luz de este dato simple, sin hacer otras consideraciones al respecto.

Si se toma en cuenta en primer lugar el concepto de zona de influencia en relación con la cantidad de personas atendidas, considerando que:

"Una zona de influencia debe incluir, como regla general, a no más de

10.000 habitantes, para que el número de profesionales encargados de cuidar de sus necesidades sanitarias, educativas y de atención pueda ser lo suficiente reducido para que se puedan desarrollar relaciones personalizadas entre estos y los miembros del equipo de salud mental." (Caplan, 1993, pp. 15 - 16).

en Antímano se necesitan aproximadamente trece centros. En la realidad, como se recordará, existe un hospital con un servicio de Psicología y Psiquiatría con dificultades para prestar asistencia consistente, y unas pocas unidades ambulatorias que no dispensan servicios en salud mental y que, además, no siempre son conocidas por la población:

"Los servicios de atención ambulatoria ejercen pocas acciones de prevención primaria y terciaria y carecen de consultas de atención inmediata por lo cual la población desconoce muchas veces su existencia y se dirige directamente a los hospitales. Una vez solucionada la crisis, el hospital rara vez contrarrefiere al usuario al servicio ambulatorio más cercano a su colectividad, sino que mantiene su control en sus consultas externas y esto dificulta y encarece al usuario el tratamiento en aquellos casos que viven fuera de su zona de influencia debido a que el costo se incrementa con gastos derivados de la necesidad de movilizarse lejos de su hogar." (División de Salud Mental del MSAS, 1992, p. 132).

Así, el número de consultas es importante en tanto con esta iniciativa privada se contribuye a dar soporte a la atención en salud mental, al hacer más accesible física y económicamente la misma a los usuarios potenciales, y al ofrecer un espacio que en un momento dado en el tiempo puede incluso que sea el único dentro de la parroquia del que se dispone para recibir ayuda clínico-psicológica. Esto sin contar que UNACLIP parece ser también el único centro en la zona que se encarga de realizar tareas de prevención primaria. Todo ello hace significativo cualquier número más allá de su magnitud.

Debe hacerse mención aparte de que la demanda de servicios ha ido paulatina pero constantemente incrementándose desde octubre de 1993. Esto ha ocurrido en la medida que no sólo se cuenta, como al principio, con las fuentes de referencia que constituyen los colegios de la zona, sino también y muy especialmente, con la de los propios pacientes atendidos, quienes sintiéndose satisfechos con la ayuda recibida, recomiendan incluso a familiares y amigos del interior de paso por Caracas, consultar por sus problemas psicológicos en UNACLIP.

Hasta ahora la demanda en general de servicios ha recibido respuesta del personal de la unidad, casi en su totalidad, con excepción de aquellos casos que ameritan algún tipo de asistencia que escapa de los límites clínicos o de recursos de la misma, como por ejemplo, niños con problemas académicos que necesitan atención psicopedagógica. Y puede decirse que el volumen de pacientes ha estado dentro de lo manejable, en el sentido de que hasta el mes de junio de este año no ha sido necesario implementar lista de espera para los que desean consultar en UNACLIP. La noción de "manejable" aquí trasciende lo cuantitativo ya que el nivel de entrenamiento de los alumnos que sostienen la consulta impone algunos límites naturales al número de pacientes que simultáneamente pueden atender, sin que la situación se torne insoportablemente exigente y estresante, más allá de lo que ya es.

Si se examinan ahora los datos acerca de la edad de los consultantes a UNACLIP, se encuentra que la subpoblación más atendida es la infanto-juvenil, llevados por sus representantes: de 0 a 20 años, un 76 % de todas las consultas

efectuadas, y, particularmente, el segmento de 6 a 15 años, que representa el 84 % de aquella. Luego, en menor porcentaje consultan los adultos de 21 a 30 años, un 9 %, de 31 a 40 años un 12 % y de 41 a 60 años, menos de un 3 %.

Aunque no estaba previsto ni planificado que UNACLIP utilizara sus recursos para dispensar asistencia básicamente a niños y jóvenes, en la práctica es lo que está ocurriendo. Tres preguntas surgen a propósito de ello: ¿a qué se debe el fenómeno?, ¿será ésta la subpoblación más necesitada?, y ¿se estarán empleando adecuadamente los recursos de la unidad de esta manera, contando no sólo las horas-hombre que consume la asistencia individual, sino también las horas de preparación e implementación de talleres preventivos, que como puede verse, se han centrado en temas de gran relevancia para este rango de edades?

Existen varios factores que pueden explicar por qué ésta constituye la mayor demanda. En primer lugar puede obedecer a que desde el principio han sido las instituciones educativas de la zona la principal fuente de referencia, debido al hecho de que, para "hacerse de un lugar" en un medio poco familiarizado con la cultura de lo psicológico, siendo desconocidos y sin la posibilidad de recurrir a medios publicitarios corrientes, se pidió directamente a éstas todo el apoyo que pudieran brindar. Ello trajo aparejado el que perciban la unidad como un centro única o especialmente dedicado a este tipo de problemas. Otro factor que puede haber incidido es el hecho de que los adultos, en especial las madres, se acercan a la unidad con cautela por la vía de los problemas de los hijos, para después, y sólo después que se encuentran más confiadas y esperanzadas de encontrar receptividad

en el personal, exponer su propio sufrimiento o el relativo a la pareja o la familia. Ello porque, además, es de observación común que en medios como el nuestro, son las mujeres las más sensibilizadas a esos problemas.

En concordancia con esta apreciación, puede citarse una experiencia similar a ésta que tuvo lugar en Perú, en un sector marginal de la ciudad de Lima, donde a finales de 1982 y hasta 1986, un grupo de psicoanalistas financiados por una fundación alemana y adscritos a la Universidad Católica de Lima, emprendió una investigación en torno a la dimensión psicosocial de la problemática de las barriadas del país, que incluyó asistencia psicoterapéutica a los pobladores de una zona marginal. El coordinador del proyecto, Rodríguez Rabanal, dice al respecto:

> *"Otras de las dificultades, importante y definitiva, fue la ausencia del sector masculino. La enorme mayoría de las citas fueron concertadas por madres de familia; ellas parecían las únicas interesadas en nuestro trabajo y en acudir a nuestros servicios. Los hombres sólo asistían a las reuniones, a las asambleas comunitarias y en muy rara ocasión pidieron cita individual. Nuestro trabajo psicológico era identificado como asesoría familiar, referido a problemas con los niños o dificultades afectivas; es decir problemas 'típicamente femeninos'. Esto nos aproximó a comprender la radical división existente entre el mundo del hogar y el mundo laboral, mundos identificados en primera instancia con lo femenino y lo masculino respectivamente. Todo lo cual no haría sino acentuar el fenómeno de que son las mujeres las que acuden con mayor asiduidad a tratamientos psicoterapéuticos como consecuencia de fenómenos típicos de la estructura femenina, como ya ha sido descrito en la literatura psicoanalítica."* (Rodríguez Rabanal, 1989, p. 33).

Más allá de que los factores expuestos pudieran aumentar de modo artificial el número de consultas para los niños y jóvenes con problemas psicopatológicos, están otros hechos que deben tomarse en consideración, y que permiten concebir como esperable lo observado. De acuerdo a la OCEI:

"...la población venezolana está constituida fundamentalmente por niños y jóvenes y esta situación se mantendrá sin modificaciones de importancia hasta el año 2000, cuando se estima que el 53 % de su población será menor de 24 años." (c. p. División de Salud Mental del MSAS, 1992, p. 20).

También, y como se recordará, los datos demográficos de la parroquia indican que la mitad de su población está constituida por individuos de 0 a 20 años.

Por último, la información proporcionada por el Ministerio de la Familia, revela que los planes gubernamentales están concebidos en su mayoría para niños de 0 a 6 años y sus madres (Multihogares, Hogares de cuidado diario, Lactancia materna, Niños maltratados, etc.), y que el segmento de 7 a 14 es el más desasistido. Ello guarda correspondencia con el hecho citado antes de que el subgrupo de 6 a 15 años es el que origina más consultas en UNACLIP.

En síntesis, es natural y se justifica plenamente el que se atienda más a ésta subpoblación por todas las razones expuestas, y particularmente al grupo que se encuentra más desasistido desde el punto de vista oficial. Coincide además con un informe epidemiológico de los trastornos mentales en Venezuela entre 1989 y 1993, donde se reporta que:

"Para un total de 77.028 Primeras Consultas por Trastornos Mentales registradas en el quinquenio 1989-1993, al grupo de 0 a 24 años corresponde el 52,63 %, al grupo de 25 a 55 años un 40,39 % y el restante corresponde al grupo de 56 años y más. El grupo de 6 a 12 años es el que genera la tasa más alta (108,21) de Primeras consultas por Trastornos Mentales." (Rojas de Anselmi, 1994, p. 27).

Respecto al grupo de adultos jóvenes y mayores, puede verse en los datos de la primera parte que éstos consultan directamente por sus dificultades en me-

nor proporción (24%). De éstos, acuden siete veces más los de 21 a 40 años que los de 41 a 60, y ninguno de la tercera edad.

Aunque el censo de la parroquia muestra que el grupo de 21 a 40 años es menor (35 %) que la subpoblación infanto-juvenil, y menor aún el de 41 a 59 años (11.5) y el de personas con 61 años o más (3.6 %), hay una distancia importante entre las cifras de población y la de consultantes que sugiere que todavía acuden a UNACLIP bastante menos adultos que viven dentro de la zona de influencia de la unidad, que los necesitados de los servicios que allí se dispensan. Esto es aún más pensable si se compara con lo indicado en el informe epidemiológico de Rojas de Anselmi, en el cual se observa cierta correspondencia entre el número de personas de esas edades y el de quienes solicitan ayuda (47 % de 25 y más años).

Tal como se discutió anteriormente, es posible que en parte obedezca esto a una percepción equivocada, fundamentada en una imagen que inintencionalmente se puede haber proyectado, de ser un centro asistencial para niños y jóvenes, que no trata la problemática propia de la adultez y de la tercera edad. No obstante, otras variables con peso específico pudieran estar incidiendo en la situación observada. A continuación analizaremos cada una por separado.

Para que alguien decida acudir a una consulta psicológica con un profesional calificado, es preciso que, en primer término, conozca que existe tal ayuda, y en segundo lugar, suponer a alguien un saber acerca de lo que le sucede. Nos preguntamos en este punto, cuánta información tienen respecto a la ayuda psicote-

rapéutica que un profesional de la psicología puede brindarles. No basta con que después de tantos meses de trabajo se conozca a la unidad, es algo que trasciende este conocimiento. Se trata más de hasta qué punto están familiarizados con la cultura de lo psicológico y en que medida la oferta de una mejor calidad de vida, inherente a todo tipo de psicoterapia, puede casar con sus necesidades más apremiantes, o las que ellos crean que lo son; es decir, que la oferta encuentre eco en la población de la parroquia. En el afán de ayudar se puede estar partiendo de una falsa premisa de que el público general va a entender el trabajo clínico, psicoterapéutico, del mismo modo como lo concibe el profesional o el estudiante de psicología, y que por ende va a estar motivado y siempre bien dispuesto a acudir en busca de ayuda cuando sea preciso, aunque incluso hasta para saber cuándo se precisa es necesario un mínimo de información. Si el lego no conoce bien cuál es el probable origen de los síntomas psicopatológicos que en un momento dado le ocasionan malestar y cuál es el rol del psicólogo clínico en la asistencia a estos problemas, no es pensable que todas las veces que requiera asistencia clínica sepa identificarlo con facilidad y buscar la ayuda en la persona idónea. Empeora la situación el que mucha gente, especialmente la que tiene menor nivel educativo, sostiene todavía explicaciones mágico-religiosas respecto a las causas de los padecimientos psicológicos, lo que le lleva a acudir a brujos, religiosos, etc. La probabilidad que se consulte a alguien competente disminuye además en función de cuánto se teme al psicólogo como el que trata la "locura" y cargar el estigma de "loco" por buscar ayuda profesional en aquel:

"(La) *definición de nuestro trabajo, transmitida a los pobladores a través de un sinnúmero de reuniones, contribuyó a disipar la imagen difundida, impregnada por el estigma de la locura, según la cual aquellos que se acercan a psicólogos/psicoterapeutas padecen de enfermedades mentales con todas las connotaciones de un universo donde gravitan fantasías animistas que relacionan la enfermedad mental con castigo, peligro de contagio y otros."* (Rodríguez Rabanal, 1989, p. 32).

En general, diferencias marcadas por lo cultural, pueden conducir a que los psicoterapeutas sostengan distintas expectativas que las de los potenciales usuarios de UNACLIP. Por ejemplo, de parte de los primeros hacia los pacientes, en cuánto a que no sólo van a estar motivados a emprender el tratamiento que se les proponga, sino también confiados y dispuestos a desplegar todo el esfuerzo necesario para obtener algún resultado, junto a una capacidad mínima y deseo de auto-observación y de pensar acerca de lo que les sucede, y con un respeto por ciertas condiciones y reglas bajo las cuales se desarrollará el proceso (lugar, horarios, privacidad en torno al material de la consulta, etc). Y de los consultantes hacia los psicólogos y la situación clínica, que van a recibir pasivamente ayuda activa por parte del tratante, extrapolando así el modelo de la consulta médica a la psicológica, y que será efectiva en un plazo más corto que el quizás requiera la problemática por la que consulta. Así mismo, a veces se cree que el proceso va a ser más o menos indoloro, y que simplemente se trata de ir a desprenderse de un sufrimiento, a hacer *catarsis*, más que a conocerlo y enfrentarlo para resolverlo.

Aunque no está documentado, es común en el medio venezolano, incluso en esferas que se suponen educadas e informadas, la idea de que acudir a una consulta clínico-psicológica implica básicamente desahogarse con alguien en cali-

dad de amigo o filántropo, por lo que incluso es dable que se cuestione por qué buscar en un profesional algo que se cree puede obtenerse por igual de un familiar, un confidente o un religioso. En el mejor de los casos, se imagina la situación como una catarsis que se efectúa con alguien investido de autoridad, para olvidar lo que hace sufrir y/o para recibir rápidos y certeros consejos acerca de cómo controlar o manejar una determinada problemática. Todo ello dista mucho, indudablemente, de lo que es realmente una situación clínica y qué persigue. No basta hacer catarsis, intentar olvidar y recibir consejos, ni son éstos los pilares del trabajo. Nadie cambia de modo permanente frente a aquello que le hace sufrir y/o que le produce signos y síntomas, obteniendo así más salud mental, más que por medio de un esforzado trabajo personal, conducido por un profesional capacitado para ello. Entendemos aquí salud como la concibe la OMS:

> *"Salud es el más alto grado de bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de enfermedad."* (Castro, 1988, p. 48).

y el estado de salud mental, como la define la Sociedad Psicológica Americana:

> *"Un individuo mentalmente sano no se halla del todo libre de ansiedad o de sentimientos de culpa. Es capaz de afrontar siempre los problemas usuales con la suficiente confianza requerida y suele resolverlos sin daño apreciable para su estructura personal.*
> *Generalmente el respeto propio está intacto.*
> *Es obvio que no se libra de algunos conflictos, y, también, que a veces falle en su estabilidad.*
> *El margen normal es muy amplio."* (Castro, 1988, p. 22).

Rodríguez Rabanal, al reflexionar sobre los elementos que pueden ser claves para la asistencia que se desea prestar, menciona como fundamental el modo de presentación del equipo de salud mental frente a los potenciales beneficiarios y

la percepción que ellos puedan tener al respecto:

> *"En esta primera etapa, éramos vinculados a figuras mesiánicas, redentoras, a forasteros relacionados al propietario del terreno invadido. También éramos percibidos como competidores de las instituciones filantrópico-religiosas que trabajaban ahí, como activistas vinculados a partidos políticos, como practicantes universitarios que los utilizaríamos como "conejillos de indias", etc. En términos generales nos convertíamos en figuras ambivalentes y conflictivas asociadas a experiencias anteriores que significaban para ellos simultáneamente: oportunidad de beneficio y ayuda, y amenaza y peligro."* (Rodríguez Rabanal, 1989, p. 30).

Y, en nuestro caso, ¿figuras mesiánicas también?¿Otra imagen, quizás? Aún no se tiene una respuesta definitiva, pero la misma se puede ir aclarando si se piensa en cómo puede percibirse a unos desconocidos que un buen día aparecen y se ofrecen para dispensar ayuda psicoterapéutica sin aparentemente esperar retribución por ello, dada la gratuidad absoluta del servicio. Esto puede despertar esperanzas, pero también temores y suspicacias. Temores como que, por ejemplo, igual que un día se establecieron, también un día desaparezcan sin explicaciones. Una manera de responder a esto puede ser no acercarse a la unidad, o abandonar los tratamientos y dejarlos inconclusos, antes de exponerse a una experiencia de abandono:

> *"La señora plantea que ella, que no puede pagar la atención en el consultorio, estaría a merced de la buena voluntad o de la conveniencia de los de afuera. En su modelo, ser pobre equivaldría a tener que resignarse a recibir una ayuda indiferenciada, (no particular), no de acuerdo a sus características específicas. Dice que la atención particular es costosa, dando a entender que está fuera de su alcance. Sin embargo, hace esperar permanentemente o abandona a la terapeuta que viene a prestarle atención particular en forma gratuita."* (Rodríguez Rabanal, 1989, p. 217).

Dejar al tratante antes de que él deje puede estar en el fondo de ese comportamiento de algunos de aquellos que, habiendo vencido el miedo a acercarse a la unidad, no pueden sin embargo dominar el de ser abandonados por estos desconocidos cuya única carta de presentación ha sido su adscripción a la U.C.A.B. Esta adscripción constituye para el equipo una muy significativa credencial, pero seguramente con evocaciones diferentes para las personas de Antímano. A ellos probablemente les haga recordar experiencias favorables relacionadas con el tipo de ayuda comunitaria que permanentemente ofrece la universidad a diferentes niveles, pero precisamente esto puede dificultarles deslindar la imagen del personal de UNACLIP de la de aquellos religiosos con los que asocia tal trabajo. También es posible que, como ocurrió en el Perú, se les perciba como universitarios que quieren gente para practicar y experimentar, y por consiguiente, para ayudarse a sí mismos más que a los demás, aunque a diferencia de aquella experiencia, éste no sea el propósito. Universitarios además muy jóvenes, que apenas rebasan los 20 años de edad, lo que puede ser otra variable en juego, pues tal vez no sea fácil para la población adulta, sobre todo la de más edad, suponerle un saber sobre su problemática a quienes perciben como "muchachos". Quizás esto explique por qué consulta significativamente más el grupo de adultos jóvenes (de 21 a 40 años). La dificultad para asumir a estos estudiantes como las personas idóneas para asistirles, puede estar agravada por la percepción de que éstos tienen una experiencia de vida diferente a la de ellos y no sólo por razones de edad; algo que el respaldo de las credenciales académicas difícilmente podría, a sus ojos, suplir

suficientemente.

En relación a esto último, no es posible dejar de interrogarse acerca de si las condiciones generales de vida de los habitantes de Antímano, tanto económicas como sociales y educativas, pueden ser facilitadoras u obstaculizadoras para recibir y aprovechar la ayuda que se les quiere brindar, y de qué manera puede canalizarse la misma. Aunque los datos de OCEI presentados antes no reflejan que sea ésta una zona especialmente empobrecida o desorganizada, ya que por ejemplo, tiene un índice no muy alto de personas desocupadas y de viviendas tipo rancho, así como un relativamente bajo índice delictivo, puede razonablemente dudarse de que ésta sea la realidad del lugar, basándose en los datos obtenidos directamente de los consultantes a UNACLIP, y en la transformación socioeconómica ocurrida en el país justo en los años posteriores a los registros y proyecciones de OCEI.

La oferta de cualquier tipo de psicoterapia es la de una mejor calidad de vida desde el punto de vista subjetivo, del bienestar íntimo, no material, aunque ese mayor bienestar redunde para el individuo en una mayor disponibilidad de energía para procurarse a sí mismo y a otros una mejor vida material, como lo destacan algunas definiciones de salud mental:

> *"El estado de salud mental implica la capacidad del individuo para adaptarse al medio en el cual vive, así como su capacidad de participar o contribuir en forma constructiva a las modificaciones de su ambiente físico y social."* (Castro, 1988, p. 21).

este no es el objetivo de la psicoterapia.

Es posible que en sectores especialmente empobrecidos, no se visualice como una elección eso que se ha calificado como "una mejor calidad de vida", pues lo que se impone es la sobrevivencia frente a condiciones vitales cada vez más duras, exigentes y frustrantes. Este tema ha sido investigado por profesores de la UCV, quienes entre 1988 y 1991 se dedicaron a estudiar algunos barrios caraqueños:

> *"Ya para finales de los '70, las ciudades se caracterizaban por extensas zonas de barrio, pautadas y dinamizadas por la segregación social, y un deterioro en las condiciones de vida de la mayoría de los sectores trabajadores. Pero a finales de los '80, lo urbano se caracteriza por el colapso de los servicios colectivos, zonas de barrio creciendo en rápida expansión, aumento de la densidad, pero sobre todo miseria y pobreza crítica.*
>
> *A nivel económico se da una polarización entre actividades formales... y... toda una serie de actividades económicas que se han denominado informales... casi siempre legitimadas socialmente, al menos en forma parcial, por la necesidad de sobrevivencia. A esta situación se añade una crisis extrema de legitimidad del estado, de sus instituciones así como de sus mecanismos de integración social...*
>
> *Por deterioro y pobreza se atomizan las relaciones, los niños se reparten o se obligan a salir temprano a buscar dinero, no hay escuela, hay tensión, hay castigo, hay abandono. El hombre transita, se hace nómada de un universo femenino abundante, sediento de protección, cada encuentro produce un hijo que alegra la miseria por un rato. No se tiene tiempo ni ilusión para pensar en el futuro, se vive el presente, se actúa, se sobrevive ingeniosamente, peligrosamente, día a día.*
>
> *La preocupación de vivir ha reemplazado en la mayoría de las veces la preocupación de vivir mejor."* (Pedrazzini y Sánchez, 1994, pp. 78 - 79, 91, 92, 193).

Es obvio que precarias condiciones de vida como las descritas obligan a los adultos e incluso a sus hijos a invertir un monto importante de energía en sobrevivir a las mismas, y pueden restar disposición a someterse a tratamientos psicoterapéuticos. Recuérdese aquí que los jóvenes de la zona comienzan tempra-

namente a estar fuera del sistema escolar y a incorporarse a la fuerza laboral, siendo el fenómeno más marcado a partir de los 15 años de edad.

Los tratamientos pueden verse obstaculizados por estas razones de otras dos maneras. Una a largo plazo, por las huellas que esta forma de vida puede dejar en el psiquismo:

> *"En suma se constata un menoscabo de las posibilidades de contención (holding) de los padres, lo que propicia desarrollos precoces que no promueven un adecuado desarrollo de las funciones autónomas del yo. Con frecuencia reconocemos en nuestro objeto de estudio perfiles psicológicos ampliamente descritos por reconocidos autores. Se trata de la frecuente configuración del yo precoz (Winnicott) o "ruptura precoz del cascarón" (Mahler), o de la acepción popular del "niño adulto". La diferenciación precoz de la estructura yoica ocurre cuando el niño tiene que hacerse cargo de la acomodación a la realidad externa, debido a la dificultad de la madre o de las personas encargadas del cuidado, de facilitar un tránsito adaptativo gradual. En este sentido, pareciera que las condiciones de vida signadas por la pobreza y sucesivos traumas son el caldo de cultivo en que germinan personalidades que recurren tempranamente al desarrollo de estrategias de supervivencia.*
>
> *Los intentos de elaboración de los factores pertubadores procedentes del mundo interno y externo fracasan, limitando las posibilidades de creatividad, autonomía e iniciativa personal. Considerando los aspectos de la estructura psíquica de los pobladores (predominio de rasgos de desconfianza, pasividad y dependencia, perturbaciones en el proceso de separación-individuación, etc) se comprende en parte que resulte difícil la continuidad de las terapias."* (Rodríguez Rabanal, 1989, pp. 40 - 41).

Sin llegar a compartir esta posición algo radical del autor, puede sostenerse como hipótesis que de forma más o menos inmediata, la propuesta psicoterapéutica puede no encontrar receptividad en los habitantes de zonas empobrecidas y desorganizadas, debido a un estilo de vida y pensamiento diametralmente opuesto a lo que aquella requiere de alguien para poder serle útil; lo que podría denominarse "cultura de urgencia", definida como:

"...una serie de prácticas cotidianas expandidas y reproducidas por la mayoría de la población de las metrópolis latinoamericanas de hoy en día... La cultura de urgencia es una cultura del hacer... No es una cultura de lo escrito, sino del actuar, del gesto creativo o destructivo... una cultura de lo inmediato, del instante, de la brevedad... Esta capacidad de acción se encuentra valorizada en la práctica... Se actúa entonces a veces precipitadamente, a veces violentamente... (Pedrazzini y Sánchez, 1994, pp. 45, 59, 72, 73, 81).

Actuar más que pensar, actuar y vivir con precipitación, guiándose por la inmediatez. Los procesos psicoterapéuticos, por breves que sean, plantean al individuo lo contrario, es decir, la necesidad de pensar, anticipar, planificar y tener visión de futuro, para poder manejarse frente a cualquier fuente de sufrimiento, a los fines de evitar que se convierta en un problema propiamente psicopatológico, y más aún si ya le ha sucedido. Si una persona tiene condiciones de vida dolorosas desde el punto de vista psíquico, y no encuentra en alguien un interlocutor adecuado o él mismo no posee la capacidad de pensar y hablar acerca de lo que le sucede, trascendiendo así la situación y el momento inmediato, aquello se puede transformar en una depresión clínicamente hablando, por ejemplo, de esas que parecen inmotivadas, aunque ninguna lo sea en efecto. Mínimamente debe estar convencido además de que cuenta con algunos recursos personales para lidiar con esa realidad subjetiva penosa, en vez de sentir que tiene que resignarse a padecerla, y a sobrevivir, improvisando cada momento, más que vivir mejor. Aquí encontramos otras características de esa "cultura de urgencia", íntimamente ligadas a las anteriores; improvisación, informalidad, trampa:

"En una realidad urbana desestructurada como ésta, la formalidad (económica, social, cultural) resulta un lujo que no todos pueden permi-

tirse. Cuando las carencias en los servicios de todo tipo se multiplican la vida se desarrolla como se puede, inventando nuevas trampas, descifrando nuevas pistas para hacer camino en la ciudad..., es la aventura como estilo de vida obligatorio..." (Predazzini y Sánchez, 1994, pp. 30, 81).

No es únicamente el individuo que vive de esa manera y que desea recibir ayuda psicoterapéutica el que debe luchar contra los obstáculos que interpone tal estilo de vida y de pensamiento. También debe hacerlo el clínico que se inserta en esa realidad. Así, el personal que labora en un sitio como UNACLIP debe desplegar gran esfuerzo al trabajar, ya que, por un aparte, tiene que salirle al paso a todos los factores intrapsíquicos que se oponen a su acción, y por otra, a elementos de orden cultural, educativo, social y económico. La labor a cumplir trasciende lo preventivo y asistencial; hay que empezar por familiarizar a la gente con la cultura de lo psicológico.

Es oportuno recordar en este sentido que los datos de la OCEI indican que de los habitantes de la parroquia, el 88 % es alfabeta, pero no el nivel educativo que han alcanzado. Lo que si muestran las cifras es que tienden a abandonar el sistema escolar antes de concluir la educación básica, y particularmente después de rebasado ese punto. Lo cual hace ver que este trabajo de información y sensibilización es, en buena medida, arduo.

A continuación se examinan los datos relativos a los diagnósticos y se discute acerca de los principales problemas de salud mental atendidos en la unidad.

Las cifras de frecuencia y distribución de trastornos psicopatológicos en una población determinada, y los patrones de ocurrencia respecto a edad, sexo,

raza, situación económica, estilo de vida, etc., aunque son modos indirectos y parciales de conocer la situación de su salud psicológica, pueden arrojar alguna luz acerca de causas probables de los trastornos, ayudar a identificar a los individuos que se hayan en mayor peligro de enfermar y/o morir, y a determinar las necesidades de la población en cuanto a servicios de salud mental.

La frecuencia puede medirse en términos de incidencia o prevalencia. Incidencia o medida del riesgo, es el número de casos nuevos de un determinado tipo de trastorno; prevalencia es el de casos existentes en un momento determinado, o en un período dado como un año, toda la vida, etc. La incidencia y prevalencia *verdaderas* reflejan el número de individuos que tienen un problema psicopatológico determinado, sea que estén o no recibiendo un tratamiento para el mismo. La incidencia y prevalencia *tratadas* reflejan únicamente las cifras de personas que se encuentran bajo tratamiento en sitios especificados. Los datos de los que se dispone para el presente trabajo son los diagnósticos efectuados por los pasantes sobre el total de casos atendidos en UNACLIP de octubre de 1993 hasta junio de este año, debidamente supervisados por el profesor de prácticas. Por tanto, se analizan a continuación como cifras de prevalencia *tratada* o *morbilidad institucional.*

De acuerdo a éstos, los trastornos de inicio de la infancia y la adolescencia por los que más se ha consultado a la unidad en este tiempo y que han sido tratados son: problemas graves con la autoridad, desobediencia marcada, negativismo desafiante y problemas de relación con otros además de con la autoridad. Y lue-

go, en menor proporción, los denominados déficits de atención. En torno a los primeros, no es de extrañar que en una sociedad cada vez más marcada por la anarquía, la pérdida total del valor simbólico de la autoridad, la informalidad, ilegalidad, violencia, precipitación y tendencia a la actuación más que a la reflexión, proliferen estos trastornos. Es preocupante en varios sentidos; por un lado, porque el aumento en los mismos puede ser indicativo, como se expresó antes, de cambios sociales negativos, que merecen atención tanto como los problemas de cada niño o joven individualmente considerados. Por otro, porque si no son diagnosticados y tratados oportunamente, pueden esperarse complicaciones como otros trastornos más permanentes de personalidad como el psicopático o el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, y otros. Debe decirse al respecto que no siempre se han podido llevar a término los tratamientos planificados en virtud de que muchos de estos jóvenes obviamente no estaban motivados para buscar ayuda psicoterapéutica y acudieron unas pocas veces a UNACLIP obligados por sus padres, después de lo cual dejaron de asistir. Nos preguntamos si de la misma manera en que desertan de los tratamientos lo hacen del sistema escolar, como cabe esperar por la calidad del trastorno. Como antes se mencionó, los jóvenes de la zona, a partir de los 14 años empiezan a estar fuera del mismo, y más marcadamente entre los 15 y los 19.

Por la otra vía en que ha podido enfrentarse este problema es a través de la orientación a los padres sobre problemas de la adolescencia en general, y de este tipo en especial, como ya le ha sido requerido al personal de la unidad; tam-

bién en el futuro en talleres planificados para revisar algunas nociones claves como por ejemplo, el papel de la autoridad en la familia de hoy. Esto luce particularmente importante porque se sabe que los jóvenes que desertan de la escuela no por razones económicas que les obligan a abandonar el estudio, sino por otras razones, como por ejemplo este tipo de trastorno de conducta; si además carecen de una adecuada supervisión por parte de padres o representantes se hallan más expuestos que otros grupos de la población de Caracas, a ser reclutados y utilizados por bandas delictivas. Las estadísticas venezolanas muestran que en el país es muy alto el porcentaje de hogares inestables (concubinatos), e incompletos; mayoritariamente estos últimos en manos de mujeres solas que tienen que asumir el papel de madre y el rol de autoridad:

> *"Esta estructura familiar está íntimamente relacionada con el porcentaje de mujeres Jefes de Hogar (21 %) las cuales en su mayoría superan los 45 años, son analfabetas o no han completado la educación primaria (6º grado), con muy baja capacitación laboral y un promedio de tres o más hijos a su cargo, quienes se ven forzados por la situación a incorporarse a temprana edad y sin la capacitación suficiente al mercado laboral."* (División de Salud Mental del MSAS, 1992, p. 39).

Un grupo importante de esas mujeres solas son adolescentes entre 10 y 17 años, que usualmente no han terminado la educación primaria, viven en pobreza y no son atendidas preventivamente por programas de planificación familiar:

> *"...los mismos tienen escasa cobertura (13,55 % de mujeres en edad fértil), y están dirigidos a las mujeres casadas o adultas, por disposiciones normativas las mujeres menores de 18 años no tienen acceso a éstos programas, a pesar de que el 18,6 % de los partos atendidos en nuestros hospitales ocurren en mujeres de menos de 20 años y el 30 %*

de las primíparas son mujeres de menos de 20 años.Esto resulta preocupante ya que la maternidad precoz incide en la conformación de la personalidad del niño, además de ser un obstáculo para el desarrollo personal de la mujer, y su preparación para el mercado laboral." (División de Salud Mental del MSAS, 1992, p. 41).

El problema que nos ocupa parece estar en vías de empeorar a mediano y largo plazo, ya que una familia desintegrada, inestable y en manos de jóvenes aún inmaduros como para asumirse adultos responsables por otros, o conducida por una sola persona posiblemente confundida en cuanto a como cumplir con dos roles; y en todos los casos, sometida a mayores presiones económicas y sociales, está hoy en peores condiciones para cumplir adecuadamente sus funciones.

De todo ello se desprende que es crucial la intervención sobre este tipo de problemática de modo preventivo y terapéutico; y que para un estudiante aún en formación es indudablemente enriquecedora esta experiencia, ya que le vincula directamente con la situación actual y le prepara para manejarse en ella.

Respecto a lo antes comentado del uso de sustancias psicoactivas como posible complicación de estos trastornos de conducta, es necesario aclarar que los datos de UNACLIP no pueden usarse en este caso para hacerse una idea, siquiera aproximada de la magnitud del problema en la zona, pues la gente no consulta a la unidad por consumo de estas sustancias al saber que no es un centro idóneo para llevar a cabo este tipo de tratamientos, por lo cual acuden a otras instituciones. La decisión de no abordar estos casos en UNACLIP obedece a que, para ello, debe disponerse de un personal especializado y de otras condiciones generales de infraestructura y de trabajo. Lo que si se ha hecho es orientar a las po-

cas personas que han consultado por este problema acerca de dónde pueden recibir ayuda profesional, y además, desplegar actividades de prevención primaria. A estos fines se efectúan periódicamente talleres sobre el tema, como puede verse en la sección ***Población atendida...*** de la Parte I.

Otros trastornos por el que llevan con cierta frecuencia niños a la unidad, es el retraso mental, relacionado en apariencia con severas fallas de alimentación y estimulación. En cuanto a estos problemas, se sabe que la población más expuesta a este tipo de riesgos es la que se encuentra más empobrecida. Según FUNDACREDESA, el 80 % de la población se halla en estado de pobreza, aunque según voceros oficiales como la titular del despacho de Familia, sólo llega a 48 %. Esta situación está inextricablemente ligada a la desnutrición y el hambre, no sólo por carencia de recursos económicos, sino también por empobrecimiento educativo y cultural que conducen al individuo a no saber cómo distribuir adecuadamente sus magros recursos monetarios, dejándose arrastrar por malos hábitos alimentarios. Según cifras oficiales, hasta 1994 morían por hambre en el país 3 adultos y entre 500 y 800 niños al año. De acuerdo al INN, los alimentos y sustancias que más consumen los venezolanos, en orden decreciente son: alcohol, azúcar, harina de maíz, trigo y arroz, lo cual confirma el aserto de que no es sólo falta de recursos, sino, especialmente, falta de criterio para administrar los que se tienen.

Es bien sabido que estos factores afectan negativamente el desarrollo del niño desde el vientre materno, ocasionándole graves perjuicios como retardo pon-

do-estatural, impacto desfavorable en el desarrollo del cerebro que produce déficits variables de atención y concentración, disminución de la eficiencia intelectual, y franco retraso mental, como se puede constatar en las historias de los casos atendidos por UNACLIP. En este sentido, es posible que la problemática de algunos de los niños que recibieron el diagnóstico de déficit de atención pueda estar vinculada a variables de este tipo.

Pero no se trata, otra vez, sólo de empobrecimiento económico, sino general, que hace que los niños estén privados de la necesaria estimulación que favorezca un buen desarrollo intelectual en períodos críticos del crecimiento. A veces por desconocimiento de su importancia por parte de los padres, a veces porque las condiciones de vida de éstos les deja sin la suficiente disposición para ocuparse de este aspecto de la crianza de sus hijos.

> *"A este déficit de cobertura* (refiriéndose a la capacidad de atención de la infraestructura educativa a nivel preescolar) *hay que añadir la deficiencia derivada del grupo de niños menores de 3 años cuyas madres trabajan fuera del hogar. La población de 0 a 2 años se calcula para 1989 en 1.629.753 niños...*
>
> *Tal situación significa que muchos niños en edad preescolar, fundamentalmente aquellos pertenecientes a grupos marginales, que viven en peores condiciones, está privados de estímulos y cuidados fundamentales para su desarrollo, en una edad que es clave para la adquisición de hábito y destrezas que les permitirán un mayor logro en el futuro."* (División de Salud Mental del MSAS, 1992, pp. 32, 35).

Hay que recordar, además, que de acuerdo al Censo, los niños de 3 y 4 años en la zona asisten sólo en un 26 % a la escuela.

De nuevo debe afirmarse que es altamente significativo el papel que el psicólogo clínico puede desempeñar en este campo. A nivel asistencial, proveyendo

las posibilidades de rehabilitación a su alcance, para todos aquellos que ya sufren estos trastornos, tal como ha venido dándose en UNACLIP a pesar que no estaba previsto cumplir con este tipo de función, como se apuntó al principio, ofreciendo así mismo la orientación necesaria a la familia para el manejo del problema, y por último, como agente de prevención en la medida en que pueda abocarse a intervenir grupalmente para modificar actitudes potencialmente perjudiciales al desarrollo del niño en general, y en este caso, en el área intelectual.

No puede dejar de relacionarse esto con un bajo pero preocupante número de casos en los que la evaluación psicológica encontró indicadores de posibles disfunciones neurológicas, lo que ameritó referencias a la UCV para una valoración de la situación por parte de especialistas. En todos los casos se encontraron antecedentes relacionados con enfermedades como meningitis o traumatismos cráneo-encefálicos, a los que no se les prestó la debida atención o no se llevaron a consulta con el especialista idóneo, o fallaron los padres en seguir las prescripciones médicas, hasta que un comportamiento disrruptivo según el criterio de éstos y/o de sus maestros les hizo decidir llevar el niño al psicólogo. Esta experiencia contribuye al desarrollo profesional del estudiante, pues le enseña no sólo a asistir en la necesidad inmediata al otro, sino también a educar respecto a conductas riesgosas: qué debe hacerse ante cierto tipo de accidente o enfermedad física, a qué especialista acudir, etc.

Ahora bien, para reducir las cifras de incidencia y prevalencia no basta con lo que se ha comentado hasta ahora con respecto a estos problemas. Es cierto

que las intervenciones terapéuticas eficaces afectan la prevalencia, como las estrategias de prevención afectan tanto a ésta como a la incidencia. Pero en este punto se requiere, además del trabajo psicológico, de acciones gubernamentales tendentes a mejorar la calidad de vida del venezolano. El representante para Venezuela de la Organización Panamericana de la Salud ha afirmado en este sentido que para mejorar la condición de vida, es necesario mejorar el ingreso económico, la educación, la nutrición, la vivienda, etc., de la población. Pero además, hace falta, según el planteamiento del presente trabajo, el concurso mancomunado de organizaciones no gubernamentales y fundaciones privadas que se encarguen de estudiar y atender la situación.

Respecto a los trastornos por ansiedad, se observa que éstos llevan a la consulta en UNACLIP a más niños y jóvenes que a adultos. Es probable que la prevalencia *verdadera* de estos trastornos entre los adultos sea mayor que la *tratada*, y que la prevalencia *verdadera* entre niños, jóvenes y adultos sea bastante alta. Ello hace necesario tomar estas cifras como indicadores de *morbilidad institucional*, y nada más. A nivel mundial las cifras relativas a estos trastornos en todas las edades son elevadas, lo que refleja que es uno de los principales problemas de salud mental que aqueja al individuo hoy, y que da origen no sólo a las manifestaciones psicológicas comúnmente asociadas a ellos, sino también a diversos trastornos físicos. En Venezuela, un estudio epidemiológico del año '85 (Alvarez, 1993) mostraba a éstos como los que más frecuentemente llevan a las personas a la consulta, y en una proyección para el año 2000, como la afección de más alta

prevalencia. Por eso se piensa que es bastante probable que la ansiedad y sus diversas manifestaciones, constituyan un problema más extendido en la zona de Antímano que lo que los datos dejan entrever.

Lo anterior hace ver que para la formación de un clínico, el conocimiento de los trastornos por ansiedad en todas sus formas de presentación a todas las edades es fundamental, lo mismo que aprender diferentes vías psicoterapéuticas de abordarlos. Pero para el caso del alumno de pregrado también, tanto si se especializa o no en clínica. En el caso de la unidad, no ha sido posible proveer de esta experiencia al estudiante de forma integral, porque se atienden más niños y adolescentes que adultos , y porque las condiciones de trabajo no permiten practicar más que psicoterapias orientadas a la resolución sintomática, y no otras que facilitan el abordaje e intervención de estos padecimientos desde una perspectiva diferente a la meramente sintomática. Un punto favorable que debe destacarse en cuanto a la formación del alumno de pregrado es que éste se ve forzado a movilizar al máximo sus habilidades para lidiar sólo psicoterapéuticamente con estos problemas, pues, dado el marco en el que se realiza su pasantía por UNACLIP, no existe la posibilidad de recurrir fácilmente a la medicación ansiolítica, que si bien puede ser de utilidad en algunos casos en los que se prescribe de modo puntual, la mayor parte de las veces se convierte en un obstáculo para el desarrollo de la psicoterapia, en la medida en que el paciente cree que esto le permitirá resolver su problema sin esfuerzo de su parte, al no experimentar ya la molestia de los síntomas que lo trajeron a consulta por efecto de la medicación.

Los padecimientos derivados de los trastornos de personalidad en general, son un motivo frecuente de consulta por parte de los adultos. Normalmente este tipo de trastorno amerita, a nivel de tratamiento, intervenciones más prolongadas que las que se llevan a cabo en la unidad, cuando los pacientes están interesados en modificar aspectos más o menos sustanciales del carácter. En el caso de que alguien acudiera a la unidad con la expectativa de un tratamiento más prolongado, como el que ameritan estos trastornos, vería frustrada su demanda. Pero una manera de ayudar en estos casos, aparte de la oportuna referencia a otra institución o profesional calificado, es focalizar la atención en puntos específicos derivados de estas patologías que puedan ser especialmente problemáticos para el individuo o en sus relaciones con los demás, y trabajar sobre ellos. Esta es la clase de ayuda que se ofrece en UNACLIP. El estudiante aprende así de la situación de entrevista con estos pacientes y del manejo de los casos, en el marco de la psicoterapia breve. Puede decirse lo mismo para otros trastornos que aparecen menos representados en la casuística de UNACLIP hasta el momento, como los neuróticos tipo somatoformes y disociativos, por ejemplo. Esto puede ser producto simplemente de lo que se viene comentando acerca de la baja frecuencia de consulta de adultos por sus propios problemas, con lo cual se reduce la probabilidad de encontrar estos casos en los registros. La situación debería cambiar en la medida que el trabajo de la unidad sea más conocido, y que más gente venza la resistencia de acudir a la consulta. Mientras esto sucede, los estudiantes deben esperar hasta encontrarse con este tipo de trastorno en sus pasantías por otras instituciones,

para aprender en la práctica a reconocerlos y manejarlos psicoterapéuticamente dentro de lo que cabe esperar en un entrenamiento de pregrado.

Mención aparte debe hacerse de la depresión (trastorno del estado de ánimo con ánimo depresivo y duelos) como motivo de consulta en UNACLIP. La depresión como manifestación clínica de determinados conflictos internos del ser humano y como reacción ante ciertas dificultades o frente a pérdidas afectivas, constituye uno de los principales motivos por los que a nivel mundial y nacional la gente consulta a especialistas en salud mental, al lado de los trastornos por ansiedad. De nuevo es imprescindible, tanto para el estudiante de pregrado como para el clínico en ciernes, aprender a manejarse con este tipo de trastorno. Por una parte, con la debida sensibilidad para comprenderlo y respetarlo, y por la otra, con los conocimientos teóricos y técnicos que se requieren para ayudar psicológicamente a alguien que se siente sobrepasado por su sufrimiento. Sin experimentar la tentación, como se planteó con los trastornos por ansiedad, de echar mano rápidamente a la medicación antidepresiva, para eliminar los síntomas antes que atender la fuente de los mismos. Sin duda es deseable que el estudiante que tiene que asistir a esta población tenga, para ese momento, mayor formación y entrenamiento en el área. Pero aún con las limitaciones inherentes al actual estado de cosas, este primer contacto con la depresión, en una entrevista clínica y no sólo psicopatológica (en busca de signos y síntomas) con un ser humano, sienta bases importantes para su posterior desenvolvimiento profesional y para una potencial formación clínica de postgrado. En cuanto a los que consultan, debe tenerse presente

que para los habitantes de zonas tan desasistidas como ésta, la mera escucha empática de un alumno es valiosa y apreciada como lo que es, una ayuda, porque quizás la otra opción es *ninguna* ayuda.

Por último, en cuanto a psicosis, sólo se ha recibido en la unidad una consulta por psicosis del tipo esquizofrenia. Esto puede obedecer en líneas generales a la baja prevalencia en la población de estos trastornos (de 1 a 2 %), y por ende deben originar menos consultas que los padecimientos neuróticos; además, los familiares suelen buscar hospitales de larga trayectoria en la atención a este tipo de paciente, como el Psiquiátrico de Lídice o el Centro de Salud Mental del Este (El Peñón). De todos modos, el personal de UNACLIP no está en condiciones de tratar psicóticos agudos por los requerimientos de formación clínica y de infraestructura complejos que exigen. Tampoco es dable para la unidad usar los escasos recursos para la tarea de rehabilitar enfermos crónicos, que es un objetivo de prevención terciaria, y por tanto excede los objetivos definidos antes para UNACLIP.

En relación con la categoría *factores no atribuibles a trastornos mentales que merecen atención*, puede decirse que la parte de casos correspondiente a los problemas académicos de niños y jóvenes se remite, luego de una evaluación en la unidad, a una intervención psicopedagógica, pues excede el marco clínico de la asistencia que presta UNACLIP. Los problemas paterno-filiales de variado corte, entre los que destacan las dificultades para manejarse con hijos adolescentes, tienen como común denominador la queja en torno a los problemas de relación que surgen a propósito de las restricciones a la libertad de la que deben ser objeto los

jóvenes, en virtud de la inseguridad de la zona. No son de fácil resolución porque no se trata sólo de las vicisitudes propias de un proceso de por sí complicado para padres e hijos, sino de cómo enfrentar una situación real que marca la adolescencia de los muchachos de Antímano. Respecto a este asunto, el estudiante promedio se topa con limitaciones que le impone más la propia edad y la experiencia personal que el entrenamiento profesional. Siendo la mayoría de los alumnos jóvenes, solteros y sin hijos, procedentes de un medio social diferente, deben sortear el obstáculo que todo ello puede representar, para entender la problemática de una familia con hijos adolescentes en un medio como ese. Incluso deben evitar parcializarse con los jóvenes, tendencia derivada de una identificación con ellos. En este punto, el apoyo de la supervisión es crítico para lograr una intervención psicoterapéuticamente adecuada para cada caso.

Otro problema de envergadura y significación que ha debido manejar la unidad es el de la violencia doméstica, el cual viene despertando gran preocupación a nivel mundial por lo que implica para la calidad de vida del individuo sometido a ella y sus efectos. Se ha presentado en sus dos vertientes comunes: el maltrato de toda índole (físico, psicológico, sexual) a niños, que corresponde en lo formal a esta categoría de problemas paterno-filiales, y a las mujeres, que corresponde a los problemas conyugales. Ninguno de los dos es fácilmente confesable por parte de las familias, pues por un lado están ligados a patrones culturales que los legitiman, y por el otro sujetan a la víctima al miedo por las implicaciones legales y morales que implican, y por la retaliación del agresor. Por ello requieren de un entre-

vistador experto en identificar problemas en las entrelíneas de una entrevista, lo que en la unidad se suple con una cuidadosa supervisión de las entrevistas para cumplir con el objetivo de la detección temprana, que es crítica en el caso de los niños porque las víctimas se hallan en peligro inminente de muerte por lesiones o por suicidio, o de sufrir daños importantes que afecten seriamente su desarrollo físico y psíquico. El homicidio de niños a manos de sus padres o familiares cercanos, aunque aún no es, por fortuna, un fenómeno común, viene incrementándose a nivel mundial. Por ejemplo, según cifras recientes de los EE.UU., cada día tres menores son asesinados por miembros de su familia.

En cuanto a las complicaciones que a mediano y largo plazo pueden observarse, están los retrasos en el crecimiento físico y en el desarrollo emocional, los trastornos en el carácter y el comportamiento, la sexualidad, etc., además de la posibilidad del suicidio. Algunos informes de FONDENIMA, muestran que en Venezuela se maltrata más a niños de 7 a 11 años, que los varones hasta esa edad son más frecuentemente objeto de violencia, y que las hembras lo son más a partir de los doce años.

De acuerdo a las observaciones del equipo de UNACLIP, en esa zona se maltrata a niños y niñas en todas las edades, y los maltratadores son tanto las madres como los padres o padrastros, lo cual coincide con FONDENIMA:

> *"... en el 45 % de los casos el maltratador es un familiar, en el 18,7 % es la madre quien maltrata..."* (División de Salud Mental, 1992, p. 59).

Muchos de ellos repiten con sus hijos esquemas de su propia infancia y/o

son violentos con los niños por el falso concepto de que son objetos de su propiedad que pueden tratar como les parezca conveniente.

Esta última idea esta presente también en la violencia con la mujer, a quien se le considera, como los niños, objetos de los que libremente se puede disponer. Los problemas conyugales derivados del maltrato a la mujer han destacado en esta categoría general de la estadística de UNACLIP, por lo que el análisis se centra particularmente en los mismos. El fenómeno de la violencia contra la mujer no está restringido a unos pocos países o a una región determinada, o a una cierta clase social. En EE.UU. casi el 60 % de los homicidios contra mujeres entre 20 y 29 años son cometidos por un familiar, casi siempre el cónyuge. En países latinoamericanos como el Perú, el 70 % de los delitos denunciados a la policía son mujeres golpeadas por sus maridos. En Venezuela no son muchos los estudios de los que se dispone sobre el tema. Los principales datos provienen de una investigación realizada en 1990 en la Casa Municipal de la Mujer del Distrito Federal, en la cual se determinó que las mujeres sometidas a violencia especialmente:

> *"... son mujeres con edades comprendidas entre 19 y 48 años, están casadas y coincide el inicio del matrimonio con el embarazo o el nacimiento de su primer hijo, el cual generalmente no ha sido deseado y ha constituido un factor esencial para que la familia presione el inicio de una relación legal. Generalmente se trata de mujeres de bajo nivel educativo y que trabajan en ocupaciones de baja calificación y de baja paga. La denuncia del maltrato se produce tardíamente (no menos de 6 años después de iniciado) y cuando tienen entre 2 y 4 hijos que han crecido en un ambiente hostil.*
>
> *La amenaza legal hacia el hombre solo corrige la situación en un 26 % de los casos. El 34 % de los casos reincide después de algunos meses.*
>
> *El consumo exagerado de alcohol se asocia con la agresión en el 62*

% de las situaciones y los hijos son maltratados con la madre en un 70 % de las ocasiones.

Ambos miembros de la pareja proviene de familias en las cuales también se vivió con violencia el 57 % de los casos, y la autoestima de la mujer generalmente es deficiente." (c.p. División de Salud Mental del MSAS, 1992, pp. 57, 58).

En otros informes se habla de que un 44 % de las mujeres habían sido maltratadas desde el noviazgo, y no desde que conviven con la pareja o a partir de que tienen el primer hijo. En estos últimos cinco años se han incrementado las denuncias en el país, sobre todo cuando hay amenazas de asesinato para la mujer y/o los hijos.

En Antímano no es fácil determinar aún cuan extendido está este tipo de violencia, en virtud de que las referencias directas al mismo, que se han clasificado dentro de este apartado de problemas conyugales, no pueden tomarse como la única o la mejor medida al respecto. De hecho, muchas referencias hechas por niños maltratados en cuanto a que sus madres son objeto de violencia en la familia no forman parte de un registro estadístico del problema. Por otra parte, debe recordarse que muchos casos no son siquiera conocidos de esa manera indirecta, ya que permanecen silenciados por motivos culturales y de temor ante las implicaciones morales y/o legales. Así, es mucho el trabajo a realizar en este sentido en Antímano; de investigación para tratar de establecer la magnitud de la violencia doméstica, y de prevención y asistencia directa a los involucrados en la misma.

Únicamente resta por decir después de este primer análisis exhaustivo de la situación de trabajo en UNACLIP, que dentro de los planes inmediatos para el

próximo año lectivo 1995 - 1996, se contemplan como puntos de atención prioritaria:

a.- el cambio de imagen y de la percepción de la unidad, como centro abierto a todo público, más que especializado en problemática de niños y jóvenes,

b.- la necesidad de realizar más proyección en el trabajo hacia los adultos, incorporando las dificultades propias de esa etapa de la vida a los talleres que se planificarán,

c.- estudiar la factibilidad de utilizar algunos recursos para atender a la población de la tercera edad,

d.- fortalecer y mejorar la consulta infanto-juvenil,

e.- reforzar la labor de prevención y promoción de la salud incluyendo nuevos temas en el diseño de los talleres,

f.- generar algunas líneas de investigación sobre problemas de relevancia en la zona, como por ejemplo, la violencia familiar y social.

PARTE III: CONCLUSIONES.

Tal como se desprende de lo antes expuesto, la pasantía por UNACLIP es valiosa para los estudiantes en tanto contribuye de varias maneras con su formación profesional, al constituirse en una experiencia singular, diferente a la de las prácticas que se realizan en hospitales.

En primer lugar, les aproxima de modo especial a realidades actuales de una gran parte de la población venezolana, en particular de la ciudad de Caracas, que inciden en la salud mental de la misma. Luego, enseña cómo desenvolverse profesionalmente en situaciones donde los recursos materiales son escasos y donde no se cuenta tampoco con la facilidad de trabajar con un público suficientemente informado y sensibilizado frente a lo clínico-psicológico, superando tales escollos en base a la creatividad e iniciativa personal y grupal. Así mismo facilita a los alumnos la profundización en conocimientos psicopatológicos adquiridos en el 4º año de la carrera, permitiéndoles adquirir adicionalmente otros acerca de la clínica de los trastornos que padecen las personas que consultan en la unidad, algunos de los cuales sólo pueden ser vistos en ese contexto, por ser propios de las condiciones específicas de la parroquia. Además, posibilita la aplicación de algunas nociones básicas de psicoterapia breve o de emergencia, para la intervención eficaz en los casos que atienden, algo que no siempre está permitido a estudiantes de pregrado en las instituciones hospitalarias donde se desarrollan otras pasantías.

La experiencia de UNACLIP también permite adquirir y aplicar conocimien-

tos acerca de la planificación y ejecución de actividades de corte preventivo en salud mental, lo que constituye uno de los puntos más valiosos y significativos de la pasantía por Antímano.

Finalmente, lo más relevante es que se estimula al alumno a trabajar con el mismo compromiso, seriedad, respeto y responsabilidad que implica el trabajo fuera del marco universitario, especialmente porque la cátedra concibió la unidad como un espacio en el que la práctica profesional operara como medio para dispensar servicios de salud mental a personas con necesidad urgente de ello.

Fundamentados en esta idea, y después de analizar la labor que se ha venido realizando en UNACLIP, nos permitimos pensar en ella en el futuro como un centro dotado de una mejor infraestructura física y adecuado suministro de material, que incluso pueda disponer de su propio personal de planta, además de seguir contando con el apoyo de los estudiantes y de los profesores de la cátedra de Clínica que coordinan y supervisan las actividades que allí se desarrollan. Esto, entre otras cosas, podría garantizar la continuidad de los programas y resolver problemas prácticos como el de la prestación de servicios en la época de vacaciones escolares, que al menos en estos dos años ha podido solventarse con el trabajo voluntario de algunos estudiantes ya fuera de la obligación académica, pero bajo la supervisión aún del profesor de la práctica. La envergadura de la tarea, mayor que lo que se supuso para el proyecto inicial, creemos lo justifica.

Es un hecho que la demanda de consultas ha ido incrementándose conforme el público conoce más a UNACLIP, y es de prever que continúe aumentando

en tanto el mecanismo de referencias que comienza a prevalecer es el de la recomendación directa del paciente a otros que suele fortalecer cualquier consulta más que otro tipo de propaganda o fuente de referencia. Así mismo, la afluencia de usuarios adultos debe aumentar en la medida que se trabaje más, en el futuro inmediato, como se contempla en los planes para el próximo año lectivo, sobre la imagen de la unidad como centro abierto a todo público y no sólo a niños y jóvenes, y que se tome más en cuenta la problemática de la adultez en la planificación de los talleres de finalidad preventiva. Incluso es posible que en algún momento la unidad vea rebasada su capacidad de respuesta a la demanda de que sea objeto, no sólo por las razones expuestas antes, sino también porque la situación actual de la salud mental en Venezuela, y las proyecciones que se manejan para los próximos 5 años hasta el 2000, indican que, a pesar de todos los esfuerzos, la población va a tener, al cabo de ese lapso, cada vez más problemas psicopatológicos que ameriten atención. Estas son algunas proyecciones:

> *"La morbilidad por trastornos mentales en Venezuela, aplicando la prevalencia encontrada por Canino y colaboradores en la encuesta realizada en Puerto Rico, para el año 2000 alcanzará 5.414.229 casos, es decir, por cada 100 personas entre 17 y 64 años, estarán afectadas por estas patologías el 38,8 %, con un incremento de 126.312 casos nuevos por año en el lapso... Estos hechos estadísticos nos ponen en presencia de una situación bastante delicada en relación a las necesidades de atención en salud mental, aún cuando únicamente estamos tomando en cuenta el incremento de población; el panorama será aún más grave dado el deterioro progresivo de las condiciones socioeconómicas."* (Alvarez, 1993, p. 204-205)

Ciertamente es muy probable que la proporción de la población que va a requerir ayuda por algún padecimiento psíquico, en los próximos años sea más alta

que ese estimado de 38,8 %, ya que condiciones socioeconómicas desfavorables como desorganización social, servicios de salud y educativos colapsados, empobrecimiento económico y cultural, incremento en la deserción escolar, inseguridad, violencia, déficit habitacional, fallas en la familia para cumplir sus funciones, mayor penetración del narcotráfico junto a una tendencia creciente a usar medios evasivos para manejar la propia realidad, etc., contribuyen a que el venezolano común se encuentre en mayor peligro desde el punto de vista de su salud mental. Algunos de estos factores pueden producir problemas directamente, como por ejemplo, el caso de ciertas formas de retardo mental, pero la mayoría de las veces actúan favoreciendo la eclosión de alteraciones psicopatológicas que de antemano se hallaban en un estado de precario equilibrio psíquico por conflictos personales de variada índole. Estos terminan por presentar síntomas al no poder soportar, en un momento dado la presión adicional que significa el hacer frente a condiciones precarias de subsistencia.

Teniendo todo esto presente, la División de Salud Mental del MSAS tiene planteado como asuntos de atención prioritaria: la salud de la población infanto-juvenil, el embarazo de adolescentes, la violencia familiar y social, niños maltratados y víctimas de abuso sexual, salud mental del adulto y del anciano, particularmente la prevención del suicidio en este grupo de edad avanzada, y la fármacodependencia y el alcoholismo. Curiosamente, existe concordancia entre esto y los lineamientos de trabajo en UNACLIP, surgidos de la identificación de los problemas de la zona y de las demandas hechas en las consultas por los usuarios de la uni-

dad en estos primeros años, ya que, como se recordará, el personal de UNACLIP ha atendido en talleres preventivos y de modo individual, especialmente la problemática de niños y jóvenes, así como la de violencia doméstica, maltrato a mujeres y niños, y dependencia de sustancias psicoactivas.

Más allá de los planes, el alcance de las acciones gubernamentales que tratan de corregir o manejar los factores que afectan la salud mental del venezolano y, específicamente de atender los problemas de este tipo es, como se sabe, limitado, tal como lo reconoce la División de Salud Mental del MSAS:

> *"La red ambulatoria nacional no ha incorporado en forma significativa la atención en salud mental, así por ejemplo, de los 27 ambulatorios III que existen son muy pocos los que cuentan con equipos de salud mental, y los equipos de salud de los ambulatorios I y II no tienen suficiente capacitación para la atención de las emergencias psiquiátricas, seguimiento de pacientes y prevención general en salud mental.*
> *En el país hay 4 hospitales día, las casas-hogares están ausentes en la práctica y son fundamentalmente privadas. Todo esto facilita la tendencia de hacer uso de la hospitalización total para atender los trastornos de la salud mental...*
> *La atención hospitalaria es en forma mayoritaria suministrada por el sector privado... Esto significa que un porcentaje importante de la población demanda servicios privados y que la atención ofrecida por las instituciones del Estado es poco eficaz o es insuficiente o ambas cosas."* (División de Salud Mental del MSAS, 1992, pp. 134 - 135).

La única salida parece ser entonces, para todos aquellos que no puedan acceder a la atención privada, la creación de servicios ambulatorios para la asistencia y promoción de la salud mental auspiciados y sostenidos por instituciones u organizaciones no gubernamentales, como es el caso de UNACLIP.

La idea de atender al paciente fuera del marco hospitalario, en unidades públicas o privadas, se encuentra dentro de las nuevas tendencias mundiales en

este campo. En efecto, la política de "eliminación de manicomios", consistente en su abolición como instituciones que separan y confinan fuera de la sociedad aquello que ésta teme y rechaza, es decir, la locura y el "loco", apunta a dar pronta y efectiva atención a todo aquel que padezca una alteración mental, evitándole de esa manera que se convierta en un enfermo crónico como producto de tales políticas manicomiales. En algunos países esto ha conducido a la clausura de estos lugares; sin embargo, en Venezuela no está previsto cerrarlos, sino humanizarlos, devolviendo al paciente su condición humana dándole un trato digno. Se trata en la práctica, además, de hospitalizar sólo a quien verdaderamente lo requiera durante 3 o 4 días, en hospitales generales incluso, no necesariamente psiquiátricos, y de devolverlo lo antes posible a la familia para que ésta se involucre y responsabilice por su atención.

Como se verá esto amerita un cambio cultural general, de los individuos y especialmente del personal que se forma en el área, frente a lo que significa tener alguna clase de sufrimiento psíquico, mal denominado "enfermedad mental", porque las instituciones manicomiales no se eliminan por decreto gubernamental.

Parte de ese cambio cultural está fundamentado en la noción de que los padecimientos psíquicos no pueden legítimamente hacerse equivalentes a las enfermedades físicas en cuanto a su génesis, posibilidades de tratamiento y criterio de curación (remisión de síntomas). Esa pretendida equivalencia tuvo algún basamento cierto en la época en que la psiquiatría se ocupaba de enfermedades orgánicas con manifestaciones psicológicas, pero no en la actualidad cuando debemos tratar

de comprender e intervenir una gran cantidad de dificultades psíquicas que no tienen causa física, como las neurosis; otras donde lo biológico participa en algún grado incierto, si es que participa, y múltiples problemas relativos al hecho de vivir, que originan sufrimiento al ser humano y que se hallan sumamente distantes del antiguo concepto de enfermedad mental. Concepto que hace que quienes se forman en la tradición que lo sustenta, no escuchen al individuo con un padecimiento psicológico más que con el simple interés de identificar signos y síntomas en el relato, para clasificarlo en algún cuadro nosológico conocido, y acto seguido, someterle a algún tratamiento que elimine los signos de sufrimiento. La "nueva" forma de abordarlos es escuchar qué dice el paciente más allá de sus síntomas, qué puede haber dado origen a los mismos, para ayudarle al respecto. Los síntomas dejan así de ser la guía principal para tratar, y para verificar la eficacia de la intervención terapéutica.

Tal cambio debe comenzar en el seno mismo de las instituciones encargadas de formar al personal que en el futuro va a hacer frente a esta problemática. En nuestro caso, la filosofía antes expuesta, diferente a la de la psiquiatría tradicional con la cual engarzó la política manicomial, es la que se transmite a los alumnos desde la teoría, y se refuerza en las prácticas, particularmente en UNACLIP. Con ello se cumple además con ofrecer a todo aquel que consulte la unidad, a alguien con la actitud adecuada para abordar su sufrimiento con un mínimo de herramientas que le ofrece para manejarlo.

Finalmente, el énfasis que se ha puesto en el trabajo preventivo de la úni-

dad, es un punto básico de esta manera de pensar, que trata de salirle al paso con prontitud a todos aquellos factores que aumentan el riesgo de que determinada población padezca alteraciones psicopatológicas, interviniendo sobre los que se encuentren a su alcance, identificando tempranamente y tratando en lo posible las raíces del problema, preferiblemente en centros enclavados en pequeñas "comunidades", y por ende más sensibilizados a las necesidades del colectivo y no sólo a las individuales, de lo que el personal de un hospital pueda estarlo. A la vez, esto permite educar y motivar a los grupos que conforman estas "comunidades" para que participen activamente en esta tarea de ocuparse de fomentar y preservar su salud mental.

BIBLIOGRAFIA.

AJURIAGUERRA, J.: **Manual de psiquiatría infantil.** Editorial Toray-Masson s.a., Barcelona, 1977.

ALVAREZ, N. (comp.): **Controversias en psiquiatría y salud mental.** UCV, Caracas, 1993.

AMERICAN PSYCHYATRIC ASSOCIATION: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM III-R)**, A.P.A., Washington D.C., 1987.

BELLAK, L. & SIEGEL, H.: **Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.** Editorial El Manual Moderno, 1986.

BELLAK, L. & SMALL, L.: **Psicoterapia breve y de emergencia.** Editorial Pax, México, 1980.

BELLOCH, A., SANDÍN, B., RAMOS, F.: **Manual de psicopatología.** Volumen I, Editorial McGraw-Hill/Interamericana, Madrid, 1995.

CALDERON, G.: **Salud mental comunitaria.** Editorial Trillas, México, 1984.

CAPLAN, G.: **Aspectos preventivos en salud mental.** Ediciones Paidós, Barcelona, 1993.

CASTRO, P.: **La salud mental, su estado actual en Venezuela.** Editorial Venezolana, Caracas, 1988.

CODERCH, J.: **Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica.** Editorial Herder, Barcelona, 1987.

COLEMAN, J.: **Psicopatología: los grandes modelos teóricos.** Editorial Paidós, Buenos Aires, 1977.

C.T.P.J.: **Estadística delictiva.** C.T.P.J., Caracas, 1992.

DIVISION DE SALUD MENTAL (MSAS): **Fundamento del Plan Nacional de Salud Mental, 1992 - 2000**, Caracas, 1992.

FOUCAULT, M.: **Historia de la locura en la época clásica.** Tomos I y II, Fondo de Cultura Económica, México, 1986.

FREEDMAN, A., KAPLAN, H., & SADOCK, B.: **Compendio de psiquiatría.** Salvat

editores, Barcelona, 1984.

GALENDE, E.: **Psicoanálisis y salud mental**. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1990.

HARARI, R.: **Teoría y técnica psicológica de comunidades marginales**. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1974.

O.C.E.I.: **El censo en el Distrito Federal**. Caracas, 1993.

PEDRAZZINI, Y., & SANCHEZ, M.: **Malandros, Bandas y Niños de la calle**. Vadell Hnos. editores, Caracas, 1994.

RICON, L., DI SEGNI, S. (comp.): **Problemas del campo de la salud mental**. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1991.

RODRIGUEZ-RABANAL, C.: **Cicatrices de la pobreza. Un estudio psicoanalítico**. Editorial Nueva Sociedad, Caracas, 1989.

ROJAS DE ANSELMI, C.: ***Perfil epidemiológico de los trastornos mentales en Venezuela, 1989 - 1993***. División de Salud Mental del MSAS, 1994.

SLAIKEU, K.: **Intervención en crisis**. Editorial El Manual Moderno, México, 1988.