



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
Año 2014 Vol. 16(1) Págs. 67 - 79

Modelo de transitividad aplicado a la gestión de la salud mental comunitaria

Transitivity model applied to the management of mental health community

Jonnathan Narvárez¹

¹ Magíster en Investigación Integrativa y Especialista en Ciencias de la Complejidad. Docente investigador Programa de Psicología, Director Grupo de Investigación Libres Pensadores Universidad de Nariño. Pasto, Colombia.
e-mail: jonnathanhar@hotmail.com

Fecha de recepción: Octubre 13 - 2013

Fecha de aceptación: Mayo 13 - 2014

Narvárez J. *Modelo de transitividad aplicado a la gestión de la salud mental comunitaria. Univ. Salud. 2014;16(1): 67 - 79*

Resumen

Introducción: El modelo de transitividad constituye un paradigma de intervención social fundamentado en la condición auto-organizadora de la comunidad como garante de sus propios procesos. **Objetivo:** Validar los postulados del modelo de transitividad en la dinamización de escenarios clínico comunitarios para la gestión de la salud mental en el Municipio de San Lorenzo - Nariño en el año 2013. **Materiales y métodos:** El estudio se desarrolló desde el paradigma cualitativo a través de la investigación, acción participativa. **Resultados:** El modelo de transitividad favorece el tránsito homeostasis - acomodación potenciando la dimensión participativa del sujeto en la transformación de estructuras sociales desde la generación de políticas públicas que garanticen la planificación y ejecución de escenarios en torno a la dinamización participativa de la salud mental comunitaria del Municipio. **Conclusión:** Los resultados del estudio resaltan la importancia del modelo de transitividad en la gestión de la salud mental comunitaria, al proveer herramientas de intervención que permiten involucrar a las comunidades como agentes transformadores de estados previos de acomodación a estados finales de homeostasis que garantizan la salud mental y el bienestar colectivo de sus comunidades.

Palabras clave: Modelo de transitividad, salud mental comunitaria, agentes comunitarios de salud, homeóstasis, acomodación. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: The transitivity model is a paradigm of social intervention based on self-organizing community status as guarantor of its own processes. **Objective:** To validate the postulates of transitivity model in the revitalization of community clinical scenarios for the management of mental health in the municipality of San Lorenzo - Nariño in 2013. **Materials and methods:** The study was developed from the qualitative paradigm through participatory action research. **Results:** The transitivity model promotes transit homeostasis - accommodation, potentiating the participatory dimension of the subject in the transformation of social

structures from the creation of public policies that ensure the planning and implementation of scenarios around participatory revitalization of community mental health in the Municipality. **Conclusion:** The results of the study highlight the importance of transitivity model in managing community mental health by providing intervention tools that enable engaging communities as agents of transformation of previous states of accommodation to final states of homeostasis that guarantee mental health and collective welfare of their communities.

Key words: Transitivity model, mental community health, health workers, homeostasis, accommodation. (Source: DeCS, Bireme).

Introducción

Investigaciones de años recientes han demostrado la factibilidad de ofrecer intervenciones comunitarias y psicológicas en el nivel de atención no especializada; sin embargo, existe en los contextos sociales, una idea ampliamente compartida, pero errónea, con respecto a que todas las intervenciones psicosociales son sofisticadas y ofrecidas por personal altamente especializado.^{1,2}

En lo que respecta a intervenciones comunitarias desde el modelo de transitividad, se reconocen experiencias positivas presididas por agentes comunitarios quienes desde la activación de eslabones de comunicación han asumido importantes y exitosos procesos que han llevado a las comunidades al establecimiento del bienestar y la promoción de la salud mental.³ A partir de esto, se resalta la necesidad de intervenir la base comunitaria y sus estructuras de manera constante e intensa a fin de promover el desarrollo y el bienestar de los agentes comunales como dinamizadores de su realidad, originando escenarios de gestión y empoderamiento comunitarios.⁴

Para Sánchez Vidal,⁵ “la Psicología Comunitaria se ha definido por oposición a la Psicología Clínica y otras formas de acción psicológica individuales de orientación terapéutica o reparadora” recreando desde el escenario clínico – comunitario la condición transitiva de la comunidad como sujeto proceso, desde

la comprensión multidisciplinar de la relación territorio – individuo – sociedad facilitando el tejido de pautas vinculantes y significativas producto de la combinación de la tradición clínica con el enfoque comunitario, donde la salud mental integral se inserta en la unidad vincular, produciendo transformaciones en el binomio persona – comunidad.⁶

Para Calvo,⁷ la clínica comunitaria conduce a un conjunto de redefiniciones en la escena de la complejidad que supone la habilitación de entornos protectores, donde la salud mental se comprenda como un factor social, dinámico y cambiante, el cual está influenciado por la cultura, el contexto económico, religioso, social y político en el cual se desarrolla el individuo. De allí, que el abordaje de la salud mental comunitaria debe explorarse desde las diferentes dimensiones en las que se encuentra inserta la comunidad, con el propósito de identificar características contextuales que se perfilan en cada entorno social posibilitando u obstruyendo objetos de intervención; es allí donde el abordaje de la salud mental comunitaria debe llevar a una progresiva redefinición tanto de la comprensión, como de los modelos de intervención comunitaria en sí mismos.

Castro⁸ propone que un modelo de intervención comunitaria es una herramienta de comprensión y abordaje de la realidad, la cual tiene el propósito de facilitar el diálogo comprensivo sujeto – comunidad a fin de mejorar las condiciones sociales de los contextos. En efecto, al indagar

sobre un marco conceptual que pudiera abarcar la mayoría de variables que determinan la salud mental comunitaria se vislumbró que el modelo de transitividad, era el más adecuado puesto que permite analizar desde los diferentes sistemas el proceso de posicionamiento de la salud mental en las redes comunitarias. Las redes comunitarias según Montero,⁹ son un factor importante cuando se pretende consolidar la acción comunitaria como agencia terapéutica, identificando tres tipos de redes, las redes morales, las redes de colaboración y las redes afectivas, que son fundamentales en el establecimiento de la clínica comunitaria.

La transitividad concibe que la realidad social, supone un continuo proceso de acomodación dinámica, que lleva a los actores sociales individuales o colectivos a la búsqueda permanente de soluciones a sus necesidades próximas; asimismo, Narváez,¹¹ propone desde el enfoque transitivo que la salud mental comunitaria comprende el tránsito progresivo de estados críticos a homeostáticos, producto de la permanente acomodación entre un sujeto activo y los entornos que lo rodean, estando el individuo inserto en un marco de interacción, que le sujeta a nivel normativo y afectivo a un entorno comunitario que le contiene.¹⁰

Es así que la salud mental entendida desde el análisis transitivo contempla a un ser humano activo, en búsqueda permanente de bienestar, en constante cambio y en diálogo continuo con los entornos; lo anterior, en correspondencia a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud cuando afirma que “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.¹

En efecto, los procesos de intervención cuya intencionalidad sea la dinamización de escenarios clínico comunitarios, en el propósito de generar efectos multidireccionales de impacto deben contemplar que las comunidades no son simples receptores de información, entre tanto poseen capacidades y herramientas que les permiten desde el fondo y desde dentro contribuir en el establecimiento de estados de bienestar comunitario.¹² De allí la relevancia del modelo de transitividad desde los tres procesos de inserción y reconocimiento comunitario: a) el intercambio de intencionalidades, b) la interrelación y vinculación afectiva de actores y c) la negociación de sentidos comunitarios, que dan cuenta en los procesos de intervención de la ética, la necesidad de integrar al observador en su observación, lo que implica la construcción colectiva de tejido humano como eje de transformación y apoyo social.

Para Cruz Souza,¹³ “los significados se forjan en las prácticas sociales y son ellos mismos prácticas sociales discursivas que modelan las interacciones sociales y tienen efectos sobre la realidad cotidiana, construyendo las miradas posibles del mundo”. En ese contexto, el modelo de transitividad aplicado a procesos de la promoción de la salud mental comunitaria desde la dinamización de redes, lleva al sujeto a pasar de un estado de observador neutro y pasivo que vive una realidad, a tener un papel central, en la interpretación de condiciones sociales de sus comunidades a fin de formular procesos, donde su condición de actores sociales transite de la observación a la acción, siendo participantes en la creación de una realidad consensuada, donde emergen significados y significaciones comunitarias desde la interacción activa.¹⁴

El modelo de transitividad permite analizar contextos en los que las comunidades establecen redes vinculares e interaccionales a fin de

dinamizar el estatismo de los grupos sociales como destinatarios de políticas asistenciales que vulneran su condición de tránsito, de modo, que se reconoce a la comunidad como sujeto potencial más allá de la incidencia de las condiciones culturales y territoriales, en la medida que se parte de la premisa donde la praxis homeostática hace que toda comunidad siempre tienda hacia algo.¹⁴ El propósito central del modelo se dirige hacia la activación social de eslabones de comunicación, que permitan una retroalimentación permanente de la acción comunitaria, revirtiendo el efecto de la acomodación o parálisis de los actores.¹⁵

Las comunidades tienen la capacidad de recibir e interpretar información procedente de su entorno y su contorno, y a partir de la misma y de sus propios requerimientos vitales, transforma su estructura y funcionamiento, proceso denominado por Poll¹⁶ autorregulación o autoajuste donde los actores sociales modifican las variables en desequilibrio para lograr alcanzar una estabilidad dinámica.

Desde el modelo de la transitividad hablamos de la promoción de la salud mental, cuando la intervención clínico comunitaria está basada en el fortalecimiento de los mecanismos homeostáticos de la comunidad, constituyendo entornos protectores en esa medida, son tres las herramientas y estrategias que transversalizan procesos homeostáticos en comunidad, a) formación de agentes comunitarios, b) establecimiento de redes comunitarias y c) fomento de la participación comunitaria.¹⁷

Las comunidades cuentan con sistemas de apoyo y canales de comunicación que minimizan o amortiguan el impacto de las problemáticas asociadas con enfermedades mentales o fracturas sociales, un ejemplo de estas redes son los grupos de apoyo, quienes a

nivel nuclear generan acciones de información y apoyo emocional e instrumental al individuo en contexto.¹⁸

Es así, que la activación de escenarios para la promoción de la salud mental comunitaria requiere que se adopten medidas multisectoriales en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias, alrededor de redes en cuya intersección se garantice la participación activa y propositiva de los actores sociales en el diseño y ejecución de estrategias de facilitación y cooperación entre las comunidades; dentro de dichas acciones se debe incluir la exploración detallada de las necesidades y la respectiva respuesta a éstas, de tal forma que el diagnóstico comunitario debe conducir a la formulación e implementación de programas participativos, donde la comunidad transite de un estado de acomodación hacia el empoderamiento de acciones intencionales donde se movilicen los sistemas de creencias y representaciones sociales que sostienen factores de riesgo en salud mental.¹⁹

Materiales y métodos

Este trabajo se basa en la propuesta metodológica de la investigación-acción- participativa (IAP), la cual permite obtener conocimientos colectivos para transformar una determinada realidad social.²⁰ Lo anterior, por cuanto la investigación intervención se propuso activar eslabones de comunicación desde la construcción participativa de redes comunitarias, organizando a los actores sociales para la acción y reflexión en torno a la gestión de la salud mental desde el modelo de transitividad. En consecuencia, se generó un proceso metodológico transicional, en el desarrollo de una estrategia que involucró a las comunidades en la producción colectiva de los conocimientos necesarios para activación y

empoderamiento de procesos de promoción de la salud mental del Municipio de San Lorenzo desde la gestión comunitaria.

La investigación - intervención se llevó a cabo a través de la aplicación de técnicas como la asamblea participativa, el grupo nominal, el grupo de discusión y entrevistas a profundidad dirigidas en conjunto con talleres de intervención, planificación y gestión de los participantes en sus comunidades. Durante las diversas fases, los participantes realizaron re-significaciones frente a las posibilidades de transitividad comunitaria, contribuyendo al análisis de las condiciones históricas que sostienen procesos de acomodación.

Asimismo, la acción participativa comprendió la fase de transmisión de la información construida y apropiada por redes comunitarias o grupos naturales con presencia en los poblados del Municipio intervenido, a fin de activar eslabones de comunicación que lleven a la generación de expectativas y la dinamización de los estados de acomodación, activación, movilización y homeostasis comunitaria propuestos por el modelo de transitividad.

Participantes

Agentes comunitarios y sociales del Municipio de San Lorenzo - Nariño vinculados a Instituciones Educativas, Organizaciones de base e Instituciones municipales, focalizados en el marco de la construcción participativa de la política pública de salud mental.

Plan de análisis de información

El proceso de la Investigación Acción Participativa propone un continuo análisis del hecho social, siendo una de sus finalidades la producción de conocimiento para el mejoramiento de las propias acciones conducentes a la transformación de condiciones

comunitarias para el establecimiento de calidad de vida.²¹ De este modo, el análisis de los resultados se basó en la propuesta de Elliot²² a través de cuatro fases intersectoriales dentro de los ciclos de la IAP.

Un primer momento, de validación de la información y redefinición del problema, que permitió establecer las primeras categorías de comprensión de la intervención, desde el análisis preliminar de la acomodación en el contexto. Una fase de descubrimiento, reducción y análisis de datos, a partir de las categorías de comprensión en emergencia (entre tanto la teoría se hace desde la acción), llevando a una separación previa de la información en unidades de contenido a fin de tener un primer eje para la retroalimentación del proceso, traducida en la activación de eslabones de comunicación.

Un espacio de síntesis y agrupamiento de información en categorías expansivas desde el modelo de transitividad comunitaria, dando cuenta del proceso de contradicción entre la experiencia vivida y la transformación o resistencia de la estructura comunitaria, fase crítica del modelo. Y una fase de establecimiento de analogías analíticas que permita la transformación de los datos en sustentos teóricos y experienciales (nueva teoría) a partir de la descripción, interpretación, comparación, contextualización y revisión del ciclo homeostasis - acomodación y sus efectos.

Resultados

La aplicación del modelo de transitividad en el marco de la promoción de escenarios clínicos comunitarios en el Municipio de San Lorenzo - Nariño, contempló dos estrategias participativas convergentes en el tránsito de lo individual a lo comunitario 1) la formación de agentes y 2) el establecimiento de redes comunitarias.

Cuadro 1. Ciclo de acomodación – activación

Fases de la IAP			
Planificación fase I	Acción suministros de activación	Participación resultados	Reflexión
Proceso sistemático - Arranque y acomodación (Mapeo inicial) - Activación (Planificación) - Dinamización (Acción) - Homeóstasis (Reflexión) Acción Intencionada hacia la promoción de la salud mental comunitaria	Redes Comunitarias	Red de Agentes Juveniles Red de Agentes Comunitarios Red de Agentes Educativos	Alternativas de solución a problemas prácticos asociados a factores de riesgo psicosocial en los sistemas familiar, comunitario y educativo Evaluación
	Formación de agentes comunitarios Formación de promotores en salud mental	Establecimiento de analizadores del proceso	Feed-back – Reorientación del proceso Devolución de emergentes
	Construcción Participativa de la Política Pública	Comisiones y grupos de trabajo Mesa Municipal de Salud Mental	Estructuración y revisión permanente de la pertinencia de los ejes de la política pública en salud mental Toma de decisiones

Planificación Fase II

A partir de los diversos procesos de investigación intervención se lograron dinamizar los estadios propuestos en el modelo de transitividad: acomodación, activación, movilización y homeóstasis; a continuación se presentan los hallazgos de cada una de las fases transitivas propuestas.

La intervención social comunitaria hace referencia a procesos intencionales de cambio que tienen lugar en el análisis de las situaciones estructurales que sostienen procesos de acomodación, desde los cuales se sustentan y replican condiciones históricas de malestar; en esa medida en el estadio de arranque desde el proceso de transitividad dirigida a la dinamización de la salud mental comunitaria,

se identificaron tres variables causales que debían ser dinamizadas en la articulación de procesos que permitan la generación de un tránsito intencionado, estas son, las deficiencias en educación, traducidas en el desconocimiento de rutas, procesos, conceptos y legislación en materia de salud mental; la desarticulación comunitaria asociada a patrones culturales, experiencias previas en prácticas sociales y condiciones históricas de apatía; y las diversas problemáticas institucionales y sociales enmarcadas en los factores de riesgo psicosocial, la ausencia de una política pública que garantice espacios y recursos, en conjunto con las dinámicas asistenciales de los programas y proyectos de salud mental en el Municipio.

Cuadro 2. Ciclo de transitividad

Acomodación inicial → Activación (3 estrategias)	
Estado inicial - Procesos de acomodación comunitaria	
Estado de arranque	Categorías emergentes
Deficiencias de educación	Desconocimiento de rutas de atención Deficiente información sobre la salud mental Desarticulación de los procesos de prevención con las prácticas sociales cotidianas Desconocimiento de la legislación de salud y la condición de usuario como sujeto de derechos
Desarticulación comunitaria	Prácticas asistencialistas Pasividad comunitaria Ausencia de políticas participativas Bajos niveles de participación e incidencia comunitaria en políticas públicas
Problemáticas Sociales - Institucionales	Violencia intrafamiliar (negligencia, abandono, maltrato y abuso sexual) Inexistencia de un proyecto de vida familiar Inoperancia de programas que promuevan hábitos de vida saludables Bajos niveles de participación (apatía creciente y concurrente) Consumo de SPA e intentos de suicidio Ausencia de una política participativa de desarrollo comunitario que promueva la interacción en redes

Una vez reconocidas las condiciones de acomodación comunitaria, la activación comprendió la aplicación de mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población y el fortalecimiento de

organizaciones comunitarias autónomas; para tal objetivo se impulsaron cuatro estrategias que dinamizaron los estadios de acomodación identificados en el cuadro anterior.

Cuadro 3. Suministros para la activación comunitaria – Estrategias de intervención

Suministro de activación	Estado de acomodación
Redes comunitarias	Desarticulación comunitaria
Escuela de formación e integración de agentes comunitarios	Deficiencias de educación
Escuela de formación de promotores comunitarios en salud mental	Deficiencias de educación
Construcción participativa de la Política Pública en Salud Mental	Problemáticas sociales e institucionales

En ese contexto se generaron las condiciones de tránsito entre la activación y movilización comunitaria, pasando del ciclo de la planificación a la acción intencionada desde la metodología de la IAP propuesta para la intervención. En todo el proceso fue necesario posibilitar una progresiva

modificación de las representaciones de los actores vinculados frente a su rol en la sociedad, haciendo hincapié sobre el valor de sus propias acciones en la transformación de las condiciones que sostienen factores de riesgo psicosocial y fracturas comunitarias.

Cuadro 4. Ciclo de activación - movilización comunitaria

Suministro de activación	→ Estado movilización acciones intencionadas
Redes comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de procesos comunitarios transversales • Focalización de actores por procesos • Talleres participativos para la estructuración de las redes
Escuela de formación e integración de agentes comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción participativa del plan de formación • Ejecución del plan de formación
Escuela de formación de promotores comunitarios en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación del campo de acción y los efectos ejecutados hasta el momento • Fundamentación reflexiva del programa de formación en salud mental
Construcción participativa de la Política Pública en Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeo para el reconocimiento y activación de recursos, problemas y necesidades comunitarias en salud mental • Talleres participativos para la definición de los ejes de la política pública • Participación activa en el COMPOS (Consejo Municipal de Política Social)

Los suministros de activación permitieron la movilización participativa de actores sociales en torno a tres procesos comunitarios, la organización en redes, la construcción de una política pública y la formación de agentes. Es así, como se integraron el enfoque metodológico con el modelo teórico a fin de permitir transitar del estadio de acomodación al estadio de homeostasis, o desde la planificación intencionada a la reflexión sobre la acción, en esa

medida, la homeostasis comunitaria da cuenta de procesos auto reflexivos desde la apropiación de procesos por parte de la comunidad participante y el diseño de estrategias de diseminación de escenarios clínico comunitarios por parte de los agentes y estamentos municipales comprometidos dentro de la política pública con la dinamización de las redes en beneficio de la promoción de la salud mental comunitaria.

Cuadro 5. Ciclo movilización - Homeostasis comunitaria

Movilización	→ Homeóstasis
Redes comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de procesos comunitarios transversales • Focalización de actores por procesos • Talleres participativos para la estructuración de las redes
Escuela de formación e integración de agentes comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción participativa del plan de formación • Ejecución del plan de formación
Escuela de formación de promotores comunitarios en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación del campo de acción y los efectos ejecutados hasta el momento • Fundamentación reflexiva del programa de formación en salud mental
Construcción participativa de la Política Pública en Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeo para el reconocimiento y activación de recursos, problemas y necesidades comunitarias en salud mental • Talleres participativos para la definición de los ejes de la política pública • Participación activa en el COMPOS

Finalmente, todo estadio de homeostasis como última fase del ciclo de la transitividad comunitaria, permite los insumos para la planificación de nuevas estrategias que permitan la movilización de los estados de acomodación producidos como efecto de la activación – movilización. En efecto el cuadro 5 resume los alcances del proceso de investigación – intervención y las condiciones desde las cuales debe partir el nuevo ciclo de intervención.

Discusión

Para Mori²³ “La psicología comunitaria, en tanto es una disciplina nacida de la crítica, plantea desde sus inicios la valoración de la acción llevada a cabo a través de modelos que respondan a las realidades con las que se trabaja”, en esa medida, la intervención comunitaria desde la perspectiva de investigación participante debe estar orientada por un proceso intencionado que permita al interventor una lectura integrativa de la comunidad, sus dinámicas y propósitos a fin de que los participantes motiven el proceso de producción de conocimiento propositivo y transformador en el diseño de fases que orienten y retroalimenten la acción hacia la gestión activa de la salud mental.

Los modelos teóricos de la psicología comunitaria tienen la finalidad de ofrecer a los facilitadores herramientas de comprensión y estrategias de planificación que guían la intervención, para Werner Lutz²⁴ “un modelo consiste en una serie de principios de acción con respecto a un fenómeno definido o a una experiencia” mientras Sánchez²⁵ plantea que los modelos ofertan una idea general del fenómeno, definiendo las metas hacia las cuales los principios de acción van dirigidos, además de los métodos y técnicas que se emplearán; de igual forma Cohen²⁶ subraya que la novedad del concepto modelo radica en la inclusión en un todo de los aspectos, no sólo metodológicos, sino también teóricos y filosóficos de una determinada práctica.

En esa medida, los modelos teóricos enriquecen la mirada y la lectura de la realidad compleja de las comunidades con quienes se trabaja y ofrecen posibilidades de intervención.²⁷ En efecto, el modelo de transitividad comprende una serie de principios de acción que nutren la lectura del fenómeno fundamentando la práctica social en el análisis de estadios de acomodación y la búsqueda de la homeostasis comunitaria, es así como la condición de tránsito inmanente a todo organismo vivo, permite una aproximación a la comunidad como sujeto histórico con capacidad de configurar la praxis social, generando transiciones de estados problema a estadios de bienestar comunitario.²⁸

Pensar el modelo de transitividad aplicado a procesos de dinamización de la salud mental comunitaria, lleva al reconocimiento de los estados de acomodación como situaciones históricas y culturales que sostienen ciertos patrones de comportamiento social y parálisis comunitaria, facilitando en los procesos de planificación intencionada la comprensión de la comunidad desde su condición dinámica e interaccional, reafirmando la importancia de los contextos histórico-culturales en el diseño de planes de intervención participativos.²⁹

El modelo de transitividad se convierte en una herramienta de facilitación tanto de la comprensión de los fenómenos comunitarios desde la identificación de los factores psicosociales asociados al problema de intervención, como metodologías en el direccionamiento de la intervención comunitaria en el ciclo homeostasis – acomodación, transitando por los estadios de activación y movilización comunitaria.²⁶

En el marco de lo clínico comunitario, lo transitivo está sujeto a los aportes de la salud mental comunitaria anglosajona, la cual promueve la tendencia desinstitucionalizadora en el tratamiento a las enfermedades mentales

direccionando el ejercicio de lo clínico desde la activación de factores protectores que permitan la recomposición del tejido social en aras de favorecer tratamientos incluyentes y humanizantes.³⁰ En el contexto específico de intervención, el estado de arranque en el Municipio de San Lorenzo Nariño, presentó tres condiciones estructurales que evidencian el estado de acomodación de la comunidad frente a la dinamización de la salud mental, estas son: las deficiencias en educación, la desarticulación comunitaria y problemáticas sociales e institucionales, las tres según Sánchez²⁵ y Moreno³¹ condiciones frecuentes en procesos de intervención en contextos latinoamericanos.

Las deficiencias en educación limitan el pleno desarrollo de las personas y su participación activa en la dinamización de procesos, restringiendo a las poblaciones el acceso a los beneficios del desarrollo y obstaculizando la ejecución de alternativas de empoderamiento, siendo necesaria la consolidación de escenarios de pedagogía social destinados a facilitar herramientas que integren y desarrollen conocimientos, habilidades, actitudes y competencias necesarias para la activación y movilización de procesos.³² Asimismo, la desarticulación comunitaria ligada a procesos adaptativos de desintegración y aislamiento que conllevan a la obstrucción de la organización comunitaria, se traduce en la ausencia de políticas públicas y mecanismos de transformación estructural que respondan a las problemáticas sociales y los riesgos psicosociales en salud mental.³³

De acuerdo con Caride,³⁴ lo local, el pueblo, el barrio son ámbitos privilegiados de la democracia de base, de allí que la promoción de la participación activa y efectiva de las comunidades en el tránsito de los escenarios clínico comunitarios hacia la activación de redes comunitarias, permita a la comunidad un cambio de perspectiva que moviliza las

lógicas asistencialistas dando lugar a la construcción colectiva de nodos de articulación y apropiación de los procesos de diagnóstico, planificación e intervención de los contextos, donde confluya tanto la ética integradora, dando real protagonismo a las comunidades como la concreción en la acción, donde los suministros de activación comunitaria centren su propósito en la adecuación de planes de intervención sujetos a las necesidades y expectativas reales de cada comunidad en la validación de sus propios recursos.^{15,25}

Es así como desde el modelo de transitividad la participación se comprende como un proceso organizado e intencionado de interacción de un grupo de individuos dispuestos a la acción transformadora de una realidad dada.¹⁴ En el contexto de intervención desde el análisis de las dinámicas de acomodación encontramos un entorno social provisto de grupos humanos apáticos, con pautas sociales de introversión y con dificultades en la accesibilidad a fuentes de información y capacitación, razón por la cual fue transversal dentro de la intencionalidad transformadora, el desarrollo de técnicas participativas que lleven a la activación de la actitud participante de la comunidad para que se reconozca como portadora de saber y agente activo en la construcción de conocimiento.³⁵

Para Pantoja,³⁶ “no es posible establecer un entorno sano y propicio sin la participación de las personas y las comunidades”, de allí la relevancia teórico metodológica del modelo de transitividad en la comprensión de la comunidad desde la perspectiva del sujeto proceso, la cual aproxima a una visión de lo comunitario más allá del paradigma de la psicología de los grupos, entre tanto la colectividad apropia la activación como una condición histórica de autorregulación y transformación de estados acomodados dando tránsito a nuevas formas de comprensión y acción sobre el contexto. En sus estudios sociales Bourdieu,³⁷ analiza los mecanismos culturales

de diferenciación social, refiriéndose a las trayectorias de las clases sociales. Es ese marco, es relevante precisar cómo la facilitación de herramientas para la dinamización de procesos desde la formación de agentes comunitarios permite el aprestamiento de las comunidades hacia nuevas situaciones de movilización que llevan a la comunidad a transformar las fuerzas que estructuran el espacio social y los mecanismos de regulación y reproducción de procesos de movilización, dando posibilidad a la activación de redes comunitarias cuyos eslabones de comunicación dan tránsito a la inercia característica de sociedades alienadas, asistenciadas y silenciadas.¹⁵

Ahora bien, en el marco de las políticas públicas para Caride,³⁴ las prácticas transitivas permiten que la comunidad se convierta en un marco más próximo, flexible y eficaz en el ejercicio de la vigilancia y control de los estamentos de Administración Pública desde la escena democrática, mientras Arellano³⁸ subraya que la atención a las necesidades sociales requiere favorecer procesos democráticos de gestión desde la base comunitaria, flexibilizando los procesos de intervención de agentes, desde la participación directa de los ciudadanos en la toma de decisiones de los gobiernos locales; lo anterior, fue transversal en la construcción participativa de la política pública en Salud Mental del Municipio de San Lorenzo, la cual desde su perspectiva transitiva permitió la activación del trabajo social comunitario, llevando a los agentes comunales a una inversión de los roles sociales instituidos generando una variabilidad positiva en el tránsito de usuarios de servicios en salud mental a agentes constructores y dinamizadores de la política pública.¹¹

En el marco de la investigación intervención se consideró la escuela de formación e integración de agentes comunitarios como suministro de activación que permita la reflexividad dentro del proceso de homeóstasis, donde

la misma comunidad destinataria adquirió herramientas de evaluación y planificación a fin de retroalimentar el quehacer de las redes comunitarias, desde la reflexión crítica y compartida, entre facilitadores y agentes comunitarios.¹⁶

Es relevante la relación de dialogicidad que el psicólogo comunitario debe imprimir en el despliegue de procedimientos grupales que amplíen la percepción crítica de la realidad y activen vinculaciones afectivas entre los participantes, por cuanto la dinamización de escenarios clínico comunitarios desde la transitividad lleva a replantear el encuadre tradicional en el abordaje de la salud mental, donde se superen los efectos del modelo clínico americano replicado en Latinoamérica donde entre interventor – comunidad se establece una relación de mayor desigualdad, trazando la esfera de la ideologización donde quien es ayudado con frecuencia no se siente en capacidad de ayudar, reproduciendo las condiciones históricas de alienación que hacen vigente la teoría de la dependencia en comunidad.^{39,40}

Carride,³⁴ sostiene que la salud mental no puede verse como un simple efecto de programas de intervención de carácter asistencial, donde los usuarios dependan de los servicios gubernamentales para poder activar factores protectores, siendo fundamental la formación de agentes comunitarios que den sostenibilidad a los procesos de promoción de la salud mental comunitaria en ausencia de los entes de gobierno.

Es así que el modelo de transitividad aplicado a procesos de promoción de la salud mental comunitaria ofrece el escenario para encarar los aportes potenciales de la psicología en el ámbito de la salud, teniendo en cuenta la complejidad que suponen los procesos de inserción comunitaria para la formación de agentes, que se permitan generar construcciones sociales que lleven al establecimiento de escenarios clínico comunitarios permanentes en la comunidad.²⁷

Cada modelo de desarrollo comunitario es diferente y debe partir de las necesidades y demandas específicas del territorio de referencia, el modelo de transitividad desde el proceso de escalamiento evita el inmovilismo y la parálisis de las comunidades como simples receptoras de planes de promoción y prevención, para convertirse en garantes tanto de la planificación como de la vigilancia de los órganos de servicio gubernamental, dando énfasis en el postulado de Sánchez Vidal⁵ donde las comunidades tienen sus recursos o potencialidades para identificar problemas y resolverlos, siendo el rol de los expertos la animación de agentes comunitarios reales quienes promuevan a partir de la experiencia vivida escenarios clínico comunitarios desde donde se sustente la salud mental y el bienestar colectivo de sus comunidades.⁴¹

En efecto, el modelo de transitividad se convierte en una estrategia vital en la gestión de la salud mental comunitaria, al proveer un marco de intervención que permite la construcción colectiva de saberes y acciones intencionadas hacia la transformación del ambiente psicosocial del Municipio. Los procesos de formación dispuestos en el marco de la activación comunitaria, coadyuvan al aprestamiento social de la comunidad favoreciendo la motivación, el cambio de actitudes y la construcción colectiva de saberes, intercambios e intencionalidades grupales constitutivas de la gestión y organización social.

Dichas condiciones facilitaron la articulación de actores en la cimentación de redes comunitarias corresponsables del proceso de construcción de la política pública y la gestión de la salud mental del Municipio de San Lorenzo favoreciendo la toma de decisiones, la aceptación de responsabilidades, el fomento y desarrollo de escenarios de intervención, y el reconocimiento político de los actores vinculados en la dinamización de la política pública en salud mental por parte de órganos institucionales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de intervención GAP. Para los trastornos mentales neurológicos y por usos de sustancias en el nivel de salud no especializada. [En red] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf 2010.
2. Ceballos M, Campos S. Inserciones sociales, protocolos de intervención social. Bogotá: Alfaguara; 2011.
3. Camacho O. Manual de calidad de vida. Buenos Aires: ED. Albatro; 2009.
4. Navarro V. Manual para la preparación comunitaria en situaciones de desastres. [En red]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/cubierta_desastre.pdf, 2007.
5. Sánchez A. Manual de psicología comunitaria, un enfoque integrado. Madrid: Editorial Pirámide; 2007:89.
6. Montero M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria. Caracas: Ed. Paidos; 2004.
7. Calvo A. La Animación socio-cultural. Una estrategia educativa para la participación. Madrid: Alianza Editorial; 2002.
8. Castro J. Procesos analógicos y sociales. Madrid: Santillana; 2010.
9. Montero. Hacer para transformar, el método en la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidos; 2006.
10. Cool T. Prácticas sociales emancipadoras. Madrid: Santillana; 2008.
11. Narváez J. El tránsito de la desideologización de los pueblos hacia la recuperación de saberes populares. Santiago, Academia Libre y Popular Latinoamericana. 2013:5 – 7.
12. Cruz F. Psicología comunitaria. Buenos Aires: Lumen- Humanitas; 2000.
13. Cruz F. Genero, psicología y desarrollo rural: La construcción de nuevas identidades. Madrid: Ed. Ministerio de Agricultura; 2006:31.

14. Santé Canada. Les déterminants sociaux de la santé: un aperçu des répercussions sur les politiques publiques et du rôle du secteur de la santé. Ottawa: Santé Canada; 2003.
15. Fournier L, Poulin C. Perspective écosocial transit communautaire. Paris: Centre de recherchesociale; 2011
16. Poll M. Psychologie de l'action. Miami: Ed. Social Action; 2008.
17. Monane J. A sociology of human systems. New York. MerechthPub. Co; 1967.
18. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Invertir en salud mental. [En red] Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>, 2004.
19. Sabogal M. Salud mental postulados y comparaciones. México: Paidós; 2011.
20. López P. Un método para la investigación acción participativa. Madrid: Ed. Popular; 1987.
21. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe; 1996.
22. Elliot J. La investigación acción en educación. Madrid: Ediciones Morata; 2005.
23. Mori M. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. liber. [En red], vol.14, n.14, pp. 81-90. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100010&lng=es&nrm=iso. ISSN 1729-4827, 2008.
24. Lutz W. Modelos emergentes en la práctica del trabajo social con individuos y familias. Mimeo: Universidad de Rio Piedras, Puerto Rico. 1970:25.
25. Sánchez, M. La participación. Metodología y práctica. Madrid: Editorial Popular; 2000.
26. Cohen JL. Strategy or identity: New theoretical paradigms and contemporary social movements. Social Research:1985; 52(4).
27. Sawaia B. Comunidade: a apropiação científica de um conceito tão antogo quanto a humanidade. Petropolis: Ed. Vozes; 1996:35-53.
28. Maela P. L'accompagnement: une posture professionnell spécifique, Paris: L'Harmattan, 2004.
29. Cushman JH. Isostress-isostrain ensemble Monte Carlo de simulación de las transiciones de fase de segundo orden en un fluido monocapa confinado. 1993.
30. Winkler MI, Alvear K, Olivares B, Pasmanik D. Autonomía versus dependencia: quehacer comunitario y políticas públicas. Santiago, Chile: Universidad de Santiago de Chile, 2010.
31. Moreno M. Una historia desde América. Santiago: FCE; 2011.
32. Bravo D, Contreras D, Sanhueza C. Educational achievement, inequalities and private/public gap, Santiago, Universidad de Chile. 1999.
33. CEPAL. Panorama social de América Latina [En red] Disponible en <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl>, 2007
34. Caride J, Meira P. Educación ambiental y desarrollo: La sustentabilidad, y lo comunitario como alternativas. Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria.1997;2:7-30.
35. Chávez G, Daza JC. Reflexión metodológica sobre la aplicación concreta de la IAP en contextos rurales del estado de Colima. pp. 115 - 146. México. [En red] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31601707>, 2003
36. Pantoja L. Una nueva visión de la salud "vivir: promoción cotidiana de la salud". Universidad y Salud. 2002:70.
37. Bourdieu P. et al. La escuela capitalista Siglo XXI - México, 1988.
38. Arellano JP. Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984". Ed. Cieplan. Chile; 1988.
39. Villasante T. De las redes sociales a las programaciones integrales. Lumen/ Humanitas. Bs.As, 1998.
40. Winkler MI. Los derechos de los pacientes o clientes: relaciones duales y conducta sexual inapropiada. Terapia Psicológica. 1999; 17: 201-206.
41. Marchioni. Animación socio-cultural y desarrollo comunitario. Madrid: Cuadernos de Animación, Asociación Cultural ASTURACTIVA; 2001:55-63.