



Psykhe

ISSN: 0717-0297

psykhe@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile  
Chile

Mendive, Susana

Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones Acerca de su  
Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena  
Psykhe, vol. 13, núm. 2, noviembre, 2004, pp. 187-199  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96713214>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## **Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena**

### **Interview With Dr. Juan Marconi, Intracommunity Psychiatry Program Creator. Reflections About his Legacy for Chilean Psychology Community**

Susana Mendive

El presente trabajo pretende rescatar el programa *Psiquiatría Intracomunitaria* desarrollado durante 1968 y 1973 en Santiago de Chile. Este programa fue un modelo de intervención con participación de la comunidad en alcoholismo, neurosis y privación sensorial. Una figura central en el diseño e implementación del mismo fue el psiquiatra Juan Marconi. Con la finalidad de rescatar aspectos no conocidos y reflexiones del programa es que este artículo se centra en el testimonio de quien encabezó esta iniciativa. Adicionalmente, considerando la dimensión histórica que adopta la publicación de este testimonio para la psicología comunitaria, en la segunda parte se incluye la percepción de dos destacados psicólogos comunitarios chilenos respecto a la contribución del programa a la disciplina, en su etapa de nacimiento.

The present article has the pretence of rescuing the Intracommunity Psychiatry program developed between 1968 and 1973 in Santiago de Chile. This program became a model of interventions based on community participation in alcoholism, neurosis and sensorial deprivation situations. A central figure in its design and implementation was the psychiatrist Juan Marconi. With the aim of rescuing unknown topics and reflections based on this program, the present article focuses on the testimony of the person that lead this initiative. Additionally, considering the historical dimension that the publication of this testimony has for community psychology, the second part of this article includes the perception of two well known community psychologists about the contribution of this program to the discipline, in its initial phase.

#### **Introducción**

El objetivo de este trabajo es rescatar y dar a conocer el programa denominado Psiquiatría Intracomunitaria, desde la perspectiva de quien la encabezó: Juan Marconi. Este programa ha nutrido la gestación y desarrollo de la psicología comunitaria chilena. Al recuperar parte de la historia de esta disciplina, se espera poder contribuir al debate acerca de la identidad y función que ésta debe cumplir en la actualidad respecto de las problemáticas y condiciones sociales del presente.

Juan Marconi es un psiquiatra chileno de 78 años de edad. En la década de los noventa se ha reincor-

porado al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile luego de ser destituido del ámbito universitario durante el período de dictadura militar.

En cuanto a su trayectoria, Marconi ha tenido una destacada participación tanto en el ámbito académico como profesional. En el año 1949 inició su carrera como académico de la Universidad de Chile en la Facultad de Medicina, focalizando su investigación en alcoholismo. Sus publicaciones hacia fines de los años sesenta en la revista *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* testimonian esta etapa<sup>1</sup>.

A fines de la década del sesenta, el psiquiatra dio un giro en su labor académica desde la investigación hacia la creación de intervenciones en problemáticas psicosociales en sectores de pobreza. Desde este eje, Juan Marconi inicia junto a un equipo de profesionales y líderes vecinales, la Psiquia-

---

Susana Mendive Criado, Psicóloga.

La correspondencia relativa al artículo deberá ser enviada a la autora a Vicuña Mackenna 4860 Proyecto Docente Más, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica. Fono: 3547191, fax 3547192, E-mail: smendive@puc.cl

La autora agradece a las docentes de la Escuela de Psicología PUC, Mariane Krause y Marcela Aracena, por sus revisiones y aportes hechos a este artículo.

---

<sup>1</sup> Para más detalles ver por ejemplo, Marconi, J. & Muñoz, L. (1970); Medina, E. & Marconi, J. (1970).

tría Intracomunitaria, iniciativa que abordó con éxito algunos problemas de salud mental desde una perspectiva comunitaria<sup>2</sup>.

A continuación se presenta una entrevista al psiquiatra, realizada por la autora en mayo del año 2000. Para facilitar su comprensión, ésta ha sido organizada en cuatro ejes: *contexto de nacimiento* donde se incluye los factores y condiciones tanto personales como sociales que dieron origen al programa; *aspectos de implementación*, que incluye información específica acerca de su funcionamiento; en tercer lugar *golpe militar: interrupción del programa*, y finalmente, *reflexiones en torno a la Psiquiatría Intracomunitaria*.

Adicionalmente en junio del año 2000, la autora realizó una entrevista a dos psicólogos respecto a la contribución que, según el conocimiento que tuvieron de su obra escrita, Juan Marconi hizo a la psicología comunitaria: Mariane Krause y Germán Rozas<sup>3</sup>, quienes tuvieron una importante participación en el desarrollo de esta disciplina en Chile. La última parte de este trabajo dedicado a la discusión y conclusiones, incluye la sistematización de estas reflexiones.

## Entrevista

### *Contexto de Nacimiento*

*¿Qué motivaciones, inquietudes y convicciones personales animaron el desarrollo de la Psiquiatría Intracomunitaria?*

Bueno, en muchos aspectos fue una coincidencia con otras inquietudes de la época, particularmente la reforma universitaria en el año 68. Mi intención era algún día desarrollar programas o teorías universitarias relativas a alcoholismo —que era el tema que me había preocupado desde siempre—, que permitieran un desarrollo social. Ahora, ese tema no tenía infraestructura, en la comunidad, la oportunidad se produjo cuando en el año 67 llegó a la Facultad Vicente Silva, un médico chileno educador en

salud. Trabajaba en obstetricia, puericultura y pediatría en la Facultad de Medicina. Él dictó un seminario en el que se elaboraron “unidades de adiestramiento” es decir, el paso de conocimiento en forma masiva desde los investigadores teóricos universitarios hacia la comunidad, configurándose una pirámide de delegación de funciones que tenía muy bien organizada la logística. Allí engarzamos entonces con alcoholismo, que era mi tema central; se inició el programa y posteriormente se desarrolló el tema de la neurosis, y luego en el área de psiquiatría infantil en privación sensorial con preescolares.

*Entonces usted consideró que podía vincular el sistema de delegación de funciones con el tema de salud mental.*

Exacto, ahí yo viví un vuelco personal; pasé de la posición de seguir investigando al trabajo de enseñar masivamente y corregir los problemas en vez de investigarlos de forma exhaustiva.

*¿Qué elementos del contexto social e histórico relacionaría con el desarrollo de la Psiquiatría Intracomunitaria?*

Bueno, la reforma universitaria fue mundial y aquí estalló en el año 67 en la Universidad Católica; ahora, lo que yo soñaba en ese tiempo, —digo soñaba porque soñaba todo el mundo, la gente joven sobre todo— era cómo aplicar los conocimientos, cómo enseñar al pueblo e integrar diversos estratos sociales. Era un asunto de acción política de la universidad. La reforma era poner a la universidad al servicio de la comunidad, en relación estrecha con ella. Esto quedó reflejado en la presencia de debates internos muy exhaustivos, prolongados, de uno o dos meses discutiendo aspectos teóricos y prácticos; por ejemplo, cómo acercarse y llegar a la comunidad, con rendimiento que diera frutos sociales; decían en París: “seamos realistas, pidamos lo imposible” una utopía, una utopía que para esa época tenía sentido, había una maduración social en Chile eficiente como para que eso se pudiera hacer, de hecho se hizo.

*¿Y esa maduración social existía tanto en el terreno académico como social?*

No, el académico era extraordinariamente duro, reuente, evitaban exponerse al terreno social, salir a la periferia y andar por las comunas pobres. Más que el académico, el que estaba maduro para tomar en sus

<sup>2</sup> Las siguientes publicaciones de Marconi se centraron en este tema: Marconi, J. (1971); Minoletti, A., Marconi, J., Ifland, S. & Nacer, S. (1972); Pemjean, A., Montenegro, H., Marconi, J. & Daniels, G. (1972); Marconi, J. (1973).

<sup>3</sup> Mariane Krause Jacob, Psicóloga (Ph.D.), directora de la Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile, docente de pre y post grado en cátedras *Psicología Comunitaria* y *Metodología Cualitativa de Investigación*. Germán Rozas Ossandón, Psicólogo, docente de cátedra *Psicología Comunitaria* en la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile y en la de la Pontificia Universidad Católica.

manos sus propios problemas era el pueblo; la idea era que el alcoholismo, después la neurosis y la privación sensorial lo resolviera la propia comunidad *con apoyo técnico pero sin dirección técnica* en el sentido de autoritarismo, lo que podríamos llamar *poder popular* era realmente la base de lo que estábamos planteando; entregar el poder al pueblo, por lo tanto, el lugar de los investigadores era el terreno y no la teoría.

*¿Entonces lo que faltaba era ese paso: el paso de la técnica para concretar más ese poder popular?*

Sí. Es lo que se llamaría hoy día la *transferencia tecnológica* ahora que estamos en otro tiempo. El paso del conocimiento en forma masiva.

#### *Aspectos de Implementación*

*¿En qué momento el programa adopta el nombre de Psiquiatría Intracomunitaria, ¿con el programa de alcoholismo o con el de neurosis?*

Con alcoholismo en el año 68. El primer programa fue alcoholismo, a los dos años, es decir, en el 70 empezó el programa neurosis, se redactó, se dio la estructura y en el 71 y 72 comenzó el programa de privación sensorial con lo que fue educación en jardines infantiles populares.

*¿Y usted también lo estuvo coordinando?*

Estuve generando el sistema. Este programa fue guiado por un psiquiatra infantil experto en privación sensorial<sup>4</sup>.

*¿Cómo funcionaba el programa de adiestramiento? Yo sé que había niveles jerárquicos D1, D2, D3<sup>5</sup> y que cada uno de esos niveles hacía capacitación. ¿Cómo se lograba llegar al último nivel, el nivel de los líderes comunitarios y la comunidad? ¿Qué nivel de apropiación de los conocimientos se lograba?*

Bueno el nivel jerárquico empezaba por la comunidad, no empezaba desde arriba, era al revés, la tecnificación en este sistema de trabajo comunitario se hace desde abajo. La pregunta de orientación era ¿Cuál es el *mínimo operante* que un poblador tiene

que saber para contribuir a un programa de alcoholismo? Ahí se definió que primero la persona que consulta tiene que reconocerse como bebedor excesivo, segundo, permitir el tratamiento, saber cuándo se trata y cómo se trata. Eso se lo va a enseñar después a otro compadre que tenga cerca, a un amigo, a un hermano; ese es el tema D5.

Para el nivel D4 que es quien le debe enseñar a D5, usted tiene que generar un cuerpo docente formativo popular, ellos fueron los monitores, quienes cumplían con la condición de alcohólicos recuperados. Ellos son —más que los médicos— expertos en alcoholismo. Su rol consistió en enseñar lo que está programado en unidades un poco más complejas pero con toda la información necesaria como para educar al pueblo. Para esto se sectorizó por manzanas; logrando tener un alcohólico recuperado o monitor a cargo de cada una. Cada uno era supervisado por el nivel D3, compuesto en general por técnicos, los que en muchos programas fueron sacerdotes y monjas de terreno. Ellos formaron monitores quienes a su vez recibieron formación del nivel D2: enfermeras y profesionales de la salud en general. Este nivel recibe formación del último nivel profesional que es el D1 que es el que menos hace; supervisa el programa desde el hospital.

*¿Y D1 define los contenidos que cada nivel tiene que transmitir al otro?*

No, no es bueno educar así porque tiene mucha teoría. En este caso con la gente que trabajaba en el área sur definimos una unidad tentativa; supongamos que se llama *¿por qué nos tomamos un trago?*, se hace una serie de doce o quince preguntas sobre el tema, por ejemplo ¿cómo se llega a la enfermedad?, etc. Esa unidad que se hizo en el año 67, se modificó en terreno en el 68, 70, 72, es decir, se va perfeccionando a medida que la comunidad va entregando también a diario, elementos docentes, elementos de transmisión cultural y ellos hacen la parte técnica; ellos saben el problema que tienen pero además tienen el deseo de contribuir con lo que podríamos llamar el *saber popular*. Éste y el saber técnico, las dos cosas juntas, se fusionan, debe apuntarse a combinar tanto lenguaje popular como lenguaje científico.

*Sí, eso es una inquietud que yo tenía ¿en qué medida se logra un encuentro entre ambos, saber técnico y saber popular?*

Bueno en el nivel D5 es estrictamente lenguaje popular, en el nivel D4 hay 10 a 20% de lenguaje

<sup>4</sup> Se refiere al psiquiatra Hernán Montenegro.

<sup>5</sup> Se visualizaba a los pobladores y trabajadores del programa, conformando una pirámide estructurada en niveles (D1 a D5), éstos indicaban grados de conocimiento y roles.

científico y 80% popular, en el nivel D3, el 80% es científico y 20% popular y en el nivel D2 y D1 es 100% profesional.

*¿Por qué no existía ningún porcentaje de lenguaje científico en D5? ¿Es muy difícil asimilarlo?*

Exactamente, porque el vehículo tiene que ser más importante que el contenido. Lo importante es llegar a D5, no tanto lo que sepa objetivamente, sino que sepa desarrollar una actitud de ayuda, que sea un sujeto que participe activamente en el nivel de base, que se integre, después puede pasar a nivel D4 y D3. Supongamos que una mujer tiene un marido alcohólico y le interesa ser monitorea de mujeres para ayudar al marido y entender lo que le pasa, el poblador tiene que estar listo para ascender; a la primera actitud que se manifieste se le educa para D4 y ahí se le entrega información científica.

*¿Qué estrategias educativas se utilizaban en el trabajo con el nivel D5?*

En la cultura llamémosle aborígen, todas las celebraciones en reductos mapuches son siempre en *redondilla* o grupos de personas distribuidas en círculo. En esa forma se transmite el conocimiento, se forman grupos. Una machi, un toqui, lonko, o lo que sea, le va a enseñar, dirigir, manejar un grupo, y ahí se trabaja en redondillas de 10 a 20 personas y cada uno tiene que comprometerse a hacer una parte de la tarea que se esté planteando. Por lo tanto, había un sistema de educación popular establecido y ése es el que se empleó en D5.

*¿Se trataba de mantener lo más posible ese tipo de dinámica cultural?*

Exactamente, insertar la cultura popular que era de tradición oral. Los mapuches tienen un hiperdesarrollo de la oratoria y de las técnicas de persuasión, son muy maduros en ese aspecto verbal.

*¿De qué manera se logra cierta seguridad de que D5 pueda efectivamente activar la conducta de ayuda derivando problemas de alcoholismo detectados en su manzana a los consultorios? ¿De qué manera ustedes se aseguraban que en D5 había una apropiación?*

Eso se puede medir, se mide directamente en el nivel D5, ahí viene lo que se refiere a investigación

evaluativa del programa; usted hace una encuesta de terreno en D5 en una población determinada en sectores divididos en cuatro zonas del área del nivel socioeconómico y ahí se puede medir pasándoles tests sencillos donde se pregunta, por ejemplo, si reconocen o no el alcohólico, el excesivo, etc., se mide igual como se mide el SIMCE<sup>6</sup>.

*Además de estas sucesivas experiencias de capacitación entre todos los niveles, ¿existió otro sistema de coordinación?*

Existieron las *jornadas populares de salud mental*. Se hicieron 2 o 3. Una en el año 68 sobre alcoholismo, la segunda fue neurosis y la tercera fue de bajo rendimiento escolar y privación sensorial; ésta no tuvo tanta acogida a nivel masivo, era un tema muy abstracto, era poco percibido, no fue tan vital como los otros dos. Esas reuniones se hicieron en unos terrenos enormes, generalmente era un líder de D4 que masivamente reunía la gente para presentar y comparar cosas, una especie de asamblea popular, se involucraron y participaron, que era precisamente el propósito de estas jornadas: el compromiso.

*¿Y se lograba cierta coordinación con instituciones locales?*

Mucha, inevitablemente se agrupaba la junta de vecinos, los clubes deportivos, había distintos niveles de instructores de salud. Como dos años después, nos instalamos en el Barros Luco, en este lugar ya funcionaban tres grupos de abstemios. En este sector se resolvía los problemas en una solución combinada, servicios oficiales junto a servicios comunitarios trabajando en una estrecha red. Luego de cinco años de implementación del programa, el número de clubes de abstemios ascendió a 35.

*Y eso al parecer logró fuerza*

Logró consolidarse en 5 años, no sólo en el área sur sino en otras áreas formando clubes de abstemios.

*Y el programa de privación sensorial ¿Cómo resultó?*

Fue un programa tardío ya que se realizó en el año 71 o 72, no se mantuvo mucho tiempo, pero alcanzó a crear un jardín infantil en la población La Victoria. El conocimiento logró expandirse porque

<sup>6</sup> Ver por ejemplo, Marconi, J. (1976).



usamos plazas, como cursos de verano haciendo ejercicios para evitar la privación sensorial, trabajamos en plazas abiertas 3 horas todas las mañanas. El jardín de La Victoria ha sido exitoso, aún funciona, lleva más de 20 años de existencia.

*¿Las plazas eran lugares abiertos?*

Sí, las plazas con bancos, pasto, trabajaban ahí con 30 niños, se ocupaba todo el espacio.

*Que era el espacio de la comunidad*

Claro, podía verlo la gente, ahí la gente aprendía.

*¿Y ahí había coordinación con personas del área educación, profesores, parvularias?*

Claro, la estructura de la pirámide era distinta, en D1 estaba el psiquiatra infantil y psicólogo, en D2 eran profesionales de apoyo, profesores especialistas y asistentes sociales, D3 eran técnicos auxiliares en salud mental, D4 eran hermanas adolescentes de los niños preescolares; se ve que este programa tenía una estructura de delegación específica. En esto hicieron la tesis de grado Alberto Minoletti y de post grado Alfredo Pemjean<sup>7</sup>.

#### *Descripción del Proceso*

La idea era empezar donde no hubiera ningún servicio de salud y ver cómo la comunidad puede resolver un problema de salud desde sus integrantes y recursos. En el año 68, en el área sur no había ningún servicio social de salud mental, por eso nos fuimos allá; en otras zonas de Santiago o del país había servicios psiquiátricos, optamos por los suburbios que es donde estaban todas las condiciones en contra. Entonces, el millón de habitantes del área sur se trató desde el policlínico Santa Anselma que estaba en la periferia por Gran Avenida, paradero 211/2 y desde ahí empezamos —el 1° de Octubre del 68— a formar primero a través de las consultas, es decir, D5; D5 eran alcohólicos pobladores y mujeres que venían a consultar al hospital, pero si usted va viendo, de repente se da cuenta que algún poblador tiene pasta de líder o es un líder de sindicato, junta de vecinos, de deporte; ahí se iban detectando para

educar para D4. Se les pasa primero las unidades de D5 y después si se interesa, se le forma como monitor y así empieza a trabajar lo antes posible con supervisión de D3. Esto lo hacíamos al comienzo nosotros mismos; nosotros empezamos formando D5, ahí mismo formamos D4 y recién ahí hicimos el curso que le podríamos llamar de los sacerdotes, ellos tenían contacto con algunos clubes de abstemios pero no sabían cómo operar, y después seguimos con D3. Cuando se logra conformar el nivel D3 en la población, el sistema crece como la espuma, ahí se independizó totalmente de D1.

*Usted me cuenta que el 1° de Octubre del 68 empezó esto, ¿cómo fue el proceso de convocatoria, de involucramiento de los actores sociales, cómo se comunicó esta iniciativa?*

Bueno, el programa es sumamente motivador en el sentido que la gente que se mejora del alcoholismo y pasa a ser líder, recae mucho menos que los que no son líderes, entonces, el efecto de demostración ayuda a mejorar otros pacientes, ya que la mejoría se transmite como la pólvora de rápido. Si usted sabe que hay un policlínico donde la gente se mejora, allá va a ir todo el mundo, pero nosotros derivábamos inmediatamente a la periferia con líderes D4. D3 se formó luego y después se hizo puestos para D2 y D1, en síntesis, empezamos con D5 y al final armamos D1 para que pudiera servir al sistema.

*Entonces, el supuesto era que la transmisión entre los pares y miembros de la comunidad era el agente de salud mental.*

Exactamente, el elemento de motivación con la comunidad es ayuda para resolver sus problemas y aquí se encontraron con una técnica que era sencilla, estaba metida en un par de hojas no más, no se necesita mucho tiempo ni recursos, “papel y saliva” decíamos nosotros. Se instalaron esas unidades que corrían como el agua, luego de un tiempo, todo el mundo las conocía.

El alcoholismo es un problema de carácter cultural popular, estrictamente popular, con mayor prevalencia en clases sociales bajas donde hay más problemas. Por otro lado, en el proceso de mejoría, la persona alcohólica genera cambio social en el sentido que el alcohólico toca fondo, sale y una vez que se mejora, hace un apostolado ayudando a otros alcohólicos, es una fuerza que está en la comunidad,

<sup>7</sup> Las tesis mencionadas dieron origen a las siguientes publicaciones: Minoletti, A., Marconi, J., Ifland, S. & Naser, S. (1972); Pemjean A., Montenegro H., Marconi J. & Daniels, G. (1972).

es un movimiento muy fuerte, del cual cabalgamos nosotros, también ocurrió con neurosis y privación sensorial. En realidad, sirve con cualquier enfermedad crónica, en diabetes sería bueno que hubiera líderes y contribuyeran en su comunidad.

*¿Con qué obstáculos se encontró la Psiquiatría Intracomunitaria? Tanto al inicio como en el proceso.*

Obstáculos populares ninguno, obstáculos de tipo universitario un montón, críticas absolutamente negativas tales como “poco científico”, “es como ir de París a Panguipulli”, “la psiquiatría está en París y este tonto se fue a meter a Panguipulli” [decían] cosas de ese estilo, “no tiene suficiente prueba”, lo que sea, el fin era regañar, que “era irresponsable, inmoral no ver enfermos en el hospital psiquiátrico” decía un psiquiatra, o sea yo debía estar metido ahí como todos los psiquiatras de esa época; según ellos era inmoral no estar estudiando crónicos con 20 años de evolución en la mañana para después en la tarde estar en la consulta. La psiquiatría social no existía, esa era la mentalidad del psiquiatra del año 68 y sigue siendo ahora, con un poco más de tratamiento psicofarmacológico pero es la misma cosa, la salud mental es de bajo interés, no atrae porque no trae plata.

*¿Cómo se justificaban esas críticas?*

Se justifican porque si los médicos son dioses, los psiquiatras son dioses al cuadrado, es una posición entendible dentro de lo tecnocrático, velar primero por lo “científico” en vez de lo “popular”, primero está la norma y después ven si se puede hacer algo, primero intentan no exponerse, después ver si se puede ir a una parte a hacer algo, les da terror meterse en la comunidad en el área salud.

*¿Corrió peligro el financiamiento del programa por ese tipo de crítica?*

Financiamiento ¿cuál?, no se financió, lo financiamos nosotros con nuestra presencia, sólo gastamos papel, usamos parte del dinero de otro proyecto para comprar papel, “papel y saliva”, yo tenía una citroneta que estaba al servicio del programa, los otros ponían un poco de por aquí y por acá y bueno, la universidad nos pagaba nuestros sueldos por nuestros cargos en la universidad.

## *Impacto en la Formación Médica Psiquiátrica*

*¿De qué forma se logra modificar la actitud profesional y la relación profesional-destinatario?*

Eso tiene mucho que ver con la formación de pregrado y en otras carreras de la salud como en medicina, así se pretendió en la Reforma Universitaria<sup>8</sup>, la *Medicina Intracomunitaria*.

*¿Se logró formar?*

No. Se discutió en la teoría un proceso que se llevó a cabo, que se diera una solución al problema de la salud, se creó un modelo reproducible: empezaba en primer año con seguimiento de familias en la comunidad, no *un paciente* sino *la familia* sana o supuestamente sana y se seguía esta familia durante toda la carrera, se evaluaba con psicólogos en nivel D4, D3, D2 o D1, a medida que se fuera formando el médico y entonces empezaba a aparecer la patología, se hacía seguimientos semanales o quincenales, es como las redondillas de los indígenas. Ir allá, ver qué pasa, integrarse, ver los intereses de la familia, etc, era participar, como un antropólogo.

*Es una mirada sistémica, como ahora se diría.*

Claro, y sobre eso se iba construyendo ritmo, en el primer año con las ciencias sociales mucho más fuerte que las ciencias biológicas, y a medida que avanza la carrera más anatomía, más tecnología, el alumno en primer año rechaza la comunidad, pero ahí les enseñábamos a vivir en la comunidad, se le quitaba los miedos porque no le había pasado nada, todo lo contrario, las familias lo trataban con postres y canciones, lo integraban.

*¿Y eso se logró implementar?*

Sólo en el Departamento de Psiquiatría Sur (en el nuestro). Lo pudimos hacer en dos secciones, en primero y segundo año. Luego se interrumpió [en el año 73], pero esos alumnos son totalmente distintos a los que salen comúnmente, con un interés y una orientación social totalmente abierta.

<sup>8</sup> Se refiere a un proceso de profundas modificaciones que a fines de los años sesenta se llevó a cabo especialmente en la Universidad Católica y Universidad de Chile.

*Golpe Militar: Interrupción del Programa*

*Tengo entendido que todo este desarrollo fue interrumpido producto del golpe militar.*

No sólo fue interrumpido sino desmantelado, fue totalmente desmantelado. Un psicólogo evaluó a los 5 años, en el 78, y encontró que había muy pocos casos de líderes D4 funcionando ya que habían sido diezmados por la dictadura militar, había mucho menos clubes de abstemios, ya que se impidió la participación popular, había una descoordinación total entre la universidad y lo que quedaba del programa, cualquier cosa que oliera a médico era calificado de terrorista, la participación social se cortó.

*Dicho de otro modo, se corta la participación social y muere el programa.*

Sí porque se atomiza la comunidad.

*¿Institucionalmente también se interrumpió?*

Por supuesto, me hicieron renunciar y se deformó una buena parte de esto<sup>9</sup>.

*¿Cómo se justificó esa interrupción? ¿Qué razones dieron?*

No, si no se justificó, sólo se hizo.

*¿En qué etapa del proceso se interrumpió el programa?*

El programa de alcoholismo llevaba 5 años; era un éxito enorme demostrado. En una investigación que estudió el nivel D5 y D4 se obtuvo un 72% de mejoría con nuestro programa, que, comparándolo con la eficiencia de los tratamientos de antes, arrojaban sólo un 35% de mejoría. Después, en el nivel D3 se hizo un estudio acerca de la mejoría de los alcohólicos obteniéndose un 65%. A su vez, en el nivel D2 y D1 en un trabajo encabezado por Minolletti y Pemjean, encontraron que había tres modelos de programas y el programa integral<sup>10</sup> o intracomunitario, atendía tres veces más a los pacientes que la forma tradicional. En resumen, se midió en todos los niveles la eficacia del programa.

Se demostró en el programa intracomunitario la anatomía interna de la comunidad, nos ayudó a entenderla mejor. Se demostró que ésta puede resolver sus problemas sin nosotros. Se probó que este programa es mucho más eficaz que el sistema oficial, de mucho menor costo y todos los que pasaron por ahí quedaron marcados, nunca se van a olvidar, es una cosa indeleble.

La experiencia central es que hay que sembrar, formar grupos de abstemios; la diferencia con los programas oficiales es que uno va cargándose de problemas, es más caro, se necesitan aparatos caros cualquier cosa cuesta millones de dólares y aquí trabajamos con papel y saliva, la diferencia es impresionante.

*¿Qué se avizoraba para el futuro si no hubiera ocurrido la dictadura militar?*

Tendríamos el mejor programa en salud mental que existe para alcoholismo.

*¿Qué nuevos objetivos o desafíos se intentaba lograr en el año 73, pensando que ya se había desarrollado esta parte de los líderes comunitarios?*

Los desafíos eran temáticos, la estructura se mantenía pero, por ejemplo, se podría haber hecho un programa de epilepsia y en cualquier otra enfermedad crónica. En el año 78 - 79 en la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital Barros Luco, se inició el programa integral de psicosis para tratar esquizofrenia que también tuvo su propia estructura de delegación en la casa del afectado, brindándole ayuda a las personas cercanas.

*¿Y eso también lo encabezó usted?*

Sí, fue parte de la tesis de grado de un becado<sup>11</sup>.

*“Tras bambalinas” digamos.*

Evidente, pero se demostró por ejemplo el índice de hospitalizados bajó de un 36% sin programa integral a un 8% o 6% con el programa. Se formó dentro de la casa un coterapeuta, un pariente que se preocupara de que tome sus medicamentos, de guiarlo, de la rehabilitación, de esta forma, se aplica una es-

<sup>9</sup> En el año 1973 Marconi tuvo que renunciar de su cargo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

<sup>10</sup> Al programa Psiquiatría Intracomunitaria también se le llamó Programa Integral.

<sup>11</sup> Ver Marconi, J., Díaz, J. & Mourgues, C. (1980).



estructura de delegación a un problema grave e invalidante. Finalmente se aplicó este programa en el Open Door<sup>12</sup>, éste era un verdadero matadero social, como una pensión sin propósito, un depósito de enfermos que se morían de frío en las noches de invierno. Bueno, ahí se aplicó el sistema de delegación de funciones en la comunidad del hospital, enfermos, auxiliares, médicos, todos; se hizo rehabilitación masiva con terapia conductual, hasta que la dictadura olió algo y se cortó el programa. Ya llevábamos la mitad de la población metida en el programa, sacando crónicos del hospital hacia las familias, lentamente habían empezado a salir.

*¿Cómo calificaría el impacto que tuvo ese tipo de medidas durante la dictadura militar para el ámbito de la salud mental?*

Totalmente trastocada. La salud mental empezó en Chile, por el año 48 o 50. En el 52 empezó el tema del alcoholismo en las poblaciones y se desarrolló todo un modelo de investigación de prevalencia de alcoholismo en todo Chile; del 73 al 90 no pasó nada, absolutamente nada en salud mental, desarrollo de temas y de servicios: cero. Se volvió a la atención psiquiátrica tradicional; todos los recursos se destinaron para allá. Recién en el 90 hubo un desarrollo bastante explosivo que dio forma al sistema actual que es un poco tecnocrático, aunque está como idea la participación comunitaria, *como idea y no como práctica*; en ese sentido es tecnocrático, es decir, no cuentan el recurso mayor que tienen que es la comunidad.

*¿En el período de la dictadura militar usted vio que de alguna forma se desplazaron los principios de la Psiquiatría Intracomunitaria a otras iniciativas o programas? ¿Podría decirse que sobrevivió en alguna medida?*

Sí, sobre todo jóvenes que tomaron la iniciativa, hubo psiquiatras que trabajaron en la población Los Nogales en Estación Central y en otras poblaciones como la Santa Julia, en varias poblaciones se han hecho cosas chicas usando la pirámide.

*Luego de terminada la dictadura ¿qué pasó? ¿Hubo condiciones para que la Psiquiatría Intracomunitaria volviera a existir?*

No, nos cambiaron el país, el país que teníamos entre el año 68 y 73 era muy distinto. Ahora tenemos otro país, hay una progresión de derecha brutal, ese cambio hace extraordinariamente difícil programas a nivel masivo porque no hay agentes de cambio masivo, cada profesional que se forma ahora está preocupado de ir a Cancún dos veces al año, tener su consulta y tener dos o más autos, internet y todo lo que estamos viviendo, yo diría que estamos en pésimas condiciones para un modelo intracomunitario, salvo lo que está haciendo Sergio Nasser, este sacerdote en la población José María Caro tiene un excelente programa en la iglesia, tiene infraestructura y sacerdotes, los sacerdotes son sociales haya o no haya dictadura. Si usted piensa ¿Cuántos médicos chilenos se presentan para cubrir puestos de atención primaria? Ninguno. Se abren concursos para 70 vacantes y no se presenta ningún chileno, sólo peruanos, bolivianos, entonces ése es el estado de la situación en salud mental que es la antítesis.

*Y en la comunidad tampoco hay muchos líderes comunitarios*

También hubo una decaída enorme.

*Reflexiones en Torno a la Psiquiatría Intracomunitaria*

*Hay algo de esta experiencia que tiene que ver con cómo cada sujeto asume la responsabilidad sobre su salud mental, ahí hay un punto importante ¿Cómo se revierte este papel generalmente pasivo desde el modelo médico (en que hay un paciente atendido por un doctor, quien se hace cargo de su problema y donde el paciente tiene muy pocos conocimientos sobre lo que le pasa, por ejemplo, de las causas de su alcoholismo), hacia un papel muy activo personal y colectivamente?*

Eso se logra cuando ya estaba hecho, nosotros encontramos la estructura de alcohólicos recuperados andando. Había tres clubes de alcohólicos en el área sur, fundados por un sacerdote que trabajó con nosotros, Sergio Nasser, director de la pastoral de alcoholismo y drogadicción quien tiene su sede en el área sur en la José María Caro y fue un personaje

<sup>12</sup> Hospital Psiquiátrico "El Peral".

yo diría mítico de nuestro programa; él estuvo presente en la formación de los sacerdotes y líderes D3, formó buena parte de los clubes del área sur. Si usted escarba, se da cuenta que la gente quiere estar sana y el alcohólico es uno de ellos; para los alcohólicos la mejoría es una liberación y le da mayor sentido de vida ayudar a otro, como ve, aprovechamos todos los recursos que culturalmente van brotando para incorporarlos. Esto fue muy difícil con neurosis, no había soporte popular, no había hábito, las comadres se cuentan los problemas todos los días y se ayudan mejor que los médicos, pero no está muy aceptada dentro de la cultura [la participación como monitoras] y menos en los jardines infantiles, en los jardines infantiles hubo que movilizar a las familias, los líderes D4 eran adolescentes de familia que tienen hermanos chicos preescolares, ahí se les formaba la idea de ayuda a la comunidad y se explicaba la privación sensorial para evitar que a los hermanos les fuera mal en la escuela.

*Otra cosa que veo que quizás estaba muy animada por el contexto social de esa época es una forma de mirarse a sí mismo como un sujeto muy en relación con otro, la actitud de ayuda estaba bastante facilitada en un contexto social como ése, donde había muchas organizaciones sociales, donde no era muy difícil dar el paso desde sanarse uno a educar o intentar sanar al resto.*

Bueno eso es lo que llamaríamos la organización de la comunidad, en ese tiempo yo creo que se llegó a un *peak* como nunca se había dado en Chile por razones estrictamente políticas, se abrió la participación. Especialmente en el primer gobierno de Frei, se armaron todas las juntas de vecinos y la reforma agraria con mucha importancia a la estructura popular. La reforma agraria era tomar la tierra en manos de los campesinos y aprender a explotarla; era lo mismo llevado al campo. Por último, yo creo que estábamos en un país socialista y no nos habíamos dado cuenta, teníamos salud y educación gratis y eso forma también un espíritu de acceso de todo el mundo a la salud y a la educación que antes no se había dado yo diría en forma tan productiva.

*Entonces, la participación fue vital.*

Enorme, fue el vehículo del programa.

Cuando la comunidad tiene un problema siempre busca generar soluciones, ya sea vivienda, agua, alcoholismo, lo que sea y esa fuerza es parte de la salida del

problema. Ahora con la drogadicción que está llegando a Chile, no hay edad suficiente como para estimular líderes que rechacen el consumo, la mayoría son niños y adolescentes con poca actitud paterna o de ayuda a otros, por lo tanto, todavía no hay liderazgo fuerte en drogadicción. Si tomamos el caso de los alcohólicos, los pobladores organizados con la ayuda de Sergio Nasser líder D3, mejoraron en el 65% de los casos en el Salvador y en la población La Victoria, en cambio, los médicos en los consultorios periféricos de atención primaria tienen un 31% de mejoría, es decir, en la comunidad mejora más del doble de los casos, eso pasa en EE.UU. en forma masiva y también aquí en Chile, si se organizaran más clubes de abstemios... Los alcohólicos anónimos tratan dos a tres veces lo que tratan los médicos en EE.UU., cuando se llega a esa masificación del tratamiento no sólo a nivel técnico sino que popular, puede pasar cualquier cosa, la fuerza de la participación es la que da las claves de la mejoría.

Hay un trabajo de Benjamín Vicente<sup>13</sup>, él es un epidemiólogo que estuvo exiliado y volvió a Chile hace un tiempo, ha hecho estudios de prevalencia en varias ciudades de Chile, excelentes trabajos. Ahí se ve que el mayor número de enfermos se encuentra en la provincia de Santiago y del total de patología mental un 16% había consultado en un servicio de salud, ello significa que los servicios de salud tratan un 16% ¿quién atiende el 84% restante? La comunidad es la que procesa el 84%, llámese alcohólicos recuperados, parientes, redes sociales. La comunidad ayuda y da soluciones a los problemas de salud mental; tenemos clubes de abstemios, centro de madres, clubes deportivos, juntas de vecinos que pueden transformar al individuo y el ambiente.

*Sin necesidad de llamarse a sí mismo centro de salud mental.*

No. Son la salud mental.

*¿Por qué?*

Son el fomento de la salud mental en la medida que son responsables del crecimiento personal y el desarrollo de todas las potencialidades que ellos pueden tener; da fuerza para no enfermarse, entrega elementos de apoyo y de información. Por ejemplo, en la población La Victoria se formaron alrededor de los

<sup>13</sup> El psiquiatra Benjamín Vicente trabaja actualmente en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile.

clubes de abstemios *centrales de compras* que consisten en que diez familias se juntan y organizan para comprar mucho más barato todos los alimentos. Asociaciones de obreros de la construcción, clubes de abstemios de adolescentes, etc. La comunidad organizada se convierte en un foco de salud mental.

*Usted mencionaba que hoy día hay algunos ingredientes de modelos más comunitarios frente a la salud mental pero no están lo suficientemente desplegados.*

¿Quién cree usted que soluciona los problemas de la gente? En la última elección Lavín envió ese mensaje y Lagos dijo voy a acoger ese mensaje ¿Lavín o Lagos van a solucionar los problemas de la gente? No, es la comunidad.

El problema a nivel de políticas públicas es que no utilizan los recursos, para utilizarlos hay que acercarse y analizar algo parecido a un sistema de delegación y entrega de poder; pero a los políticos no les gusta mucho entregar el poder; sí lo utilizan como una especie de slogan.

*¿Cómo resumiría la importancia de la participación para la salud mental? ¿Cuál es el rol que tiene la participación comunitaria en beneficio de la salud mental?*

Bueno, es un medio para resolver los problemas. Si yo le pregunto a usted ¿qué hace para el alcoholismo en Chile?; hay un problema que se resolvió en el medio comunitario, se evaluó en todos los niveles, es un hecho histórico. Si me dicen drogadicción, yo digo haga una infraestructura para hacer un buen programa de drogadicción, partan con los clubes de abstemios como los alcohólicos recuperados, que admitan a personas que consumen y rápidamente van a tener menos drogadicción, pero va a tener que adaptarlo para la edad infantil y generar estructuras nuevas de liderazgo. Así con los otros problemas, por ejemplo, la violencia intrafamiliar, usted puede poner ocho profesionales, pero eso no basta, usted tiene que ir a la casa y ver lo que es la violencia intrafamiliar con una postura intracomunitaria por definición, ver al niño, al padre, la madre, todos juntos en redondilla y ahí puede empezar a trabajar.

*Al parecer es necesario que la persona afectada pueda mirar ese tipo de conductas y al verse reflejada puede cambiar.*

Exacto, la idea es crear conciencia, para el alcoholismo es importante saber que somos alcohólicos, lo mismo pasa con la violencia y con la drogadicción. En neurosis, la dificultad es saber qué es lo que tengo, saber lo que me pasa y hacerlo consciente, desde esta óptica, la información es parte del cambio y el poder, poder popular. Una socióloga alemana que nos visitó escribió un libro que se llama *poder popular* a partir de la experiencia nuestra.

*¿Con qué ánimo ve usted el futuro en el ámbito de salud mental?*

Yo lo veo a la larga bueno, si las cosas se resuelven en un 84% en la comunidad, supongamos que llegue a un 50% va a ser carísimo atender esa cantidad, ahí va haber una vuelta al desarrollo de la comunidad.

*A la luz de toda esta mirada histórica que hemos hecho ¿Qué desafíos identificaría para la salud mental actualmente?*

Lo que llaman participación social fuera de la atención psiquiátrica, prevención; violencia infantil, prostitución infantil, tercera edad, la tercera edad será un problema mayúsculo dentro de 20 años si no nos movemos luego, embarazo adolescente, violencia intrafamiliar, etc. Eso hay que tomarlo con un modelo comunitario, no hay otra forma.

## Discusión y Conclusiones: Legado de la Psiquiatría Intracomunitaria Para la Psicología Comunitaria Chilena

### *Contribuciones a la Psicología Comunitaria*

A juicio de los psicólogos comunitarios entrevistados, dos son los principales aportes que pueden desprenderse de la obra de Marconi.

En primer lugar, es considerado como una *figura histórica inspiradora* para el desarrollo de la psicología comunitaria. El valor que tuvo esta figura histórica se hace comprensible si se conoce el contexto social de aquella época. Como es sabido, la dictadura militar instaló una dinámica de temor y prohibiciones en los más diversos ámbitos de la sociedad; la psicología comunitaria en particular, fue objeto de desconocimiento y censura implícita en las universidades por su vinculación al cambio social, el desarrollo de organizaciones y la participación comuni-

taria. Los psicólogos que estaban empeñados en la tarea de impulsar esta disciplina, contaban con muy pocos personajes destacados de nuestro país en el área. El hallazgo de la figura de Marconi, sirvió como modelo desde el que surge la motivación, seguridad y disminución de incertidumbre necesaria para iniciar una modalidad de trabajo innovadora. La obra de esta figura permitió realizar, además, una mirada crítica de los logros alcanzados, distinguir tanto los aspectos positivos como los negativos. Esto entregó pistas para los nuevos caminos que se abrían en aquel presente de los años ochenta.

En segundo lugar, se reconoce en la Psiquiatría Intracomunitaria de Juan Marconi, un *legado metodológico para la intervención en la comunidad*. En la etapa de desarrollo de la psicología comunitaria, se reconoce la escasez de modelos de intervención exitosos tanto para la inserción como intervención en las comunidades. Gracias a las publicaciones acerca del sistema de delegación de funciones y de los resultados de las evaluaciones efectuadas, la Psiquiatría Intracomunitaria se constituyó en una metodología que orientó el trabajo comunitario realizado en la década de los ochenta.

Profundizando en las contribuciones del Programa Integral al acervo de modalidades de intervención en la psicología comunitaria, resalta el carácter *vanguardista* que tuvo en una serie de aspectos. Muchos de ellos, hoy forman parte de las características “naturales” de las intervenciones comunitarias. Los aspectos que pueden distinguirse son:

1. Creación de nuevos lugares de atención en problemas de salud mental: en la Psiquiatría Intracomunitaria se sumó al consultorio u hospital, el espacio de la comunidad como lugar de trabajo y atención. Claro ejemplo de esto es la utilización de las plazas públicas como lugar de enseñanza en estimulación temprana en el programa de privación sensorial con preescolares, o bien, la utilización de sedes sociales para las jornadas populares de salud mental que se llevaron a cabo.
2. Rol activo de la comunidad: se buscó traspasar conocimientos y destrezas tradicionalmente acotados en el espacio académico o profesional, hacia integrantes de la comunidad. Esta modalidad estimula un sentimiento de mayor control sobre las condiciones de vida y un rol más activo en el enfrentamiento y solución de las problemáticas de salud mental. Esto último debido a que la apropiación de tales destrezas y conocimientos se traducen en una herramienta de autoayuda y ayuda mutua entre los miembros de

la comunidad. Asimismo, esto contribuye a disminuir la relación de dependencia y desconocimiento que las modalidades psiquiátricas tradicionales generan con la comunidad.

3. Creación de la figura de monitores en salud: según el conocimiento de los psicólogos entrevistados, puede atribuirse a la Psiquiatría Intracomunitaria, la formalización del rol de monitor y el logro de un reconocimiento social de parte de la comunidad hacia éste. El rol de monitor constituyó un aporte al repertorio de estrategias en intervención comunitaria, modalidad que según los entrevistados, recién en las políticas de salud definidas desde el año 90, ha recuperado un reconocimiento institucional. Un rasgo característico del rol de monitor es la instauración de un trabajo conjunto entre la comunidad y el equipo de intervención. Este recurso se potencia en la medida que el equipo profesional entrega herramientas técnicas para que sea el monitor quien diagnostique y enfrente problemas de salud mental de mediana gravedad en su radio de acción.
4. Mirada psicosocial en la comprensión de las problemáticas de salud mental: el programa aludido, constituye una de las primeras experiencias en que se aborda desde la psiquiatría, la salud mental con principios explicativos distanciados de la postura intrapsíquica o netamente conductual. El mensaje que recibía el nivel D5 a través de las unidades de adiestramiento, identificaba las condiciones de vida cotidiana –psicológicas y sociales– como un importante factor influyente en la generación de problemas de salud mental. Puede observarse en esta experiencia, una semilla de la postura psicosocial que en la década de los ochenta tuvo un amplio desarrollo en nuestro país. A juicio de los entrevistados, es destacable que este cambio relativo a las concepciones de salud y enfermedad se haya intencionado simultáneamente en el medio académico, el espacio de atención de salud y en los miembros de la comunidad.

#### *Contribuciones Para el Sistema de Atención en Salud Mental*

La delegación de conocimientos y destrezas a la comunidad trajo como beneficio el ahorro de recursos económicos y humanos para los sistemas de salud. Hasta esa época, los sistemas de salud mental recibían una enorme cantidad de consultas correspondientes a distintas problemáticas y diversos niveles de gravedad que requerían, a su vez, diversos



tipos de tratamiento, recurso humano y material. Esta masa indiferenciada de consultas que asumía el sistema, lo mantenía atochado y la cobertura de atención en salud mental era insuficiente<sup>14</sup>. Bajo la modalidad de la Psiquiatría Intracomunitaria, se logró trasladar la atención de problemáticas de leve y mediana gravedad al espacio comunitario, contribuyendo a que las problemáticas de mayor gravedad se concentren en los establecimientos hospitalarios. Los entrevistados destacan tres ventajas de esta racionalización y diferenciación de la atención de salud: ampliación de la cobertura de salud mental mediante la utilización de acciones y actores diversificados, mejoramiento de la calidad de la atención e incorporación del trabajo preventivo en salud mental en las instituciones de salud para y con la comunidad.

Considerando que actualmente en Chile existe la necesidad de idear mecanismos que permitan una cobertura suficiente a las demandas de atención en el sistema público de salud por un lado y que ofrezcan una atención fluida y efectiva por otra, la lógica de administración creada por Marconi cobra vigencia y pudiera ser un modelo sugerente e inspirador.

#### *Impacto en la Disciplina Psiquiátrica*

Con el tipo de metodología creada por Marconi, se observa a la psiquiatría compartiendo junto a la psicología, la medicina y enfermería —por mencionar algunas disciplinas académicas participantes— el marco conceptual de *salud mental* haciéndose cargo de problemas de menor gravedad que los tradicionalmente atendidos por la psiquiatría, pero, masivos y relevantes para la población. Inclusive, con la generación de una intervención en privación sensorial, se contribuyó a ampliar la cantidad de áreas en que la psiquiatría puede ofrecer aportes teóricos y metodológicos.

La existencia de la Psiquiatría Intracomunitaria sin embargo, no logró permear las políticas y leyes en salud mental pública por un lado, ni la perspectiva teórica y metodológica de la formación psiquiátrica por el otro. Marconi en esta entrevista atribuye esto al golpe militar en tanto interrumpió el programa y desarticuló la capacidad de organización social existente. Para enriquecer la comprensión de la psiquiatría comunitaria, sería interesante que futuros

trabajos de indagación histórica se avoquen a profundizar en los motivos por los que esta perspectiva no tuvo la influencia esperada.

#### *Evolución y Consecuencias Probables de la Psiquiatría Intracomunitaria*

Al realizar una mirada histórica de la Psiquiatría Intracomunitaria, se observa un corte artificial de su proceso a causa del golpe militar. En la entrevista a los psicólogos, se dio de forma espontánea la especulación acerca de las consecuencias y la evolución natural que hubiera tenido esta experiencia. Se ha considerado relevante incluir este análisis ya que permite rescatar desafíos al reconocer la dimensión y el valor de lo que se perdió.

Los entrevistados identifican muchas consecuencias positivas posibles. En primer término, sostienen que hoy existiría mayor número de iniciativas comunitarias en niveles locales con impulso estatal; esto demuestra que se requiere mayor reconocimiento de parte del estado a la participación como estrategia para intervenir de manera conjunta e integral en las problemáticas de salud mental.

Postulan además, que la Psiquiatría Intracomunitaria pudo conducir por un parte, a una reforma radical en la formación y desarrollo de la psiquiatría en el ámbito universitario y a un mayor impulso estatal a la atención psiquiátrica alternativa a la hospitalización, por otro. El escenario imaginado surge tomando en cuenta el contexto de crítica que un gran número de países estaba desarrollando al sistema de hospitalización como tratamiento a los problemas de salud mental. En nuestro país, este movimiento no alcanzó la fuerza necesaria para reformar la modalidad psiquiátrica tradicional en el sector público. Afirman que si bien durante la dictadura la psicología comunitaria logró un importante desarrollo, no se apreció una psiquiatría con orientación comunitaria. Tal como Marconi lo sostiene, la temática de salud mental quedó abandonada y sólo desde el inicio de la década del noventa, ha comenzado a rescatarse un enfoque y metodología comunitaria que aún falta mucho por desarrollar.

En síntesis, la Psiquiatría Intracomunitaria, constituyó una modalidad de intervención en alcoholismo, neurosis y privación sensorial, todas ellas problemáticas de salud mental. Las evaluaciones del programa demostraron disminución en la prevalencia de estas problemáticas. La iniciativa estableció una metodología de intervención que quedó disponible para quienes continuaron trabajando con

<sup>14</sup> Ver el diagnóstico que Marconi hace de la relación entre la demanda de atención en salud mental y la disponibilidad del recurso profesional a inicios de los años setenta en: Marconi, J. (1976).



problemáticas psicosociales desde una perspectiva comunitaria. Efectivamente, esta metodología fue inspiradora para quienes en la década de los años 80 en nuestro país, comenzaron un trabajo comunitario con escasez de referentes de intervención exitosos.

Finalmente, cabe destacar la forma en que la Psiquiatría Intracomunitaria barajó los recursos disponibles en su momento histórico, cultural, político y social. En el diseño e implementación del programa, se logró la incorporación activa de características que espontáneamente habían surgido en la comunidad, por ejemplo, una infraestructura de participación y organización social y la predominancia de la transmisión oral para el traspaso del conocimiento. Todos estos aspectos se potenciaron gracias al contexto de democratización social y la gestación de una conciencia en el medio universitario que privilegió la transmisión y aplicación del conocimiento científico al sector social más necesitado. El mérito atribuible a Marconi y su equipo, fue el logro de una *confluencia organizada de los recursos*, incluyendo la capacidad para detectar y activar aquellos que provenían tanto de la comunidad, como del ámbito institucional de salud y el universitario. Esto fue un factor crucial en la efectividad demostrada por el programa.

## Referencias

- Marconi, J. (1971). Programa psiquiatría intracomunitaria en el área sur de Santiago: Bases teóricas y operativas para su implementación (1968-1970). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 4, 255-264.
- Marconi, J. (1973). Revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1, 17-33.
- Marconi, J. (1976). Política de salud mental en América Latina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 4, 277-281.
- Marconi, J., Díaz, J. & Mourgues, C. (1980). Programa integral para esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 3, 211-222.
- Marconi, J. & Muñoz, L. (1970). Investigación epidemiológica en América Latina: Investigación epidemiológica en salud mental en Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 2, 115-125.
- Medina, E. & Marconi, J. (1970). Prevalencia de tipos de bebedores entre la población adulta mapuche de las reservas en la provincia de Cautín. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 3, 273-285.
- Minoletti, A., Marconi, J., Ifland, S. & Naser, S. (1972). Programa intracomunitario de neurosis: Un modelo tentativo de prevención secundaria en adultos, comunicación preliminar. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 18(1), 15-21.
- Pemjean, A., Montenegro, H., Marconi, J. & Daniels, G. (1972). Privación sensorial: Un programa preventivo intracomunitario para preescolares de clase obrera urbana. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 11(2), 434-444. Posteriormente publicado en 1973 en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19(2), 109-118.