

**PREJUICIOS SOBRE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN
ESTUDIANTES DE UN INSTITUTO RURAL
DE FORMACIÓN SUPERIOR**

Aruma Tellería y Félix Vía
Universidad Católica Boliviana

El cuidado de salud mental y atención a los problemas relacionados con ella, rara vez ocupan un lugar destacado a las preocupaciones de los profesionales de la conducta en nuestro país. La relación entre estos profesionales y los servicios de salud mental especializados es aún insuficiente y hasta problemática.

La atención de la salud se ha centrado más en la recuperación y/o rehabilitación de la enfermedad, que en la prevención de los factores de riesgo y la promoción de conocimientos, hábitos y estilos de vida que permitan y condicionen un desarrollo más armónico de las personas.

Por ello, se considera que la respuesta integral a los problemas de salud debe ser transdisciplinaria, en base a una autoevaluación de sus posibilidades y potencialidades; esto debido a que se toma la salud como consecuencia condicionante del desarrollo integral de las personas (Levav, 1992, pp.26, 33).

De acuerdo con Casal (citada por Abruzzese, De la Quintana, Bejarano, 1989), la situación de la salud mental de la población indígena en Bolivia tiene relación con las condiciones de pobreza, marginación y violencia que sufren. El desarrollo de un programa de salud mental debe tener bases conceptuales que integren en su objetivo el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores en su dimensión física, psicológica y cultural. Esto implica un

equilibrio entre los aspectos somáticos y psicológicos de la persona, el logro de relaciones armónicas dentro del contexto social, familiar y comunitario y la reafirmación de la propia identidad.

La salud mental, para el Departamento Nacional de Salud Mental de La Paz, tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera cómo cada uno se relaciona en las actividades recreacionales, en el contacto diario con los demás y en general en la comunidad. Comprende la manera en la que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

La psiquiatría en el contexto de la medicina, define a la salud mental como “el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando no solo su crecimiento y bienestar individual, sino el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de vida de la población conforme a sus particularidades” (Dávila, 1995).

Tomando en cuenta esto, el Plan Nacional de Salud Mental establece lineamientos para ofrecer a las poblaciones servicios integrados en la Atención Primaria, siendo uno de ellos la salud mental cuya importancia en la atención nace a la realidad asistencial, ya que el 20 por ciento de los pacientes que visitan los centros asistenciales presentan problemas psiquiátricos o psicológicos significativos.

En Bolivia, la salud mental fue reducida a la salud pública, debido a las concepciones cualitativas y biologicistas, producto de la dialéctica científico natural, que ha contribuido a la indiferencia de la persona y de su calidad de vida.

Esta actitud unilateral influyó en los programas de salud, perjudicando el enfoque integral del hombre enfermo, motivo por el cual, no se ha dado la debida importancia a la calidad de vida de los ciudadanos con relación a la salud mental en nuestro país (Hollweg, 1982).

En cuanto al ámbito social se habla de salud mental comunitaria que implica el desarrollo general de los aspectos psicosociales y conductuales, la percepción de la salud y la calidad de vida por parte de la población, la forma con que se cubren las necesidades básicas y se aseguran los derechos humanos y la atención de trastornos mentales.

Culturalmente se habla de la salud mental en términos de tradiciones arraigadas a una nación, tradiciones en las que se incluyen los curanderos, brujos, yatiris, etc.; a fin de proporcionar y velar por la salud mental de su población.

Cada vez es mayor la atención internacional dedicada a la salud mental, sin embargo, a juicio de los especialistas de la OMS queda mucho por hacer, y ningún sector social ni ninguna persona están exentos de los trastornos mentales, y su repercusión en los planos psicológico, social y económico.

Cerca de 400 millones de personas en el mundo sufren trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso de alcohol y drogas. De cada cuatro personas que buscan ayuda en los servicios de salud, una al menos padece alguno de esos trastornos, que a menudo no se diagnostican correctamente y, en consecuencia, no se tratan adecuadamente. Si bien los profesionales de la salud mental cuentan con remedios para tratar muchos trastornos y lograr que las personas con problemas mentales o neurológicos puedan desarrollar su vida y actividad en la comunidad, ésta sigue levantando barreras para su integración.

Las políticas que busquen la salud mental de la comunidad orientarán sus esfuerzos hacia el logro de la participación comprometida del grupo social objetivo, sin perder de vista la

importancia de la individualidad, de esta manera se irá cumpliendo el ideal “una salud mental con todos y para todos” (Dávila, 1994).

La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social.

Para hablar del concepto de salud mental es menester hacer referencia primero al concepto de salud propiamente dicha, que etimológicamente viene del latín *salus*, entendida como “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Davini, Gellon de Salluzi, Rossi, 1978).

Sin embargo, “El concepto de salud esta perdido, porque no puede ser utilizado como único ni como uniforme, se lo debe relacionar con los aspectos individuales de cada persona” (Davini, Gellon de Salluzi, Rossi, 1978, p.34).

En Psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y esta logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Davini, Gellon de Salluzi, Rossi, 1978).

En este sentido la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de

la vida. La salud mental depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en que forma uno responde a las demandas de la vida.

La falta de conocimientos sobre la demanda de servicios de salud mental crea una serie de prejuicios en cuanto a que la gente no responde a dichos servicios como asistir a un psicólogo, puesto que existen limitaciones tanto individuales y socio-culturales.

El origen del prejuicio y sus causas han sido buscadas tanto en factores psicológicos o internos al individuo como factores interpersonales y sociales; entre las causas ubicadas en el funcionamiento psicológico de las personas estarían la necesidad de estructurar y simplificar nuestra visión de la realidad, o la de dar salida a nuestros conflictos psíquicos mas profundos.

Entre las causas interpersonales puede incluirse el deseo de relacionarnos con personas que tengan las mismas ideas que nosotros. Por último, un ejemplo claro de los orígenes sociales del prejuicio sería la pertenencia a un grupo que tiene intereses diferentes o antagónicos a los de otros grupos.

Una actitud se considera como una tendencia evaluativa hacia algún objeto socialmente relevante, en el caso de prejuicios serían los grupos sociales y sus miembros. La asociación entre el objeto de actitud y la evaluación esta basada en tres procesos diferentes que pueden darse simultáneamente, aunque lo más frecuente es que varíen en intensidad.

En primer lugar, una persona puede realizar una evaluación negativa (o positiva) de un determinado grupo u objeto por que posea un conocimiento amplio y detallado de las características de ese grupo, en este caso la falta de conocimiento hacia la asistencia a un psicólogo genera que la gente tenga en su mayoría una actitud hacia dichos servicios. (componente cognitivo de la actitud). En segundo lugar, la evaluación puede basarse en experiencias afectivas, positivas o negativas, con los miembros de ese grupo (componente

afectivo). Y por último, la evaluación puede proceder de una serie de implicaciones conductuales con los miembros del grupo en cuestión (componente conductual), por ejemplo, alguien tiene una actitud determinada hacia un grupo social (psicólogos) como consecuencia de interactuar junto a miembros de ese grupo. Los tres componentes de la actitud coinciden en una cosa: Todo son evaluaciones del objeto de actitud (el conocimiento puede ser favorable o desfavorable, los afectos positivos o negativos y las conductas de acercamiento o de evitación y rechazo). (Morales y Cols; 1994).

Las actitudes suelen ser estructuras relativamente estables en la memoria y desempeñan la función primordial de orientar a la persona hacia el objeto de actitud que hace referencia (Fazio, 1989). Cuando se trata de la conducta (generalmente negativa) que una persona tiene hacia otra en virtud o categoría social a la que pertenece el término utilizado es la discriminación.

Allport, en su obra la “*Naturaleza del Prejuicio*” (1954), define el prejuicio como “Pensar mal de los otros sin suficiente justificación” (p.7) y aunque reconoce explícitamente que puede haber prejuicios negativos y positivos (es decir, que prejuicio también significa pensar bien de los demás sin que haya justificación suficiente), establece una clara asociación entre estereotipos y prejuicios.

Según Allport (1954, p.13), en todo prejuicio hay que distinguir dos componentes: La actitud favorable o desfavorable (lo que hemos venido denominando específicamente prejuicio), y las creencias sobregeneralizadas (el estereotipo)¹. Para este autor casi siempre los dos componentes están presentes, dado que será muy difícil mantener una actitud de hostilidad hacia un grupo sin que hubiera aparejadas unas creencias referentes al grupo como totalidad.

¹ Generalización simplificada, rígida y comúnmente aceptada con respecto a una persona o grupo, o sobre un aspecto de la estructura social o programa social.

No obstante, diferentes psicólogos sociales han llamado la atención sobre las consecuencias negativas que la asociación estereotipo-prejuicio ha tenido sobre la investigación y conceptualización de los estereotipos. Al centrarse en los estereotipos negativos, o al vincularlos con el prejuicio, se ha tendido a considerar que los estereotipos, y mas concretamente el proceso de estereotipia², es algo negativo o defectuoso por definición, pues se suelen aprender de manera incorrecta, consisten en sobregeneralizaciones o simplificaciones y son rígidos y resistentes a la evidencia (Ashmore y Del Boca, 1981).

La salud mental pareciera una parte de las ciencias de la salud a la cual la sociedad todavía no le da la importancia que realmente tiene. Por parte de los gobiernos, no parecen destinarse recursos suficientes, tanto para la atención como para la formación de profesionales. Por parte del hombre común, reaccionando desde los mitos y los prejuicios, y renunciando al bienestar que la atención profesional puede brindar. Desde el punto de vista profesional hay un avance muy grande en todos los conocimientos, un intento por comprender los fenómenos que afectan a la salud mental de las poblaciones. De manera que nos estamos moviendo en un sentido positivo. Pero desde el punto de vista de la gente común hay todavía muchas reticencias frente a la enfermedad mental.

Esto sucede debido a que la enfermedad mental está mal vista. Por desconocimiento, está envuelta -en el peor de los casos- en una trama donde se mezcla la idea de pecado, de posesión y cosas por el estilo.

Otros piensan que la persona afectada por estas enfermedades podría evitarlo mediante un esfuerzo de la voluntad, y si no lo hace, es culpada y mal vista. Esto hace que la gente común se muestre reticente a recurrir a los profesionales de la salud mental. Sobre todo en personas viejas, la respuesta "yo no estoy loco" es muy frecuente cuando se les dice que podrían acudir, por ejemplo, al psicólogo.

² Patrón típico de las respuestas emocionales de cada sujeto que éste desarrolla ante determinadas circunstancias.

Por todo lo planteado anteriormente, lo que se quiere investigar, es determinar el nivel de prejuicios sobre la demanda de servicios de salud mental (Psicólogo) en los estudiantes de un Instituto Rural de Formación Superior.

MÉTODO

Participantes. Participaron en dicha investigación 483 estudiantes de ambos sexos de un total de 584, todos ellos forman parte de una Institución Rural de Formación Superior, pertenecientes al Pre Universitario, carreras de Enfermería, Veterinaria, Pedagogía y Agronomía. Es necesario citar que todos provienen de diferentes provincias de los Departamentos de La Paz, Cochabamba, Chuquisaca, Potosí, Oruro y Beni, cuyas edades están comprendidas entre los 16 y 44 años.

Ambiente. El ambiente donde se realizó dicho cuestionario, fue en las aulas de la Institución Rural de Formación Superior, la misma que contaba con la comodidad necesaria para desarrollar el mismo.

Instrumentos. Para la selección de los instrumentos, el criterio que se utilizó, fue la búsqueda de algún elemento que brindara la información que se necesitaba para tener una idea más clara de la posición de los y las estudiantes frente a los servicios de salud en este caso hacia el Psicólogo.

La presente investigación empleó un cuestionario que consta de veinte estímulos reactivos, medido con el Escalamiento tipo Likert, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exteriorice su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le signa un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final su puntuación total,

sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Además, se utilizó otro tipo de recolección de datos, planteado en una pregunta cerrada, es decir una pregunta que contiene alternativas de respuesta que ha sido delimitada, esta es dicotómica (dos alternativas de respuesta). (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Procedimiento. La aplicación del cuestionario ocupó aproximadamente tres semanas, el llenado de cada cuestionario ocupó un tiempo de 10 a 15 minutos por curso, la aplicación del mismo tuvo cuatro fases:

Fase 1. Se inició informando a la máxima autoridad de la Institución Rural, sobre el objetivo de la investigación y el uso de instrumentos que se iban a aplicar para alcanzarlo; por lo tanto, el cuestionario fue de conocimiento de la mencionada autoridad y luego pasar a la aprobación. Asimismo, dicho cuestionario fue de conocimiento de los diferentes Jefes de Carrera, coordinando los tiempos, metodología y aplicación.

Fase 2. Esta fase, tuvo como finalidad el contacto con la población universitaria y la aplicación del cuestionario.

Fase 3. Una vez realizado el levantamiento de datos, se procedió a la tabulación de los mismos.

Fase 4. Elaboración, descripción y posterior análisis, conclusión y discusión de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

La presente investigación buscó conocer la actitud de los estudiantes de la Institución Rural de Formación Superior hacia los servicios de salud mental (Psicólogo), cuyos resultados son presentados a continuación.

Tabla 1: Distribución porcentual del Prejuicio según Género

Tabla de contingencia Prejuicio * Género					
			Género		Total
			Femenino	Masculino	
Prejuicio	Prejuicio Bajo	Recuento	18	2	20
		% de Prejuicio	90,0%	10,0%	100,0%
	Prejuicio Medio	Recuento	207	217	424
		% de Prejuicio	48,8%	51,2%	100,0%
	Prejuicio Alto	Recuento	10	29	39
		% de Prejuicio	25,6%	74,4%	100,0%
Total		Recuento	235	248	483
		% de Prejuicio	48,7%	51,3%	100,0%

En la Tabla 1, se puede observar que el prejuicio hacia el psicólogo en el rango bajo es mayor con un 90% en el género femenino en comparación al género masculino con un porcentaje de 10%, esta siendo muy significativa.

En el rango de prejuicio medio existe un porcentaje de 51.2% en el género masculino, este siendo mayor pero no significativo en relación al género femenino con un porcentaje de 48.8%.

En el rango de prejuicio alto se puede observar que el mayor porcentaje pertenece al género masculino con un 74.4%, siendo este muy significativo en relación al género femenino con un porcentaje de 25. 6%.

Tabla 2: Distribución porcentual del prejuicio, según edad de la muestra

Tabla de contingencia Prejuicio * Edad								
			Edad					Total
			menos de 20 años	entre 21 a 25 años	entre 26 a 30 años	entre 31 a 35 años	Entre 41 a 44 años	
Prejuicio	Prejuicio Bajo	Recuento	9	9		2		20
		% de Prejuicio	45,0%	45,0%		10,0%		100,0%
	Prejuicio Medio	Recuento	163	227	27	6	1	424
		% de Prejuicio	38,4%	53,5%	6,4%	1,4%	,2%	100,0%
	Prejuicio Alto	Recuento	9	24	6			39
		% de Prejuicio	23,1%	61,5%	15,4%			100,0%
Total		Recuento	181	260	33	8	1	483
		% de Prejuicio	37,5%	53,8%	6,8%	1,7%	,2%	100,0%

En la tabla anterior se puede observar que el prejuicio bajo es mayor en estudiantes comprendidos entre 21 a 25 años y menos de 20 con un porcentaje de 45%, en relación a los estudiantes comprendidos entre 31 a 35 años de edad que abarcan solamente un 10%, siendo este muy significativo.

En el rango de prejuicio medio se puede observar que las edades entre 21 a 25 años es mayor con un 53.5% en relación a las edades comprendidas entre 26 a 30 años con un porcentaje de 0.2% siendo esta diferencia muy significativa.

En el rango de prejuicio alto se puede observar que el porcentaje mayor es de 61.5% perteneciente a las edades entre 21 a 25 años, siendo esta mas alta y significativa que en las edades comprendidas entre 26 a 30 con un 15.4%.

Tabla 3: Distribución porcentual del prejuicio, según la carrera a la que pertenecen los sujetos de la muestra

Tabla de contingencia Prejuicio * Carrera								
			Carrera					Total
			Pre Universitario	Enfermería	Pedagogía	Agronomía	Veterinaria	
Prejuicio	Prejuicio Bajo	Recuento	2	5	5	4	4	20
		% de Prejuicio	10,0%	25,0%	25,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	Prejuicio Medio	Recuento	75	73	118	112	46	424
		% de Prejuicio	17,7%	17,2%	27,8%	26,4%	10,8%	100,0%
	Prejuicio Alto	Recuento	5	4	9	12	9	39
		% de Prejuicio	12,8%	10,3%	23,1%	30,8%	23,1%	100,0%
Total		Recuento	82	82	132	128	59	483
		% de Prejuicio	17,0%	17,0%	27,3%	26,5%	12,2%	100,0%

En la tabla 3, se puede observar que las carreras de Enfermería y Pedagogía con un 25% tienen un mayor porcentaje, en el rango de prejuicio bajo, esto en relación a la carrera de Pre Universitario que obtuvo un porcentaje de 10% siendo esta muy significativa.

En el rango de prejuicio medio la carrera de Pedagogía presenta un porcentaje de 27.8% siendo muy significativa en relación a la carrera de Veterinaria con un porcentaje de 10.8%.

En el rango de prejuicio alto se puede observar que la carrera con mayor porcentaje es la carrera de Agronomía con un 30.8% siendo esta significativa en relación a la carrera Enfermería con un 10.3%.

Tabla 4. Distribución porcentual del prejuicio de la muestra según su procedencia

Tabla de contingencia Prejuicio * Procedencia											
			Procedencia								Total
			Provincia Murillo	Provincia Nor Yungas	Provincia Sud Yungas	Provincia Caranavi	Provincia Larecaja	Provincia Franz Tamayo	Otras de La Paz	Otros Departamentos	
Prejuicio	Prejuicio Bajo	Recuento	8	4		4		2	1	1	20
		% de Prejuicio	40,0%	20,0%		20,0%		10,0%	5,0%	5,0%	100,0%
	Prejuicio Medio	Recuento	101	153	14	61	40	13	18	24	424
		% de Prejuicio	23,8%	36,1%	3,3%	14,4%	9,4%	3,1%	4,2%	5,7%	100,0%
	Prejuicio Alto	Recuento	15	9	2	4	4	1	2	2	39
		% de Prejuicio	38,5%	23,1%	5,1%	10,3%	10,3%	2,6%	5,1%	5,1%	100,0%
Total		Recuento	124	166	16	69	44	16	21	27	483
		% de Prejuicio	25,7%	34,4%	3,3%	14,3%	9,1%	3,3%	4,3%	5,6%	100,0%

En la tabla 4, se puede observar que en el rango de prejuicio bajo el mayor porcentaje con un 40% perteneciente a la Provincia Murillo y el porcentaje menor es de 5% perteneciente a otros lugares del departamento de La Paz, siendo este porcentaje muy significativo.

En lo que respecta al rango de prejuicio medio se puede observar que el mayor porcentaje pertenece a la Provincia Nor Yungas con un 36.1% siendo este porcentaje muy significativo en relación a la Provincia Franz Tamayo ya que obtuvo un porcentaje de 3.1%.

La Provincia Murillo con un porcentaje de 38.5% esta dentro del rango de prejuicio alto, este porcentaje es muy significativo en relación a la Provincia Franz Tamayo ya que obtuvo un porcentaje de 2,6%.

CONCLUSIONES

La Institución Rural de Formación Superior, responde a los objetivos trazados desde su inicio, formando profesionales en las carreras de mayor necesidad para la población boliviana, en especial, del área rural.

El crecimiento del número de estudiantes inscritos en el transcurso de más de diez años de existencia de la mencionada Institución Rural, muestra que la población estudiantil y sus familias conocen de su existencia, su alto grado de formación humana, académica y profesional y su accesibilidad espacial y económica.

Pese a que en primera instancia fue destinada a la formación de estudiantes de la región de los Yungas, su acreditación hizo que se amplié a estudiantes de la ciudad de La Paz y El Alto y otros Departamentos de Bolivia, donde existen otras Unidades Educativas a nivel profesional.

La presente investigación ha cumplido con los objetivos planteados, llegando a las siguientes conclusiones:

Existen prejuicios hacia los servicios de salud mental (Psicólogo) en mayor número en el sexo masculino entre los 21 a 25 años de edad, estudiantes provenientes de las ciudades de La Paz y El Alto (Provincia Murillo) y que cursan las carreras de Agronomía y Veterinaria. Respecto al número de mayor predisposición en la demanda de los servicios de un Psicólogo, se ha determinado como universo potencial a las estudiantes del género

femenino menores de 20 años, provenientes en general del área de los Yungas y que cursan el Pre Universitario y las carreras de Enfermería y Pedagogía.

Se puede deducir de estas conclusiones generales, que el sexo masculino proveniente en su mayoría de la región del altiplano, una vez superada la etapa Pre Universitaria y de adaptación (21 a 25 años), se consideran autosuficientes “resolviendo” sus propios problemas sin ayuda alguna.

En cambio, las estudiantes del género femenino menores de 20 años, provenientes de una región diferente (Yungas) y que generalmente son las que recién están ingresando a la Institución Rural, son las que manifiestan la necesidad de mayor apoyo y atención asistida.

Esta deducción general se corrobora con la medición de abandono de los estudiantes a la Universidad, que recae en la etapa Pre Universitaria.

Analizados los reactivos tanto a nivel cognitivo, afectivo y conductual, también muestran lo mencionado anteriormente, donde la prestación de servicios y atención de parte de un Psicólogo, es de vital importancia en la primera etapa de contacto con la Universidad.

Mediante la atención personalizada a los estudiantes, se pudo conocer que a pesar del rechazo hacia el Psicólogo expresado a través del cuestionario, los estudiantes de sexo masculino también requieren de este servicio, como se ha evidenciado en las sesiones donde a través de la interiorización de sentimientos, posturas socio culturales, creencias irracionales, relacionamiento e influencia de los demás, dan a conocer otra versión sobre esta asistencia, por lo que puedo afirmar sin lugar a dudas que la ambivalencia de criterios, hace que sea importante contar permanentemente del trabajo que debe prestar el Psicólogo.

Por lo expresado, es que se debe incidir con mayor preponderancia en la categoría afectiva ya que es muy alto el porcentaje de prejuicios, trabajando sobre todo en uno mismo, como se siente frente a otras personas y en que forma uno responde a las demandas de la vida.

La necesidad de ser escuchados y apoyados en el momento oportuno, repercutirá de gran manera en que su estadía, estudios, relacionamiento y actitudes personales de vida, que serán de beneficio pleno.

El desarrollo de los talleres interactivos en grupos y las diferentes temáticas solicitadas para su abordaje -tanto por los estudiantes del Instituto Rural de Formación Superior y los alumnos de la Unidad Educativa existente en la zona, han servido para lograr un mayor acercamiento, conocer el grado de conocimiento de la temática y la profundización del mismo, logrando una definición colectiva y el compartir sus experiencias, han enriquecido los talleres, dejando en cada uno de los participantes la libertad para tomar, ejercer y afrontar sus propias decisiones.

Es necesario crear tanto en el Instituto Rural de Formación Superior y la Unidad Educativa de la zona, otros espacios con actividades extra curriculares donde los estudiantes y los alumnos puedan encontrar alternativas de interacción grupal en base a talleres de talentos y aptitudes como la música, el canto, juegos, etc., con el fin de permitirles su tiempo libre y así fortalecer sus talentos y disminuir sus debilidades.

La socialización de los estudiantes en ambientes informales, servirá para plantearse programas y planes que vayan a reforzar la permanencia, la ansiedad y la depresión que sienten al estar lejos de su propio entorno y reforzar el objetivo específico de la Universidad que es dotar profesionales del campo para el campo, que sin duda será de beneficio para sus propias comunidades como para el país.

REFERENCIAS

Alarcón R. (1986); “Alternativa de Asistencia Psiquiátrica en Bolivia”. Sucre: Instituto Nacional de Psiquiatría “Gregorio Pacheco”.

Allport. (1954); “Naturaleza del Prejuicio”. Buenos Aires: EUDEBA

Dávila, H. (1994); “La Salud mental. Difusión en Investigación”. Ministerio de Desarrollo Humano –Secretaría Nacional de Salud”. p. 7, 11-15.

Dávila, H. (1995); “Departamento Nacional de Salud Mental”. Boletín de PREID.

Davini, Gellon de Salluzi, Rossi. (1978); “Psicología General”. Argentina: Kapelusz.

Documentos Archivos U.A.C.- C.P (2002). Bolivia.

Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2003). “Metodología de la Investigación”. México: McGraw – Hill.

Hollweg, M.G. (1982); “Un Nuevo Modelo de Salud Mental en Bolivia”. Primer Seminario Taller de Salud Mental. Santa Cruz: Fundación Centro de Salud Mental.

Levav, I. (1992); “Temas de Salud Mental en la Comunidad”. Washington D.C.: Organización Panamericana de Salud.

Levav, I. (1995); “Salud Mental en el Mundo: Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos”. Oxford: Organización Panamericana de Salud.

Ministerio de Desarrollo Humano; Secretaría Nacional de Salud; S.N.S.; PREID. “La Salud Mental”. Bolivia.

Ministerio de Prevención Social y Salud Pública (Gestión 1985-1991). Actividades del Dpto. Nacional de Salud Mental. Dirección Nacional de Epidemiología. La Paz.

Ministerio de Prevención Social y Salud Pública. Departamento Nacional de Salud Mental (1987). V Seminario Nacional de Salud Mental. Atención Primaria en Salud Mental OPS/OMS-UNICEF.

Morales, J., Moya, M., Revolloso, E., Fernandez, J., Huici, C., Marquez, J., Parz, D. y Perez, J. (1994); "Psicología Social". Madrid: McGraw – Hill.

Plan Nacional de Salud Mental. (1985). Santa Cruz: IV Seminario Taller de Salud Mental.