

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.

2.1. Marco normativo.

2.1.1. La persona humana y los fines del Estado

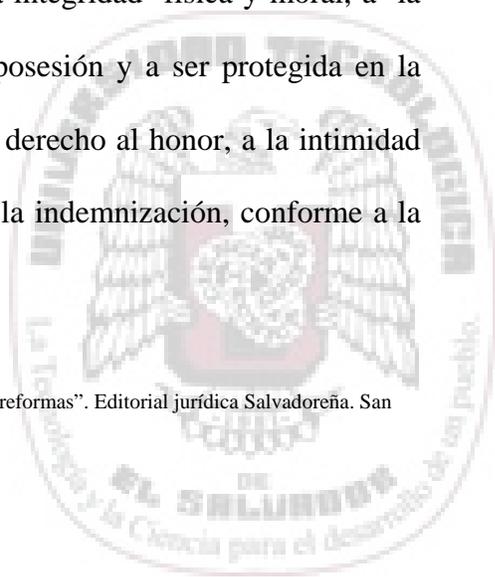
Art. 1 El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Así mismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social⁸.

2.1.2. Derechos individuales

Artículo 2. Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad, posesión y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Se establece la indemnización, conforme a la ley por daños de carácter moral⁹.

⁸ Mendoza Orantes, Ricardo. "Constitución de la República de El Salvador con sus reformas". Editorial jurídica Salvadoreña. San Salvador, Enero de 2002.

⁹ Idem.



2.1.3 Derecho social de la salud

Artículo 65. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación¹⁰.

2.2. Marco histórico

2.2.1. Antecedentes de la Salud Mental Comunitaria.

Durante siglos, la atención psiquiátrica ha sido de tipo hospitalario y carcelaria, a pesar de los grandes esfuerzos de humanistas tan notables como Pinel Francia, Tuke, en Inglaterra y Chiarugi en Italia, quién en 1789 proclamó que era un supremo deber moral y una obligación médica, el tener respeto y considerarlos como persona a los enfermos privados de la razón.

Al finalizar la segunda Guerra Mundial, apareció un movimiento llamado “psiquiatría de la comunidad”, el cual tuvo la tendencia a romper el aislamiento psiquiátrico tradicional, creando en ellos un ambiente terapéutico.

En EE.UU Adolf Meyer, en 1909 visualizó un programa bastante completo de salud mental comunitaria, en el cual las principales instituciones de servicio social como

¹⁰ Idem.

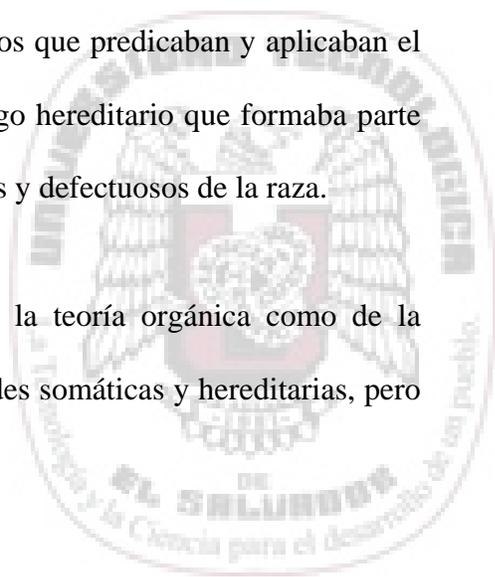


escuelas, puestos de policía y agencias de seguridad social, deberían unificarse en todo distrito donde existiera un hospital psiquiátrico, tratando de lograr una actividad integral de prevención, tratamiento y rehabilitación en los trastornos mentales, asimismo trabajando en estrecha relación con las instituciones de servicio social de la localidad.

A principios del Siglo XX, existían teorías acerca de la naturaleza de la enfermedad mental, una creía en el origen somático de todos los trastornos, creía que la enfermedad psíquica no era una enfermedad independiente de la psique sino un síntoma de una entidad orgánica, tal como una lesión cerebral, un desequilibrio endocrino o un trastorno no metabólico. Esta escuela pesimista concedía pocas esperanzas de recuperación y sus adeptos consideraron que su papel era el de proporcionar instituciones de custodia aislada y fortificadas para alojar a la multitud temida, indeseable y loca, lejos de la vista y la conciencia del público. Estos miembros de la escuela orgánica se aventuraban raramente en la comunidad, a menos que se le pidiese que testificasen en juicios criminales.

Estrechamente vinculado a este grupo se encontraban los que predicaban y aplicaban el darwinismo. Según este punto de vista la locura era algo hereditario que formaba parte de la selección natural para apartar los miembros débiles y defectuosos de la raza.

Una tercer teoría retoma aportes científicos tanto de la teoría orgánica como de la darwiniana, admitiendo la existencia de algunas entidades somáticas y hereditarias, pero



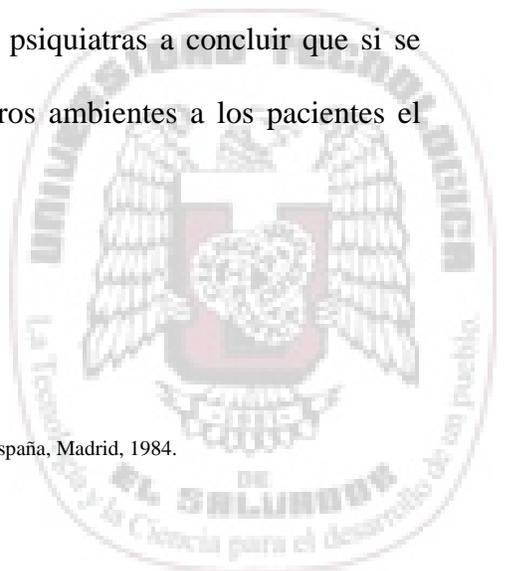
dando importancia al ambiente, la cultura y la educación mas que a los rasgos corporales por sí solos. Sus partidarios tendían a centrarse en los síntomas del paciente individual más que en la propia enfermedad.

Desde esta perspectiva los psiquiatras empezaron a utilizar los asistentes sociales para reunir información acerca del ambiente familiar, ocupacional y educativo de sus pacientes, con la esperanza de que arrojaría alguna luz sobre las causas de la enfermedad, posibles tratamientos y los cambios en el ambiente que podrían ser aconsejables antes de que el paciente volviese a su casa.

Los programas de tratamiento empezaron a incluir terapia ocupacional, cursos breves de educación formal, conversación racional terapéutica y otros métodos sociales. Los partidarios de este punto de vista se preocuparon también mucho de la prevención y el seguimiento.

Finalmente la creencia de que la locura era causada por influencias nocivas recibidas en la familia o en ambientes más amplios, condujo a los psiquiatras a concluir que si se anticipasen a estas influencias o se proporcionasen otros ambientes a los pacientes el trastorno podría controlarse¹¹.

¹¹ Kaplan, Harol y otros, "Compendio de psiquiatría". 1ª edición. Salvat editores. España, Madrid, 1984.



En relación a los países de América Latina las primeras experiencias de programas comunitarios de salud mental realizadas en Europa fueron conocidas por un número reducido de psiquiatras y administradores latinoamericanos y nunca alcanzaron la difusión suficiente como para producir un impacto en los programas de asistencia psiquiátrica de sus respectivos países.

El movimiento de psiquiatría comunitaria de los Estados Unidos, respaldado por la Ley de Salud Mental de 1963, tuvo repercusiones en América Latina, planteando en varios países la posibilidad de establecer centros comunitarios de salud mental.

También a comienzos de la década de 1960, en dos seminarios latinoamericanos sobre salud mental convocados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, Cuernavaca, 1962 y Buenos Aires, 1963), se discutió en profundidad el nuevo giro que debía dársele a los servicios de prevención, asistencia y rehabilitación psiquiátrica a la luz de los avances realizados en ese campo.

Los participantes en ambos seminarios representantes de todos los países de la región y autoridades en la materia recomendaron estudiar estrategias comunitarias alternativas, y urgían a los países a crear servicios psiquiátricos en los hospitales generales, unidades de tratamiento ambulatorio, talleres protegidos y albergues.



Sin embargo, el concepto de un programa no llegó a debatirse realmente. En 1969, durante la reunión de un grupo de trabajo sobre la administración de servicios psiquiátricos y de salud mental (OPS, viña del mar), se discutió por primera vez en un encuentro Latinoamericano los fundamentos de la Psiquiatría Comunitaria y de los Centros Comunitarios de Salud Mental. En esa oportunidad se señalaron los problemas más prominentes que dificultaban su desarrollo en la región y se formularon recomendaciones para el establecimiento de servicios.

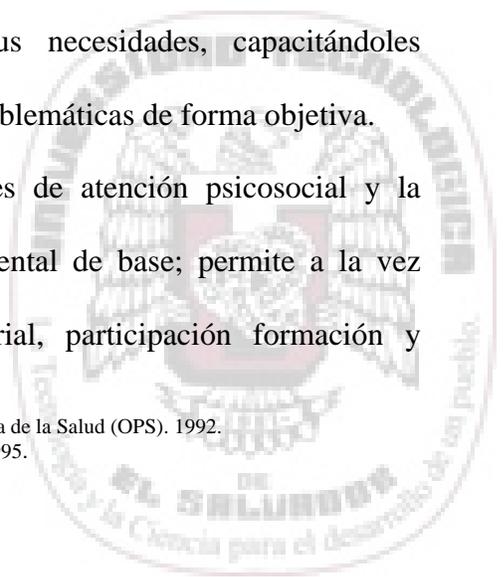
Fue a partir de 1970/80 que el tema de la salud mental comunitaria es discutido con mayor fuerza entre psiquiatras, administradores de salud, enfermeros, psicólogos y asistentes sociales y fue en esta misma década donde se gestaron algunos programas de salud mental comunitaria¹².

En El Salvador el Dr. Elvio Sisti desde la edad de los 80 ha propuesto y ejecutado una nueva estrategia para atender la salud mental de la población y las comunidades, esta es la Salud Mental de Base¹³, que es una estrategia para estimular a las personas para que alcancen un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, capacitándoles psicológicamente de esta manera, para enfrentar sus problemáticas de forma objetiva.

Sisti también ha impulsado los servicios polivalentes de atención psicosocial y la integración de la diversidad operativa de la salud mental de base; permite a la vez posibilidades superiores de coordinación intersectorial, participación formación y

¹² I. Levav. "Temas de Salud Mental en la Comunidad". Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1992.

¹³ Sisti Elvio "Salud Mental de Base", 1ª. Edición., UCA editores, San Salvador, 1995.



organización de recursos apropiados en función de las necesidades de un territorio claramente identificado. Su nombre de servicio “polivalentes”, es porque atiende de forma integral y multifacético los problemas comunitarios¹⁴.

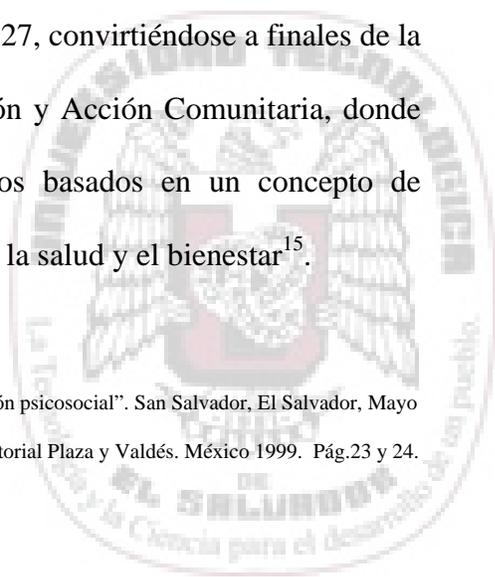
2.2.2. Antecedentes de la Psicología Comunitaria.

El acontecimiento que históricamente marca el inicio oficial de la Psicología, Comunitaria es la reunión de 40 psicólogos en Swampcott, Massachussets, en el mes de mayo de 1965, aquí hablaron sobre la formación de los psicólogos para la intervención en el campo de la salud mental comunitaria, reflexionaron sobre el rol del psicólogo en esta tarea, y caracterizaron a los psicólogos de la comunidad como agentes de cambio, analistas del los sistemas sociales, consultores de asuntos comunitarios y estudiosos del hombre pleno en relación con todo su entorno.

Esta reunión generó mucha reflexión y la determinación de crear un nuevo campo: La Psicología de la Comunidad; que después fue reconocida por la Asociación Americana de Psicología (APA), al crearse la denominada división 27, convirtiéndose a finales de la década de 1980, en la Sociedad para la Investigación y Acción Comunitaria, donde hablaban sobre la necesidad de rechazar los modelos basados en un concepto de enfermedad, para dejar paso a modelos orientados hacia la salud y el bienestar¹⁵.

¹⁴ Sisti Elvio, “Atención Primaria en Salud Mental: Servicios polivalentes de atención psicosocial”. San Salvador, El Salvador, Mayo 1995.

¹⁵ Gómez del Campo, José Fernando. “Psicología de la Comunidad”. 1ª. Edición, Editorial Plaza y Valdés. México 1999. Pág.23 y 24.



Diez años mas tarde, la Psicología Comunitaria comenzó a desarrollarse en América Latina con el propósito de estudiar y buscar soluciones para los problemas sociales existentes (Montero y otros, 1980)¹⁶. Y con la meta principal de mejorar el bienestar de los individuos, los grupos, las organizaciones y las comunidades. Otras de las metas no menos importantes es la prevención más que el tratamiento de los problemas sociales; el examen de las causas extrapersonales como ambientales y sociales de un comportamiento con trastornos; énfasis en el fortalecimiento; así como el desarrollo de un sentido comunitario¹⁷. Actualmente este campo continúa creciendo y madurando¹⁸.

2.3. Marco teórico

2.3.1. Modelo de atención y provisión a la salud en el contexto salvadoreño

El modelo de atención a la salud es: El conjunto de principios, normas, intervenciones e instrumentos para la promoción de la salud, entendida como la aplicación de los medios, recursos y prácticas para su conservación y establecimiento, centrado en la persona, familia y comunidad, que contribuya efectivamente a mejorar la calidad de vida, este modelo tiene como propósito contribuir a conservar y restablecer de manera integral la salud de la población.

¹⁶ Balcazar Fabricio; Montero, Maritza y Newbrought Jr. "Modelos de la Psicología Comunitario para la promoción de la Salud" Organización Panamericana de la Salud (OPS). EE.UU. 2001, Pag. 4.

¹⁷ Cullar Salvatore, "Fundamentos de Psicología Clínica". 1ª. Editorial Pearson Educación, México 2001. Pag. 349

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Modelos de Psicología Comunitaria". 2001. Pág. 4

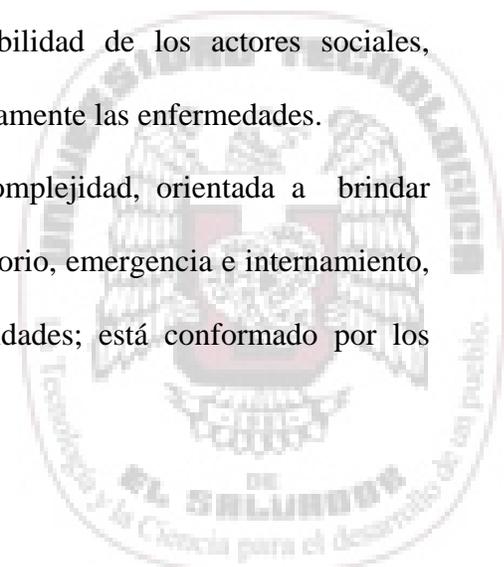


El Modelo de provisión de servicios de salud: Es el conjunto de alternativas para organizar en redes a los proveedores públicos y privados, que garanticen el acceso a los beneficios del Sistema de Salud, con calidad, equidad y continuidad. Su propósito es: “Garantizar con equidad, el acceso y la continuidad de los servicios de salud a la población salvadoreña”.

El modelo de provisión se organiza en redes de servicios estructurados en 3 niveles de atención donde el primer y segundo nivel constituyen el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) y el tercer nivel el Centro Nacional de Referencia.

El primer nivel de atención es la organización y utilización adecuada de los medios, recursos humanos, materiales, financieros y prácticas, orientadas a la promoción y conservación de la salud, prevención del daño y sus complicaciones como el tratamiento oportuno de las enfermedades, está conformado por: a) La persona y la familia, b) los agentes de salud; c) Equipos institucionales comunitarios y d) casas y unidades de promoción de la salud sus funciones consisten en promover y conservar la salud mediante la participación ciudadana y corresponsabilidad de los actores sociales, prevenir el daño y sus complicaciones y tratar oportunamente las enfermedades.

El segundo nivel es la organización de mediana complejidad, orientada a brindar servicios permanentes e integrales, de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento, en las especialidades básicas y algunas subespecialidades; está conformado por los Hospitales Nacionales Generales del SIBASI.



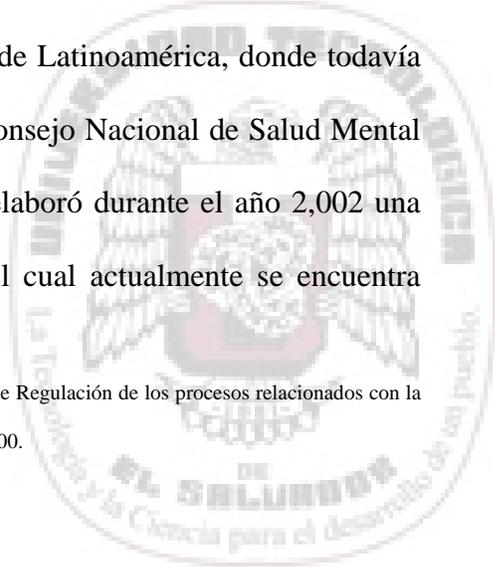
El tercer nivel es la organización de alta complejidad, orientada a brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento, para dar respuesta oportuna y efectiva a la referencia especializada de todos los SIBASI. Está conformado por los Centros Especializados de Referencia Nacional: Hospital Nacional de Niños, Maternidad, Rosales, Neumológico y Hospital Nacional Psiquiátrico¹⁹.

2.3.1.1. Situación actual de los servicios y programas de salud mental a nivel nacional.

El Doctor Hugo Armando Cohen, psiquiatra argentino y consultor de la OPS, plantea en una entrevista realizada por el Diario de Hoy el 15 de octubre de 2000, la verdadera situación actual de los servicios de salud mental: “En el país no existe un Plan Nacional de Salud Mental. En palabras sencillas, si cualquier persona atraviesa por una crisis y se acerca a un centro de salud u hospital general, es muy probable que no tenga respuesta, esto se debe a que la salud mental como tal no está incluida dentro del sistema de salud nacional como una necesidad más de las personas, esto no es un problema propio salvadoreño, es un problema de muchos países de Latinoamérica, donde todavía la salud mental está como atrasada”. Actualmente el Consejo Nacional de Salud Mental creado en febrero del 2000 por Decreto Ejecutivo²⁰, elaboró durante el año 2002 una propuesta del plan estratégico de salud mental, con el cual actualmente se encuentra

¹⁹ Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social (MSPAS). “Manual Dirección de Regulación de los procesos relacionados con la Salud en el Sistema Nacional”. San Salvador, El Salvador 2001.

²⁰ Cohen, Hugo. “Decreto del Consejo Nacional de Salud Mental”. San Salvador 2000.



promocionando y desarrollando actividades que la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.

2.3.1.2. Servicios de salud mental ofrecidos a la población salvadoreña.

Partiendo que a nivel gubernamental existe un plan nacional de salud mental es correcto que también exista una oferta de servicios en esta área. El programa de salud mental del MSPAS aglutina 42 profesionales entre psicólogos y psicólogas los que brindan servicio de salud mental en las diferentes unidades de salud y hospitales a nivel nacional²¹ estos servicios son apoyados por estudiantes egresados de Psicología de las diferentes universidades del país.

A nivel no gubernamental existen instituciones como la Comisión Nacional de Salud Mental, ACISAM, Pro-búsqueda, Universidad Centroamericana (UCA), entre otras que brindan servicios de atención psicosocial a la población en general y a las comunidades donde ejecutan proyectos de intervención comunitaria.

A nivel de Instituciones de Educación Superior, Estatal y privadas como la Universidad Tecnológica, UCA; centros de salud especializados y profesionales particulares tienen sus clínicas psicológicas donde brindan servicios de atención individual y de otras especialidades del área.

²¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Programa Nacional de Salud Mental. Listado de distribución de psicólogos(as) a nivel nacional. San Salvador 2002,



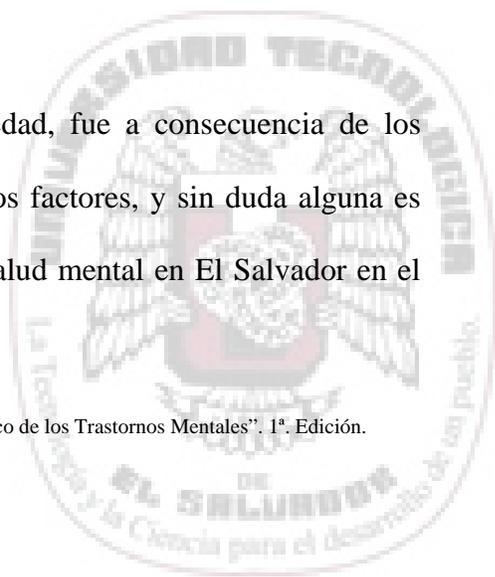
2.3.1.3. Trastornos mentales y del comportamiento y aproximación a la demanda del servicio de salud mental a nivel nacional.

El “trastorno mental” según el DMS-IV se conceptualiza como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad²². En este sentido el término “trastornos mentales y del comportamiento” hace referencia a una relación dialéctica entre los trastornos mentales con los factores o procesos comportamentales y psicosociales.

En los cuadros que en anexos se presentan se identifican según el MSPAS los tres primeros trastornos más frecuentes a nivel nacional en los últimos 2 años, también se observa, por ejemplo que los trastornos de ansiedad en el año 2001 cuya cantidad fue de 71,549 casos es superior al 90% más, en comparación con los 39,476 casos atendidos en el año 2000.

Este aumento significativo en los trastornos de ansiedad, fue a consecuencia de los terremotos de Enero y Febrero del año 2001 entre otros factores, y sin duda alguna es una de muchos indicadores de mayor deterioro de la salud mental en El Salvador en el último año.

²² Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV: “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. 1ª. Edición. Editorial Masson, S.A. México 1996. Pág. XXI.



En los cuadros se hace referencia a casos atendidos como indicador de demanda y edad vulnerable (E/V) cuando la frecuencia del trastorno es mayor en relación a otros grupos de edad, tanto la demanda como edad vulnerable se encuentran por departamentos y a nivel nacional (ver anexos 13 y 14).

2.3.2. La Psicología Comunitaria

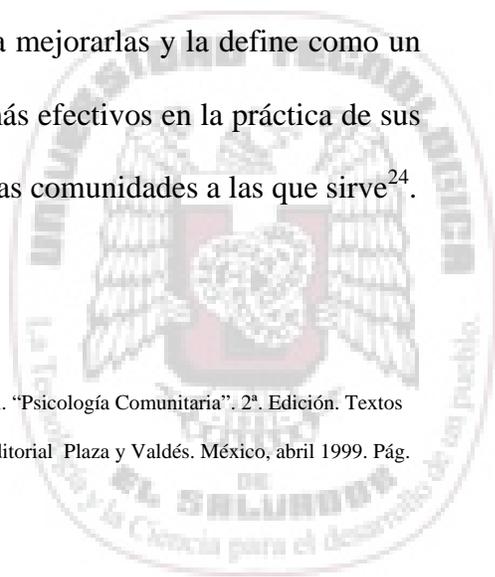
2.3.2.1. Definiciones y objetivo

La Psicología Comunitaria ha sido definida por muchos autores con enfoques y en contextos diferentes. Su inicio con el término de Psicología Comunitaria se acuña desde 1965 (Rappaport, 1977; Carboles, 1985; Blanco, 1987), y entre sus razones de origen podemos encontrar la insatisfacción y crítica de las formas tradicionales de diagnóstico y terapia, rechazo al modelo médico de enfermedad, aparición de nuevas concepciones en torno a la teoría y práctica de la Psicología, cambio en la concepción de la salud, etc²³.

En este sentido Bender (1981) la considera una reacción contra actitudes y prácticas comunes de la Psicología aplicada y una respuesta para mejorarlas y la define como un intento de hacer los campos de la Psicología aplicada más efectivos en la práctica de sus servicios, y más sensibles las necesidades y deseos de las comunidades a las que sirve²⁴.

²³ Martín González, Antonio; Chacón Fuentes, Fernando y Martínez García, Manuel. "Psicología Comunitaria". 2ª. Edición. Textos Visor. España 1993. Pág.49

²⁴ Gómez del Campo, José Fernando. "Psicología de la Comunidad". 1ª. Edición. Editorial Plaza y Valdés. México, abril 1999. Pág.



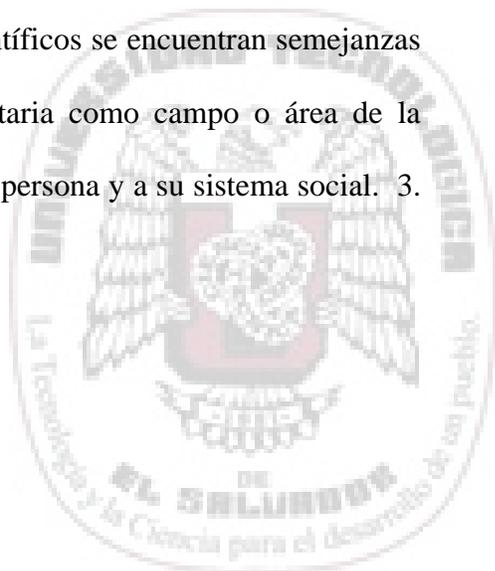
Bennet (1970) la define en función del interés que tiene en los procesos psicológicos que unen a los sistemas sociales con la conducta individual, empleando dicha interacción como base para programas de acción dirigidos hacia el mejoramiento individual, grupal y del funcionamiento de los sistemas sociales²⁵.

Murrell (1973) la define como el área dentro de la Psicología que estudia las transacciones entre la estructura del sistema social, las poblaciones y los individuos; que desarrolla y evalúa métodos de investigación que mejoran la adaptación persona-ambiente; que diseña y evalúa nuevos sistemas sociales; y que a partir de tales conocimientos y cambios busca incrementar las oportunidades psicológicas del individuo.

Para Newbrough (1970) es el área de trabajo para los psicólogos interesados en la aplicación del conocimiento científico a la solución inmediata de problemas sociales tales como pobreza y educación²⁶.

De las definiciones mencionadas por los diferentes científicos se encuentran semejanzas tales como: 1. Consideran a la psicología Comunitaria como campo o área de la psicología. 2. Sus esfuerzos se orientan a mejorar a la persona y a su sistema social. 3. Busca soluciones a los grandes problemas sociales, etc.

²⁵ Ibid Pág. 25
²⁶ Ibid. Pág. 25



Murrell (1973) señala un elemento diferente en relación a los demás. Como es el mejoramiento de la adaptación entre la persona y el ambiente. Este elemento señala el enfoque ecológico que enriquece el campo de la Psicología Comunitaria.

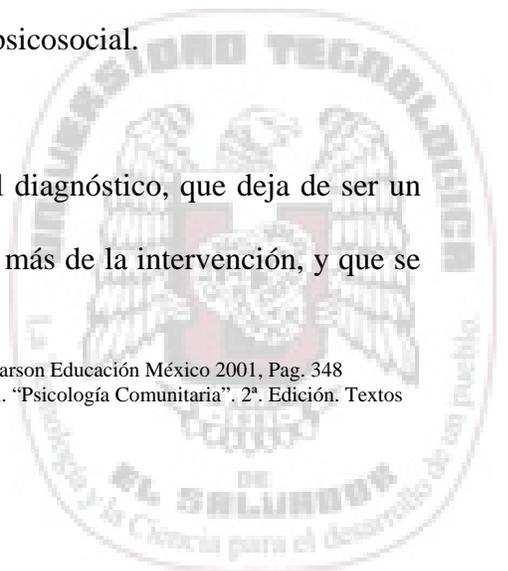
Actualmente no existe una formulación teórica concienzuda entre los diferentes científicos, sin embargo la siguiente definición incorpora la mayor parte de los aspectos en los que los Psicólogos/as comunitarios están de acuerdo. La Psicología Comunitaria es un área de la Psicología que se enfoca en asuntos sociales, Instituciones Sociales y en otros escenarios que influyen, tanto en los grupos como en las organizaciones, así como en los individuos que la conforman. (Duffy y Wong 1996)²⁷.

Martín, Antonio; Chacón, Fernando y Martínez, Manuel; al considerar las diversas definiciones de Psicología Comunitaria (Rappaport, 1977) mencionan 10 postulados que delimitan tanto su cuerpo teórico como su práctica²⁸.

1. Parte del concepto integral de salud, en el que se rechaza la dicotomía salud mental salud física, y que se ajusta al modelo bipsicosocial.
2. Atención centrada en la intervención y no en el diagnóstico, que deja de ser un fin en sí mismo para pasar a ser un instrumento más de la intervención, y que se

²⁷ Cullari, Salvatore, "Fundamentos de Psicología Clínica". 1ª. Edición, Editorial Pearson Educación México 2001, Pag. 348

²⁸ Martín González, Antonio; Chacón Fuentes, Fernando y Martínez García, Manuel. "Psicología Comunitaria". 2ª. Edición. Textos Visor. España 1993. Pág.49 - 50.



entiende como evaluación de necesidades y recursos y como evaluación continuada de la propia intervención.

3. Intervención, en sentido amplio, centrada en comportamientos, considerándolos como elementos no desvinculados del medio sino, precisamente, resultados o dependientes de la interacción con el mismo, y que supone la adopción de una perspectiva ecológica, que atiende a la función que ejercen las fuerzas sociales y ambientales en el desarrollo de los problemas humanos, persiguiendo el ajuste del individuo a su medio ambiente físico, biológico y psicosocial.
4. Énfasis en la prevención y en la promoción de la salud, para fomentar y/o crear comportamientos, actitudes y contextos favorecedores y facilitadores de la misma.
5. Preocupación fundamental por el cambio social, así como por la evaluación y planificación del mismo.
6. Prioridad al trabajo y colaboración con la comunidad utilizando sus recursos y capacidades existentes y creando los necesarios para la consecución de los fines perseguidos.



7. Trabajo con y sobre la comunidad subrayando la importancia de lo servicios indirectos centrados en programas más que en caso individuales, y en la salud más que en la enfermedad.

8. Preparación de voluntarios, para unir profesionales y coterapeutas, con la pretensión de que sean los individuos pertenecientes a la comunidad los que organicen y produzcan su propio cambio de acuerdo con sus necesidades y recursos, para lo cual se hace necesario el fomento o establecimiento de redes ágiles de intercambio de recursos (Tyler, 1984).

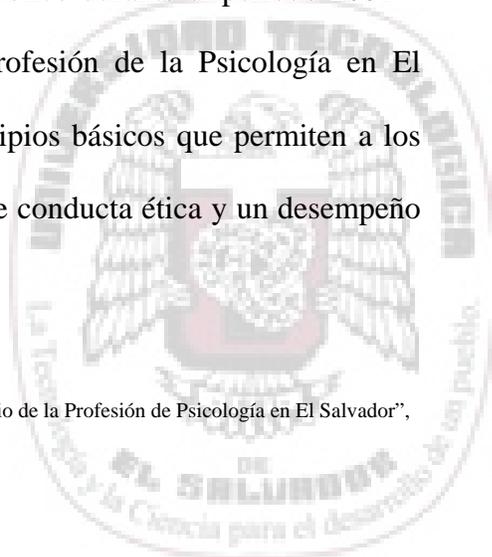
9. Uso del activismo social como estilo de intervención

10. Uso de la investigación como una forma de intervención.

2.3.2.2. Perfil del psicólogo/a comunitario/a.

La junta de vigilancia de la Profesión en Psicología publicó durante el periodo 2001 – 2003 el “Código de Ética para el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en El Salvador”²⁹. Este documento hace referencia a 6 principios básicos que permiten a los profesionales de la Psicología mantener un alto nivel de conducta ética y un desempeño adecuado en relación a su labor. Estos son:

²⁹ Junta de vigilancia de la Profesión en Psicología. “Código de Ética para el ejercicio de la Profesión de Psicología en El Salvador”, periodo 2001, San Salvador, El Salvador.



- Principios de responsabilidad científica y profesional.
- Principio de competencia.
- Principio de integridad.
- Principio de respeto a los derechos fundamentales.
- Principio de bienestar a los demás.
- Principio de responsabilidad social.

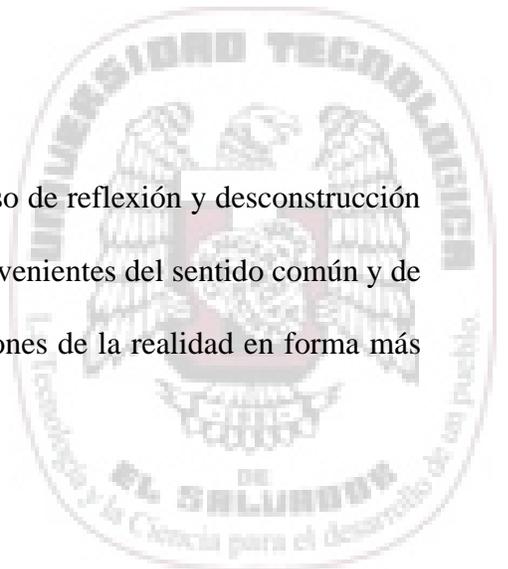
A nivel de los/as Psicólogos/as de la comunidad su fundamento ético se expresa a través de principios o valores creados a lo largo del proceso de reflexionar sobre su práctica. Estos son³⁰:

- Considerar al otro no como “sujeto” creado en el proceso de investigación, sino como autor social, que tiene voz, es capaz de decidir y participar plenamente en las actividades de intervención comunitaria, investigaciones y la reflexión.
- Las comunidades tienen una historia y una cultura que deben reconocerse y tenerse en cuenta en las intervenciones y la investigación.
- Toda comunidad tiene algunos recursos que pueden aprovecharse y desarrollarse de acuerdo con las metas establecidas.

³⁰ Balcazar, Fabricio; Montero, Maritza y Newbrought Jr. “Modelos de Psicología Comunitario para la Promoción de la Salud”, Organización Panamericana de la Salud (OPS). EE.UU.; 2001, Pag.205 y 206.



- Utilizar el método diagonal, en el sentido de escuchar la voz de las comunidades e incorporar el conocimiento de éstas.
- Los Psicólogos/as de la comunidad son catalizadores/as de cambio social llevado a cabo por los integrantes de la comunidad. En esta catálisis social, como dijo Fals Borda (1959), es necesario reconocer y celebrar todos los logros, de modo que pueda desarrollarse y alentarse la motivación y la satisfacción personal y colectiva por el trabajo realizado.
- La teoría y la práctica deberán ir juntas, modificándose recíprocamente a través de procesos de reflexión.
- La promoción del cambio social y personal, es la meta principal.
- La socialización del conocimiento, es mediante el retorno sistemático a las comunidades del conocimiento producido en los procesos de intervención e investigación.
- La problematización de la realidad, es un proceso de reflexión y desconstrucción que ayuda a desnaturalizar las explicaciones provenientes del sentido común y de otras teorías, facilitando los cambios y definiciones de la realidad en forma más fácil.



2.3.2.3. Perfil del psicólogo/a comunitario/a.

Según J.F. Gómez del Campo la persona que desee ser psicólogo/a comunitario/a deberá adquirir y desarrollar las siguientes capacidades, actitudes y valores³¹.

- ❖ Identificación con los valores que promueve la Psicología Comunitaria, especialmente el compromiso.
- ❖ Apertura a la experiencia y al desempeño de nuevos roles profesionales.
- ❖ Habilidad para facilitar la comunicación interpersonal y grupal, como procesos de reflexión y cambio.
- ❖ Respeto, responsabilidad, sensibilidad para tratar a las personas.
- ❖ Líder democrático y disponibilidad para compartir con otros profesionales y miembros de la comunidad.
- ❖ Interés por la investigación aplicada.
- ❖ Capacidad para anticiparse y planear a corto, mediano y largo plazo.
- ❖ Capacidad de decisión y de trabajar a bajo presión

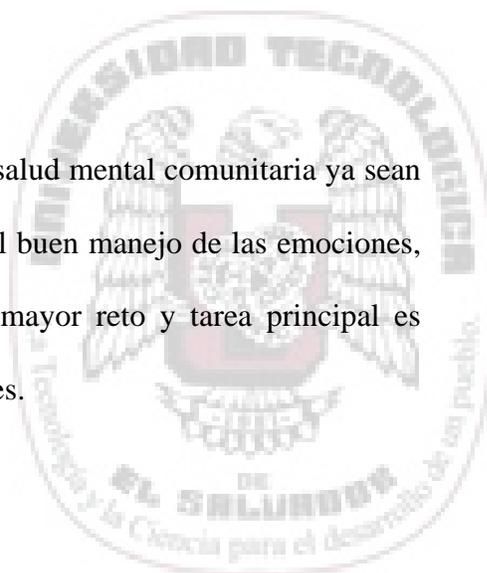
³¹ Gómez del Campo, José Fernando. "Psicología de la Comunidad". 1ª. Edición., Editorial Plaza y Valdés; México, 1999, Pág. 302



- ❖ Capacidad para ser abierto y aceptar la diversidad.
- ❖ Sólidos conocimientos en diversas áreas de la Psicología Comunitaria y disciplinas afines.
- ❖ Apertura para compartir su experiencia personal.
- ❖ Capacidad para integrar teoría, práctica y experiencia personal.
- ❖ Espíritu de solidaridad con las necesidades de las personas, grupos y comunidad en general.
- ❖ Capacidad para desempeñar su trabajo de modo ético.
- ❖ Capacidad de riesgo

2.3.2.4. El autocuidado del psicólogo y trabajador de salud mental.

Tanto el profesional de la salud y los trabajadores de salud mental comunitaria ya sean profesionales o no, se enfrentan a la tarea de facilitar el buen manejo de las emociones, de quienes acuden a sus servicios; sin embargo su mayor reto y tarea principal es aprender a manejar sus propios sentimientos y reacciones.

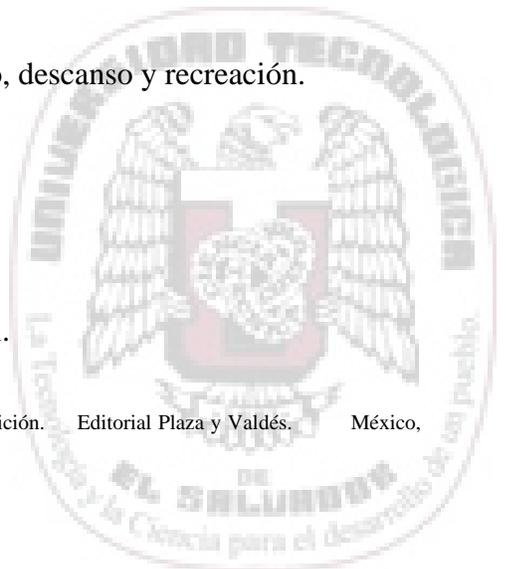


Mahononey (1997) reportó que en numerosas investigaciones, los profesionales de la salud presentan una serie de problemas personales tales como: cansancio y fatiga emocional, dificultades en las relaciones interpersonales, sentimientos de aislamiento, desilusión profesional, ansiedad, depresión, reacciones somáticas, abuso de sustancias e insomnio. En este sentido los trabajadores de la salud mental no son la excepción ya que además de sus propias necesidades y problemas, se involucran directamente con las necesidades de la comunidad, sus problemas y, con sus realidades que muchas veces son impactantes.

El mismo investigador señala diferentes estrategias y recursos que contribuyen al autocuidado, al equilibrio integral y a su desarrollo personal, previniendo o disminuyendo el padecimiento de los síntomas antes mencionados³². Estas son:

- ✓ Apoyo de colegas y otros profesionales.
- ✓ Supervisión formal o informal.
- ✓ Establecer un equilibrio de vida entre trabajo, descanso y recreación.
- ✓ Psicoterapia personal.
- ✓ Educación continua ya sea formal o informal.

³² Gómez del Campo, José Fernando. “Psicología de la Comunidad”. 1ª. Edición. Editorial Plaza y Valdés. México, 1999. Pág. 83-86



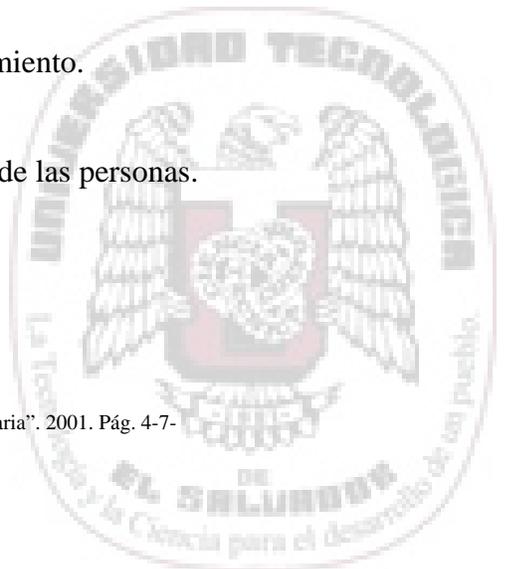
- ✓ Pertenencia a una familia.
- ✓ Tener vida espiritual.
- ✓ Hacer ejercicios físicos.
- ✓ Tener sesiones de masaje y relajamiento.
- ✓ Pertenecer a grupos de autoapoyo entre otros.

2.3.2.5 Temas básicos y prioritarios para la Psicología Comunitaria en América Latina.

En América Latina la Psicología Comunitaria comenzó a desarrollarse 10 años después de su origen en 1965; esta surgió con el propósito de estudiar y buscar soluciones a los problemas sociales existentes. Actualmente este campo continua creciendo, madurando y dentro de los temas básicos prioritarios que reflejan sus objetivos están³³.

1. Énfasis en la prevención más que en el tratamiento.
2. Énfasis en el reforzamiento de las fortalezas de las personas.
3. Énfasis en la perspectiva ecológica.

³³ Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Modelos de Psicología Comunitaria”. 2001. Pág. 4-7-



4. Énfasis en el incremento de poder de las personas.
5. Énfasis en la colaboración con otras disciplinas.
6. Énfasis en la promoción del sentido de comunidad.
7. Énfasis y respeto por la diversidad.

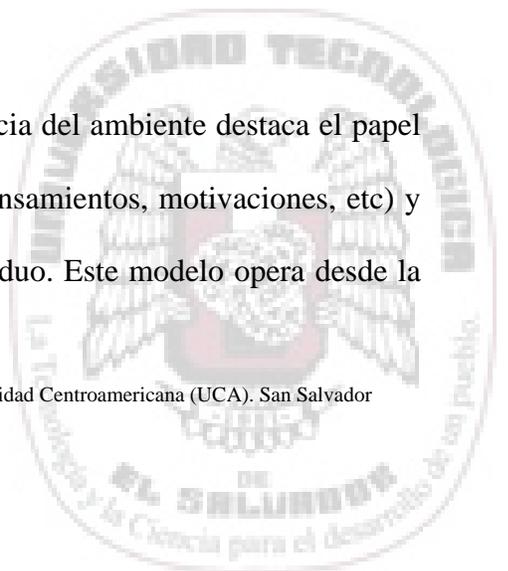
2.3.3. Modelos aplicados a la salud mental y salud mental comunitaria.

Es arriesgado explicar los problemas psicosociales, sobre la base de una sola causa y es difícil evaluar todos los factores que intervienen en ellos, se supone que en el futuro los científicos elaborarán modelos hasta que se llegue a un modelo único. Actualmente y en general hay 2 modelos aplicados al campo de la salud mental: El modelo psicológico y el modelo social³⁴.

2.3.3.1. El modelo psicológico.

Es una formulación teórica que sin ignorar la importancia del ambiente destaca el papel de los factores subjetivos (experiencias, emociones, pensamientos, motivaciones, etc) y de los factores biológicos en la salud mental del individuo. Este modelo opera desde la

³⁴ Henríquez, José Luis. "Modelos aplicados al campo de la Salud Mental". Universidad Centroamericana (UCA). San Salvador 1996.



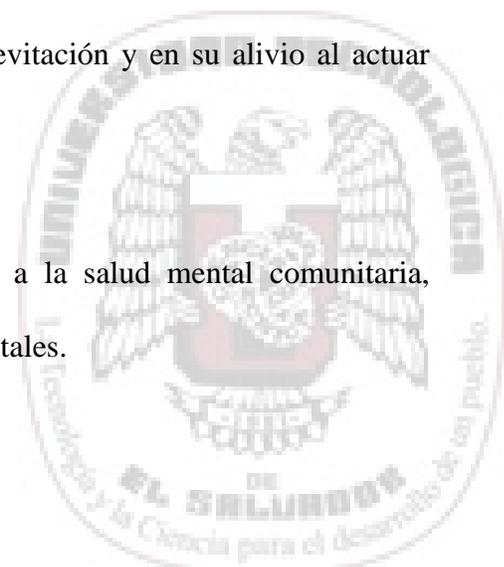
perspectiva de la salud y la enfermedad. Desde la perspectiva de la salud enfatiza la influencia que tienen los factores internos en la salud, así como la importancia que tienen en su preservación, al actuar sobre ellos. Desde la perspectiva de la enfermedad enfatiza la influencia que tienen los factores internos en el desarrollo de los problemas de salud mental, como en la importancia que tienen en su alivio, al actuar sobre ellos

2.3.3.2. El modelo social

Es una formulación teórica que sin ignorar la importancia de los factores internos subjetivos y biológicos, destaca el papel del ambiente en la salud mental del individuo. Este modelo como los aplicados a la salud mental comunitaria, constituyen una respuesta en contra de la posición dominante que actualmente ejerce el modelo médico de la enfermedad mental.

El modelo social opera con una perspectiva preventiva entendida desde todos sus niveles y enfatiza la influencia del ambiente en la salud mental y en el desarrollo de sus problemas, así como la importancia que tiene en su evitación y en su alivio al actuar sobre ellos.

A continuación se mencionan 2 enfoques aplicados a la salud mental comunitaria, identificando solamente sus ejes y principios fundamentales.



2.3.3.3. Modelo psicosocial.

Es una propuesta integrativa de los 2 modelos anteriores y opera desde el ámbito de las relaciones sociales y de los aspectos internos que se dan en el individuo, como producto de la interacción con el ambiente. Los principios fundamentales que definen tanto su práctica como su teoría son³⁵:

1. Fortalece el crecimiento personal.
2. Cultiva el sentido de pertenencia.
3. Promueve el liderazgo y la participación democrática.
4. Promueve la equidad de género.
5. Facilita el diálogo y la tolerancia.
6. Promueve el protagonismo.
7. Promueve la continuación de un proceso autosostenible por los diferentes actores sociales.

³⁵ Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM). “El Protagonismo Infanto Juvenil: Una experiencia de intervención psicosocial. San Salvador Mayo 2001. Pág. 120-124.



8. Su diseño de intervenir es un proceso de 7 etapas que van desde la preparación del equipo hasta la sistematización de la experiencia.
9. Su metodología es la investigación–acción participativa (AIP) cuyas características son visión de proceso, actitud crítica, reflexiva, flexible y positiva en otras.

2.3.3.4. Modelo comunitario.

Derivado de la Psicología Comunitaria, sus principios básicos que definen tanto su practica como su teoría son³⁶:

1. Enfatiza la prevención primaria.
2. Es holista y comprensivo.
3. Es desprofesionalizante.
4. Es interdisciplinario.
5. Es concientizador y socializador.
6. Se orienta hacia la salud y el crecimiento.

³⁶ Gómez del Campo, José Fernando. “Psicología de la Comunidad”. 1ª. Edición. Editorial Plaza y Valdés. México 1999. Pág. 62-67



Estos modelos resumidos de forma escueta, pero sustancial servirán de fundamento a nivel teórico y práctico para la propuesta de intervención orientada desde una perspectiva integradora.

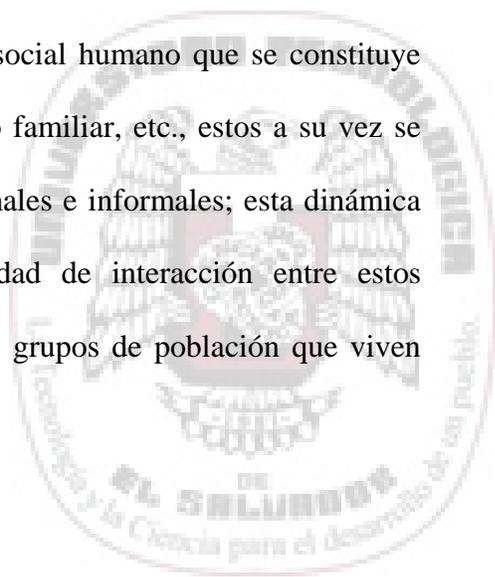
2.3.4. Comunidad y salud mental comunitaria.

Rappaport (1977) cita las definiciones de comunidad que aparecen en el diccionario de la Lengua Inglesa³⁷.

1. Un grupo social de cualquier tamaño cuyos miembros residen en una localidad específica, comparten su gobierno, y poseen una herencia cultural e histórica común.
2. Un grupo social que comparte características e intereses y que es percibido o se percibe a sí mismo como distinto en algunos aspectos de la sociedad mayor dentro de la cual existe.

Para Newbrough (1989) la comunidad es un sistema social humano que se constituye por subsistemas tales como salud, educación, religioso familiar, etc., estos a su vez se pueden dividir en otros subsistemas como grupos formales e informales; esta dinámica permite considerar a la comunidad como la totalidad de interacción entre estos subsistemas y de forma general “como el conjunto de grupos de población que viven

³⁷ Ibid. Pág. 26



juntos en un lugar urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural” San Martín (1984)³⁸.

Las concepciones de salud mental comunitaria van desde aquellas que se centran en el tratamiento de los problemas de salud mental individual en comunidades locales, hasta aquellas que se centran en las intervenciones sobre la comunidad para prevenir enfermedades mentales y promover la salud mental positiva. Bloom (1977) señala 10 características diferenciadoras de la salud mental comunitaria, respecto a la práctica asistencial tradicional³⁹.

1. La comunidad proporciona el marco asistencial frente a la asistencia institucional.
2. El objetivo es una población o comunidad total, y no el paciente individual.
3. El tipo de servicio desarrollado se centra más en actividades preventivas que en actividades orientadas al tratamiento.
4. La pretensión de un cuidado continuado por parte de los distintos componentes de un sistema de servicio integral.
5. Énfasis en los servicios indirectos.
6. La aportación de innovaciones clínicas, psicoterapias breve e intervención en crisis.

³⁸ Martín González, Antonio y Otros. “Psicología Comunitaria”. 2ª. Edición. Textos Visor, España. 1993. Pág. 44.

³⁹ Ibid. Pág. 46-47



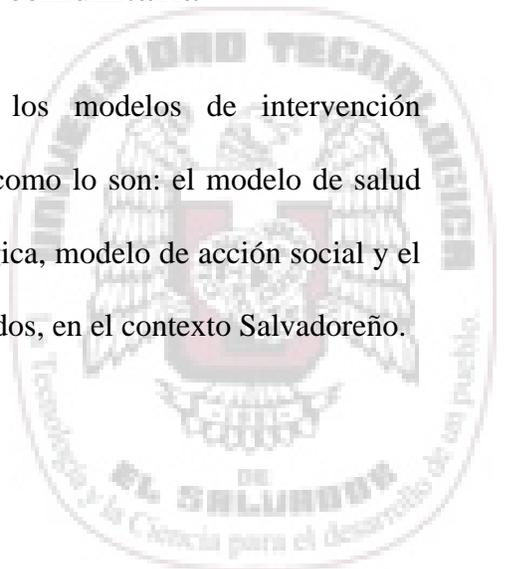
7. El énfasis en la planificación sistemática de los servicios considerando la demografía de una población, las necesidades no cubiertas y la identificación de los grupos de alto riesgo.
8. Utilización de nuevos recursos personales, sobre todo trabajadores no profesionales.
9. Participación y control comunitario.
10. Énfasis en la búsqueda de causas ambientales del estrés, frente al punto de vista tradicional centrado en la causalidad intrapsíquica.

Finalmente y resumiendo lo anterior la salud mental comunitaria puede considerarse como un conjunto de actividades dentro de la Psicología comunitaria (Sarason, 1973), es una Psicología dentro de la comunidad (Mann, 1978) que se interesa más por la asistencia directa a los individuos y sus metas se dirigen a una mayor eficacia en los servicios clínicos realizados a las personas necesitadas (Bloom y Sarason, 1973)⁴⁰.

2.3.5. Modelos de intervención comunitaria

A continuación se describen escuetamente 5 de los modelos de intervención comunitaria, aplicados en contextos latinoamericanos como lo son: el modelo de salud mental comunitaria, el modelo de intervención psicológica, modelo de acción social y el modelo organizacional, siendo el 1° y 2° los más aplicados, en el contexto Salvadoreño.

⁴⁰ Ibid. Pág. 50



2.3.5.1 El modelo de salud mental comunitaria

El modelo de salud mental comunitaria fue propuesto por Mann (1978) como marco teórico de la psicología comunitaria y como modelo de intervención fue uno de los primeros en aparecer dentro de ésta.

Este modelo nace como alternativa a la práctica clínica tradicional y sus valores se sustentan en los siguientes postulados⁴¹.

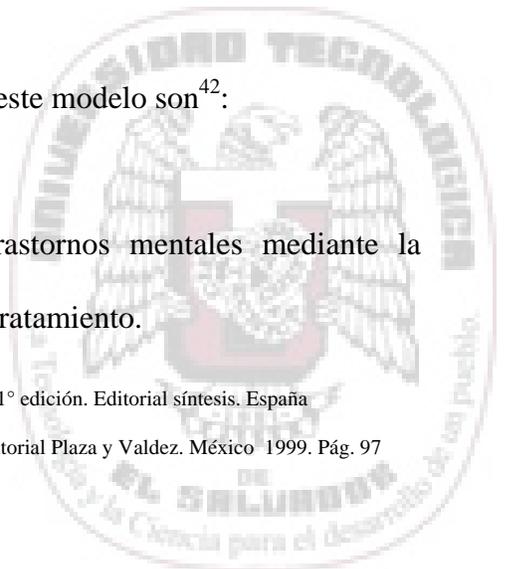
- La crítica a las definiciones tradicionales e intrapsíquicas de la enfermedad mental.
- El énfasis en los factores sociales como origen de los problemas de salud mental.
- Interés por una mejor y más equitativa distribución de los recursos de salud mental.
- Definición de los recursos de salud mental.
- Definición de la comunidad como una red de relaciones interpersonales.

Los objetivos de las intervenciones comunitarias desde este modelo son⁴²:

- ✓ Reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales mediante la prevención y el desarrollo de nuevas formas de tratamiento.

⁴¹ Martín Gonzáles, Antonio. "psicología comunitaria". Fundamentos aplicaciones. 1° edición. Editorial síntesis. España 1959. Pág.34.

⁴² Gómez del Campo, José Fernando. "Psicología de la comunidad". 1° Edición. Editorial Plaza y Valdez. México 1999. Pág. 97



- ✓ Promover el desarrollo sano y la salud mental tanto del individuo como de la comunidad.

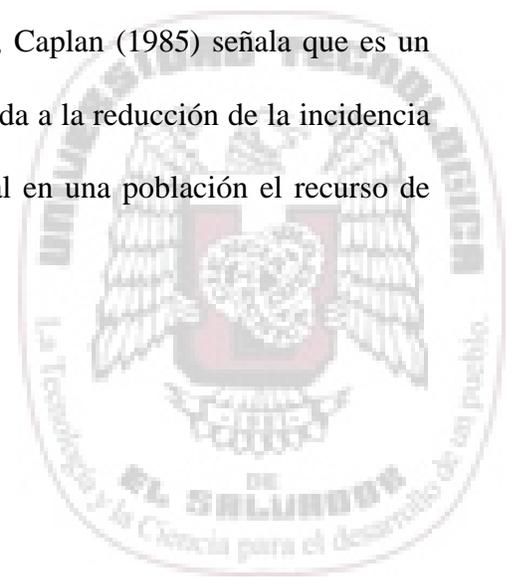
Sus bases teóricas se fundamentan en al: Epidemiología, la prevención, la Psicología de la Salud y en concepto de salud mental positiva. Se explicara brevemente la prevención, debido a que es el concepto más importante en el modelo de salud mental y uno de los principales dentro de la psicología de la comunidad⁴³.

La prevención es uno de los conceptos más difíciles de delimitar, debido a su gran variedad de conceptualizaciones, sin embargo en general cualquier esfuerzo preventivo esta orientado ha:

- a) Fortalecer a la persona o grupos vulnerables.
- b) Modificar el entorno.
- c) Destruir o modificar la influencia de la gente.

Existen 3 niveles de prevención: prevención primaria, Caplan (1985) señala que es un concepto comunitario y conjunto de estrategias orientada a la reducción de la incidencia de casos nuevos de incapacidad y perturbación mental en una población el recurso de excelencia es la educación.

⁴³Ibíd. Pág. 98-103



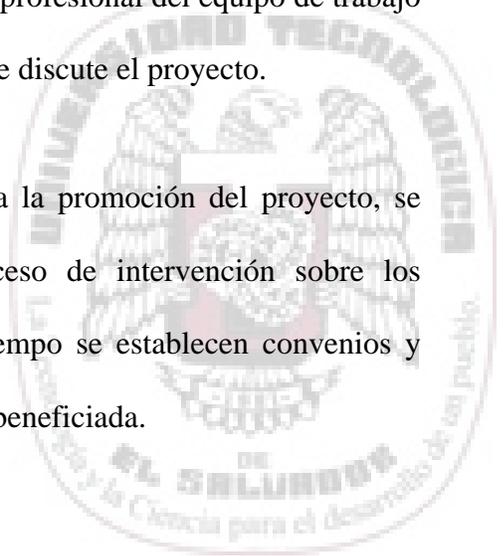
La prevención secundaria es el conjunto de estrategias orientadas hacia la reducción de la prevalencia de un problema o alteración mediante la disminución de casos, se trata de reducir al mínimo la duración del problema y sus principales recursos son la detección temprana y el tratamiento.

La prevención terciaria es el conjunto de estrategias que trata de reducir la prevalencia evitando la recaída de la persona que se recupera de una enfermedad, se asocia con la rehabilitación y es difícil entenderla como prevención Mann (1978).

2.3.5.2 El modelo de intervención psicosocial

El objetivo de este modelo está orientado a enfrentar los riesgos psicosociales, mediante la organización de grupos en las comunidades como a la búsqueda de soluciones y prevención de los mismos. Su proceso de intervención es bastante flexible al contexto y necesidades y se constituye por 7 fases simultáneamente.

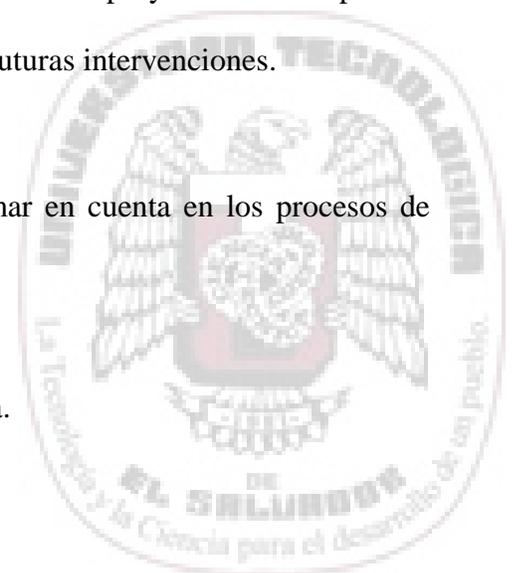
- ❖ Fase de preparación. Consiste en la preparación profesional del equipo de trabajo en su totalidad y es donde se plantea, estudia y se discute el proyecto.
- ❖ Fase de sensibilización. En esta fase se realiza la promoción del proyecto, se motiva a las partes involucradas en el proceso de intervención sobre los beneficios directos e indirectos y al mismo tiempo se establecen convenios y compromisos de participación de la comunidad beneficiada.



- ❖ Fase de detección de necesidades y recursos. Esta fase se refiere al conocimiento e identificación de necesidades y recursos de la comunidad seleccionada. Esta fase requiere de un proceso para elaborar el diagnóstico comunitario y sectorial.
- ❖ Fase de planificación de la intervención. En esta fase elabora el plan de acción a los problemas identificados en la fase anterior ya sea por diagnóstico o auto-diagnóstico.
- ❖ Fase de la ejecución de la intervención. Se refiere a la implementación de lo planificado con cada una de las partes involucradas en el proceso.
- ❖ Fase de sistematización de la experiencia. Se refiere a al diseño y elaboración de un documento que contenga aspectos teóricos como experiencias vividos durante el proceso.
- ❖ Fase de apertura a nuevos procesos. Se refiere al estudio y retroalimentación de y desde la experiencia de intervención contemplados así proyecciones de apertura procesos, así como propuestas y sugerencias a futuras intervenciones.

En general y en relación a las áreas de trabajo a tomar en cuenta en los procesos de intervención están:

- a) Construcciones del sentido de pertenencia.



- b) Promoción de liderazgo y participación democrática.
- c) Promoción de la equidad de género entre otros.

2.3.5.3 El modelo de acción social para la intervención comunitaria

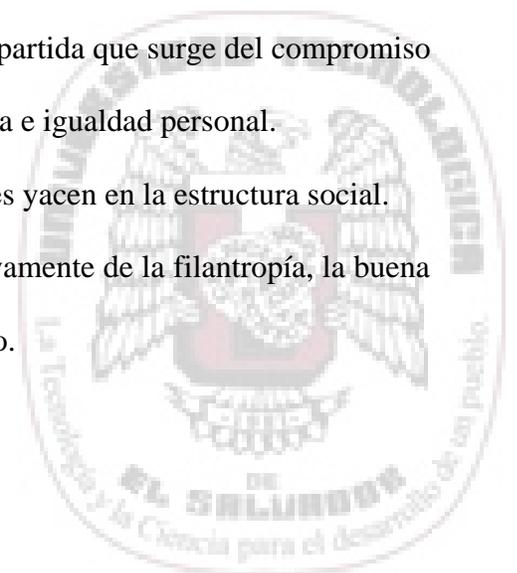
El modelo de acción social dentro de la psicología comunitaria⁴⁴ surge a lo largo de la década de 1960 como respuesta a la creciente insatisfacción con la práctica de la asistencia social, que partiría de objetivos asistenciales, lo que generaba relaciones de dependencia entre el grupo de promotores y/o profesionales y la comunidad.

El objetivo de este modelo lo constituye el estudio de la distribución y el uso del poder, así como la búsqueda de su redistribución, nuevas formas de liderazgo, gobierno y transacción entre los grupos humanos.

Los postulados básicos del modelo de acción social que fundamentan los programas de intervención comunitaria son:

1. La acción social es una responsabilidad de compartida que surge del compromiso común dentro de un contexto de libertad, justicia e igualdad personal.
2. El origen de los grandes problemas psicosociales yacen en la estructura social.
3. La asistencia social no puede depender exclusivamente de la filantropía, la buena voluntad y el esfuerzo personal no recomendado.

⁴⁴ Ibíd. Pág. 157



4. El entendimiento comunitario debe tener un efecto multiplicador y debe generar recursos humanos mediante la preparación de personal no profesional y para profesional
5. Es deseable que la meta última de cualquier intervención sea el aumento de la capacidad de la población para autodeterminarse.

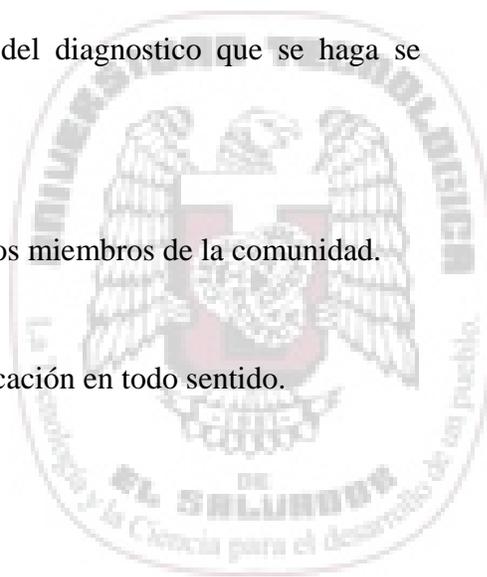
2.3.5.4 El modelo organizacional para la intervención comunitaria

El proceso de intervención de este modelo es conocido como desarrollo organizacional (DO), el cual es definido como un proceso por medio del cual las organizaciones y/o comunidades pueden entender sus relaciones con el ambiente y pueden tomar decisiones inteligentes sobre los elementos que producirían un funcionamiento adecuado. Sus antecedentes se encuentran en la experiencia de Kart Lewin (1947) y otros⁴⁵.

El interés central del modelo organizacional es el estudio del comportamiento humano en los grupos y de los procesos que norman esta interacción e influencia mutua. Los objetivos de este modelo si bien es cierto, depende del diagnóstico que se haga se pueden considerar los siguientes:

- ❖ Aumentar el nivel de confianzas y apoyo entre los miembros de la comunidad.
- ❖ Aumentar la apertura de los sistemas de comunicación en todo sentido.

⁴⁵ Ibid. Pág. 193



- ❖ Propiciar un ambiente en la cual la autoridad que pertenece a un puesto determinado se sume sobre las bases del conocimiento y la habilidad.

- ❖ Incrementar el nivel de entusiasmo y satisfacción de la comunidad.

- ❖ Aumentar los niveles de responsabilidad

- ❖ En los procesos de planificación.

- ❖ Encontrar soluciones creativas a los problemas por medio de la cooperación y resolución de conflictos.

Los valores fundamentales del desarrollo organizacional una postura sobre la naturaleza del hombre y de su comportamiento en los grupos y entre los más valores principales tenemos:

- Respeto por la gente
- Confianza y apoyo
- Igualdad de poder
- Participación
- Experiencia
- Productividad.



2.3.5.5 El modelo ecológico para la intervención comunitaria

El modelo ecológico tiene como objetivo de estudio la relación entre el organismo humano y su entorno, entendiendo por organismo el conjunto de procesos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales dentro de una totalidad armónicamente organizada que es la persona humana. El termino entorno se utiliza para designar todo lo que rodea al ser humano, tanto el ambiente natural como los diferentes ambientes físicos que le rodean y las influencias sociales que resultan de las interacciones y grupos.⁴⁶

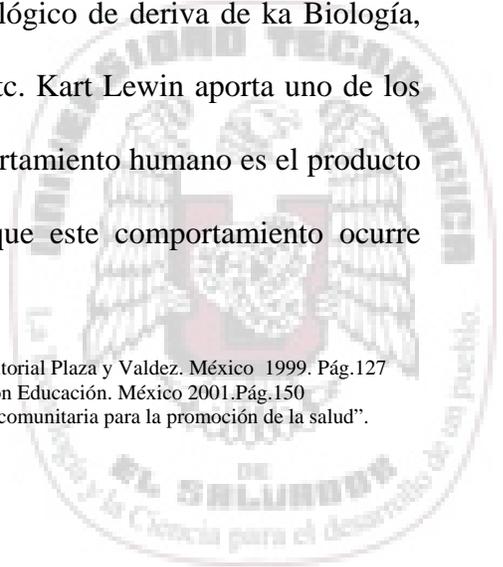
Los psicólogos comunitarios desde la perspectiva ecológica están interesados en el ajuste de la persona en el ambiente. Esta perspectiva reconoce que existe una transacción entre la gente y el ambiente⁴⁷ y se intenta cambiar el énfasis clínico⁴⁸ tradicional en modificar exclusivamente las formas de comportamiento de las personas, pues se reconoce que el contexto en que operan también puede modificarse a fin de promover formas de comportamiento apropiadas.

Los fundamentos teóricos que articulan el modelo ecológico de deriva de la Biología, ecología, psicología social, de la dinámica de grupo, etc. Kart Lewin aporta uno de los conceptos más importantes para este modelo: El comportamiento humano es el producto de la interacción entre la persona y su entorno, y que este comportamiento ocurre

⁴⁶ Gómez del Campo, José Fernando. "Psicología de la comunidad". 1° Edición. Editorial Plaza y Valdez. México 1999. Pág.127

⁴⁷ Culiri, Salvatore. "fundamentos de Psicología Clínica", 1° Edición. Editorial. Pearson Educación. México 2001. Pág.150

⁴⁸ Balcazar, Fabricio; Montero, Maritza y Newbrough, j.r. "modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud". (OPS) .EE.UU.2001.



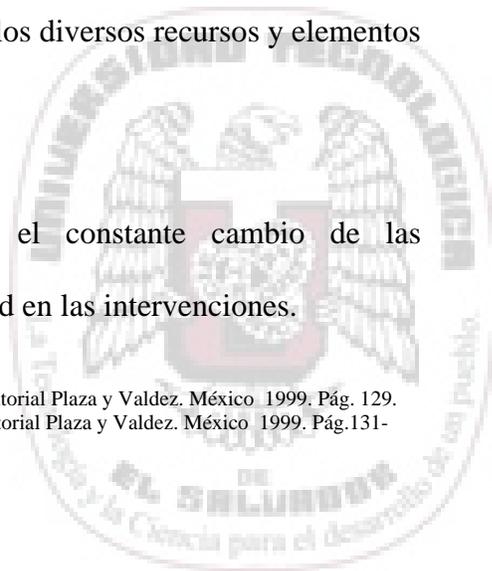
durante el espacio vital del individuo. Según Lewin el espacio vital incluyen todos los hechos que existen para el individuo o grupo que se estudia en ese momento y excluye los que no existen, es decir, todo lo que sucede en el aquí y en el ahora del comportamiento presente⁴⁹.

James Kelly y colaboradores han formado un conjunto de principios, que pueden emplearse como guías, para la planeación, diseño y evaluación de programas de intervención a nivel ecológico⁵⁰.

- a) principio de interdependencia: sostiene que la relación entre los elementos de un ecosistema (personas, roles, ambientes y reglas); es tal, que cuando ocurre un cambio en cualquiera de ellos, se alteran los otros.
- b) Principio de adaptación: Consiste en la capacidad que tiene el individuo, de cambiar, para acomodarse al medio y de transformar el entorno para lograr su adaptación.
- c) Principio de optimización de recursos: Según este principio el éxito de la intervención consiste en conocer y en saber utilizar los diversos recursos y elementos de una comunidad.
- d) Principio de sucesión: Este principio acentúa el constante cambio de las comunidades y resalta la confianza de la continuidad en las intervenciones.

⁴⁹ Gómez del Campo, José Fernando. "Psicología de la comunidad". 1° Edición. Editorial Plaza y Valdez. México 1999. Pág. 129.

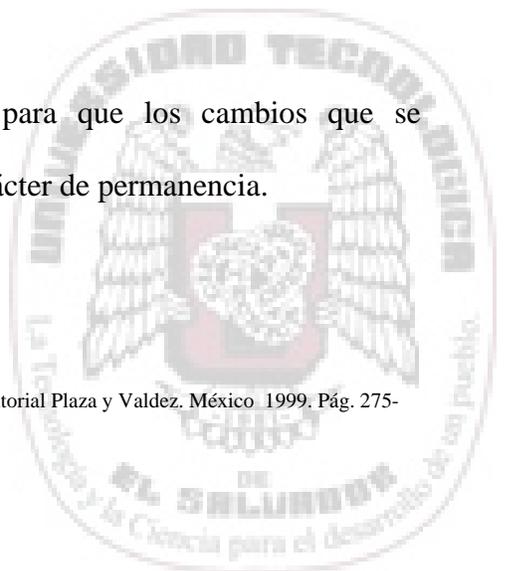
⁵⁰ Gómez del Campo, José Fernando. "Psicología de la comunidad". 1° Edición. Editorial Plaza y Valdez. México 1999. Pág.131-132.



Independientemente del modelo a utilizar en las intervenciones comunitarias Gómez del Campo(1999)⁵¹ hace mención de características deseables que debe tener los programa de intervención, estos son:

- Que la intervención se lleve a cabo lo más pronto posible. Que considere la prevención primaria dentro de sus objetivos.
- Que se responda ampliamente a necesidades y estilos culturales de la población en la que se va a intervenir. Que no se impongan estilos de la cultura dominante.
- Que los programas sean atractivos y de accesibilidad inmediata. Con frecuencia la burocracia y otros obstáculos desaniman a los usuarios y no acuden a los programas que los centros ofrecen.
- Que faciliten la movilización de recursos de los participantes y promuevan procesos permanentes de autogestión, conscientización y politización.
- Que se establezcan estrategias de seguimiento para que los cambios que se produzcan a lo largo del programa pueden tener carácter de permanencia.

⁵¹ Gómez del Campo, José Fernando. "Psicología de la comunidad". 1° Edición. Editorial Plaza y Valdez. México 1999. Pág. 275-277.

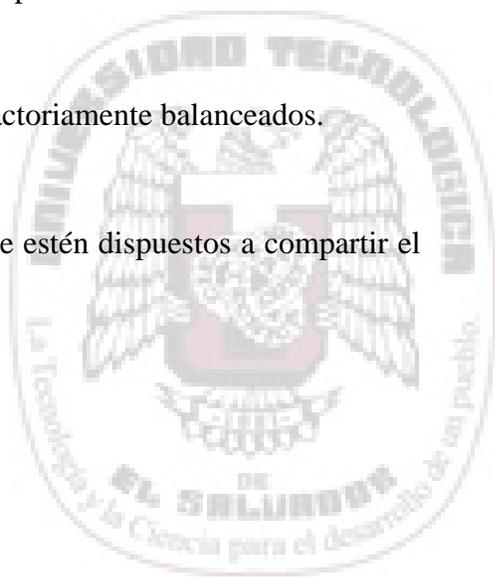


- Que generen nuevos cambios importantes en las vidas de los participantes mediante planteamientos holistas.
- Que la participación en el programa pueda integrarse de tal modo que la alteración del estilo de vida ordinario de los participantes sea mínima.
- Es preferible que los programas se lleven a cabo en ambientes locales conocidos por los participantes (casa, oficinas, escuelas, centros comunitario) y no en contextos demasiado formales que los inhiben.
- Los programas intensivos parecen dar mejores resultados que aquellos que se extienden por largos períodos. En los programas intensivos la asistencia y participación son más regulares, mientras que en los programas extensos existe mayor deserción y más irregularidad en la participación.
- Debe ser lo menos costoso posible, pero no conviene que sea totalmente gratuito. Las personas parecen no valorar aquello que no les cuesta trabajo conseguir. Las cuotas deben guardar proporción con las posibilidades económicas de los participantes.
- Es importante tener cuidado de que la intervención de los profesionales, para profesionales y otras personas que participan en los programas, no favorezca relaciones de dependencia, sino que más bien promuevan la iniciativa y creatividad

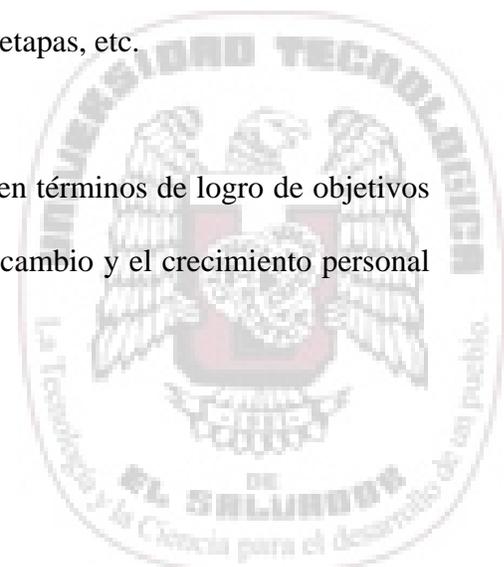


de los participantes para responder a sus necesidades. En otras palabras, es importante que se promueva la desprofesionalización.

- Que el programa facilite el fortalecimiento de personas y grupos vulnerables mediante el apoyo a la creación de grupos de autoayuda y el desarrollo de habilidades que les permitan lograr sus propias metas y dirigir sus propios procesos de desarrollo.
- Que faciliten nuevos estilos de relación con la autoridad hacia relaciones de influencia mutua o de interdependencia.
- Que favorezcan cambios positivos en autoconcepto y autoestima que les permitan incrementar su sentido de poder personal.
- Que conduzcan a la superación de la postura de la “desesperanza aprendida” y al sentido de inadecuación personal que ésta genera, y que desarrollen mayor conciencia de su dignidad como personas y como grupo.
- Que los polos reflexión–acción se encuentren satisfactoriamente balanceados.
- Que los profesionales no ocupen roles centrales, que estén dispuestos a compartir el poder y a integrarse a equipos interdisciplinarios.



- Que sea sometible fácilmente a procesos de evaluación y que pueda, de algún modo, comprobar su eficacia.
- Que facilite la creación de un ambiente promotor de experiencia que produzcan salud integral en la comunidad.
- Que la intervención se realice solamente si la comunidad la aprueba y si se lleva a cabo en sus propios términos.
- Que promueva el sentido de responsabilidad personal en cada uno de los que están comprometidos con el programa, de manera que se desarrolle la actitud de sentir el programa como algo propio.
- Que los grupos y persona que han participado en los programas tengan los elementos para convertirse en agentes de cambio en su comunidad.
- Que desde el inicio se contemple la necesidad de sistematizar la experiencia mediante registros, diarios de campos, reportes por etapas, etc.
- Que el éxito del programa no se mida únicamente en términos de logro de objetivos y otros criterios externos, sino que se considere el cambio y el crecimiento personal de los participantes.



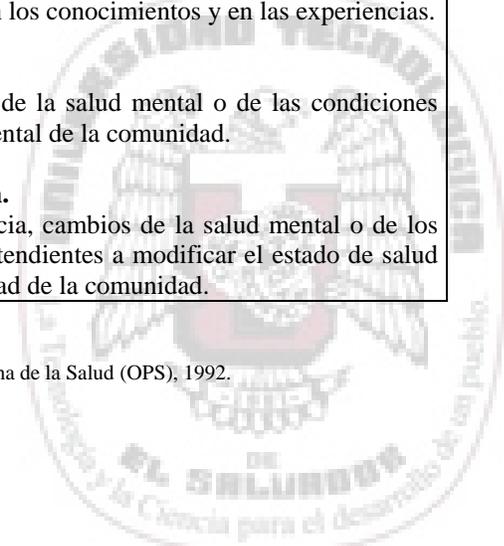
2.3.6. El Proceso de la intervención en salud mental comunitaria.

Las acciones e intervenciones de salud mental en la comunidad son agrupadas en 2 grandes líneas: a) Clínicas; es decir orientadas al individuo y su familia y b) las orientadas a la comunidad. El siguiente cuadro muestra las diferencias que existen entre la intervención clínica y la intervención comunitaria⁵².

CUADRO COMPARATIVO

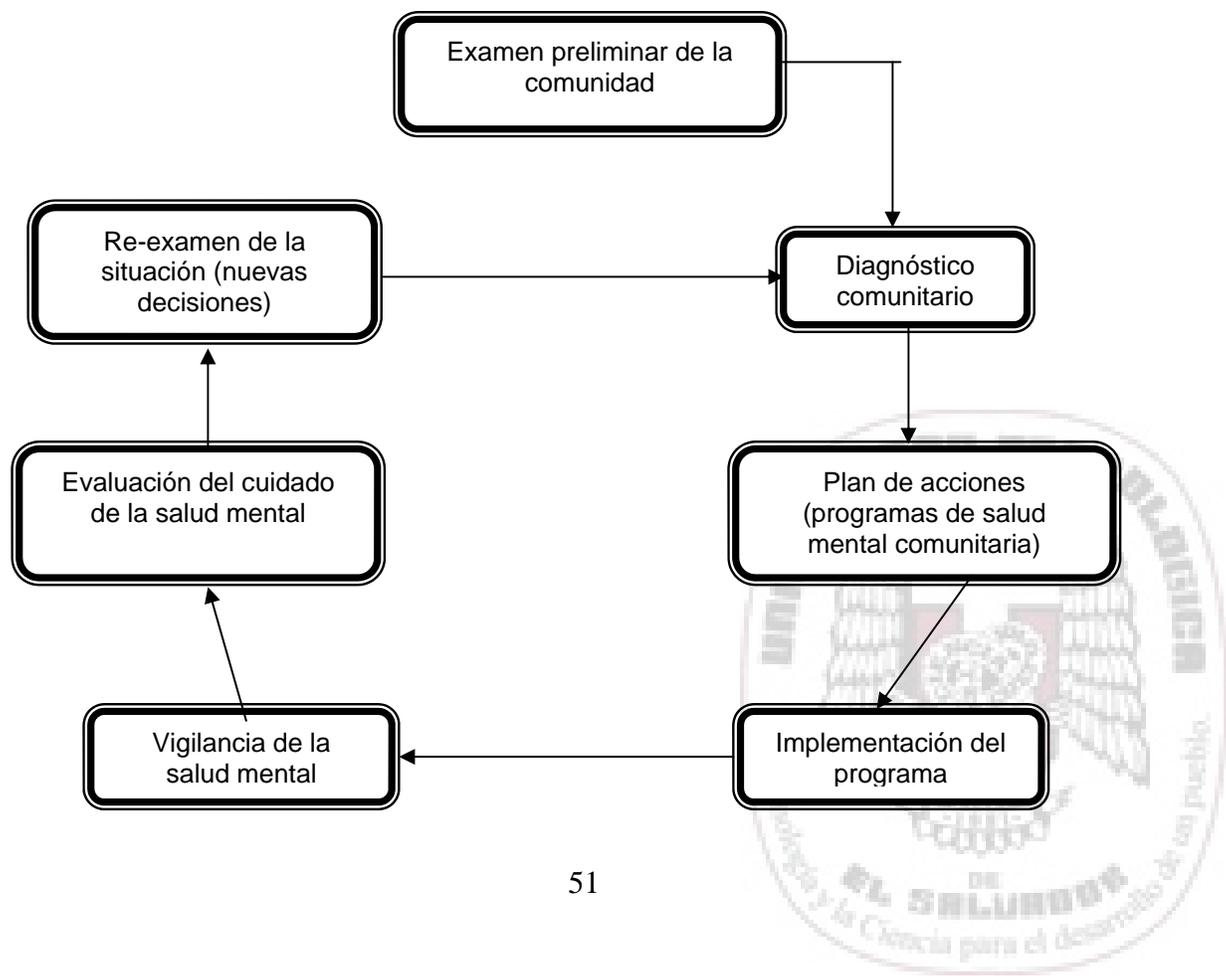
PRÁCTICA INDIVIDUAL/CLÍNICA	PRÁCTICA COMUNITARIA
<p>Método de examen del paciente. Entrevista psiquiátrica, historia familiar, test psicológicos, exámenes físicos (ej. EEG y laboratorio).</p> <p>Diagnostico. Fenomenológico, de acuerdo con taxonomías existentes. Formulación psicodinámicas.</p> <p>Iniciación de la intervención. Por solicitud del paciente, de la familia, o de otros agentes (ej. Maestros).</p> <p>Tratamiento. Basado en el diagnóstico. También depende de los recursos existentes y de las actitudes hacia ellos.</p> <p>Observación continua Evaluación del progreso del paciente</p>	<p>Método de examen de la comunidad. Registro psiquiátrico, encuesta. Análisis secundarios. Examen de indicadores socioeconómicos. Observación participante.</p> <p>Diagnóstico comunitario. Salud mental de la comunidad o de grupos especiales (ej. niño). Tasas de mortalidad, morbilidad, discapacidad.</p> <p>Iniciación de la intervención. Por solicitud de líderes, agentes comunitarios, o por iniciativa de los profesionales de salud mental.</p> <p>Tratamiento. Basado en el diagnóstico comunitario, en los recursos, en los conocimientos y en las experiencias.</p> <p>Vigilancia. Del estado de la salud mental o de las condiciones de salud mental de la comunidad.</p> <p>Evaluación. De la eficacia, cambios de la salud mental o de los programas tendientes a modificar el estado de salud – enfermedad de la comunidad.</p>

⁵² I. Levav; "Temas de salud mental en la comunidad", Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1992.



<p>Cese de la intervención Alta o interrupción unilateral del contacto iniciado por el episodio.</p> <p>Agentes. Profesionales de la salud mental (ej. Psiquiatras) de la medicina formal, y agentes de la medicina popular.</p>	<p>Cese de la intervención. No la hay. Intervención continua.</p> <p>Agentes. Profesionales y trabajadores de la salud mental, de la salud pública, de las ciencias sociales, grupos de apoyo mutuo u otros grupos naturales de la comunidad.</p>
--	---

Golfin y Levav (1992) en relación al proceso de intervención en la comunidad, proponen 7 etapas para el desarrollo del programa en salud mental, estas etapas no son independientes, sino interrelacionadas unas con otras formando una secuencia lógica como lo muestra el siguiente diagrama:



A continuación se hace una breve descripción de cada etapa:

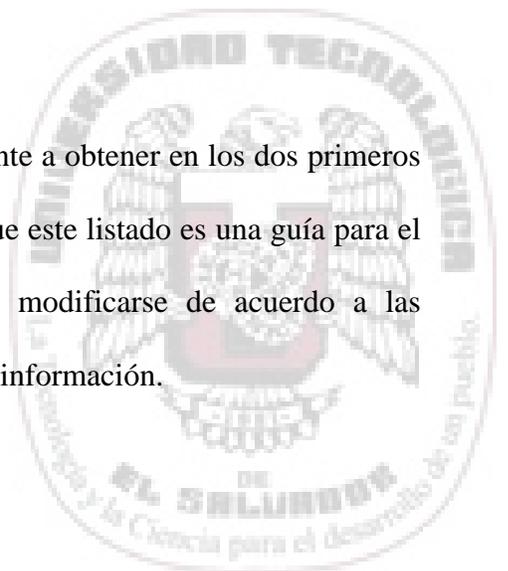
2.3.6.1. Examen preliminar de la comunidad.

Consiste en una primera identificación de las necesidades de salud mental que presenta la comunidad y en el elevamiento de los recursos existentes para atenderla, este examen permite determinar en forma más o menos aproximada, cuáles son los problemas prioritarios que merecen ser explorados con mayor detalle a través de la siguiente acción. Los pasos de esta etapa son⁵³.

1. Investigación de las características de la comunidad.
2. Identificación de los recursos de la comunidad.
3. Análisis de la información.
4. Determinación de prioridades.

A continuación se menciona la información más relevante a obtener en los dos primeros pasos del examen de la comunidad, conviene señalar que este listado es una guía para el trabajador de salud mental; este deberá acortarse y modificarse de acuerdo a las características de la comunidad y del uso eventual de la información.

⁵³ Ibid. Pág. 3-15



I. Características de la comunidad

1. Ubicación geográfica
2. Datos sociodemográfico
 - Edad y sexo
 - Composición del hogar y de la familia
 - Estado civil
 - Grupo étnico, racismo
 - Clase social
 - Nivel educacional
 - Ocupación, desempleo
 - Religión
 - Migración
 - Marginalidad
 - Tipos de vivienda: condiciones, hacinamiento
3. Características socioculturales
 - Organización de la comunidad
 - Valores y creencias
 - Actitudes y conductas
4. Datos sobre salud y enfermedad



- Mortalidad
- Morbilidad
- Características de salud

5. Organización política

- Característica
- Líderes e instituciones

II) Recursos de la comunidad

1. Del sector salud, oficiales

- Centros de salud
- Dispensarios
- Clínicas
- Hospitales generales y psiquiátricos

2. Del sector salud, no oficiales

- Curanderos
- Espiritistas
- Grupos de ayuda mutua (Ej., alcohólicos anónimos)

3. Extrasectoriales, oficiales



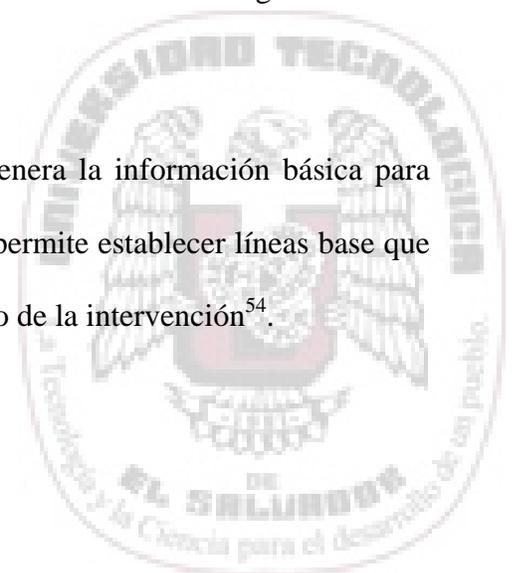
- Asistencia social
 - Establecimiento educativos
4. Extrasectoriales, no oficiales
- Establecimientos recreativos
 - De fomento
 - Vecinales
5. Líderes

2.3.6.2. El Diagnóstico comunitario.

El diagnóstico comunitaria según Mettee (1987) implica recolectar información, evaluar las necesidades y recursos e identificar problemas en la comunidad, “es evaluar a la comunidad como si fuera el paciente”. Sintéticamente y en términos aplicados a la investigación consiste en un proceso cuantitativo, cualitativo y continuo de exploración e identificación de necesidades de salud mental de alguna comunidad o algún sector de ella.

El diagnóstico comunitario ya sea total o selectivo genera la información básica para decidir que intervención se realiza en la comunidad y permite establecer líneas base que facilitan comparaciones de cambios operados por efecto de la intervención⁵⁴.

⁵⁴ Ibid. Pág. 18-19



2.3.6.3 El programa de salud mental comunitaria

Consiste en elaborar el plan de acción que se realizara de acuerdo al diagnóstico⁵⁵ (ver propuesta del programa en capítulo VI)

2.3.6.4 Implementación del programa de salud mental

En esta etapa se busca la estrategia mas apropiada para poner en practica el programa, buscando que la comunidad sea receptiva y participe activamente de una u otra manera.⁵⁶

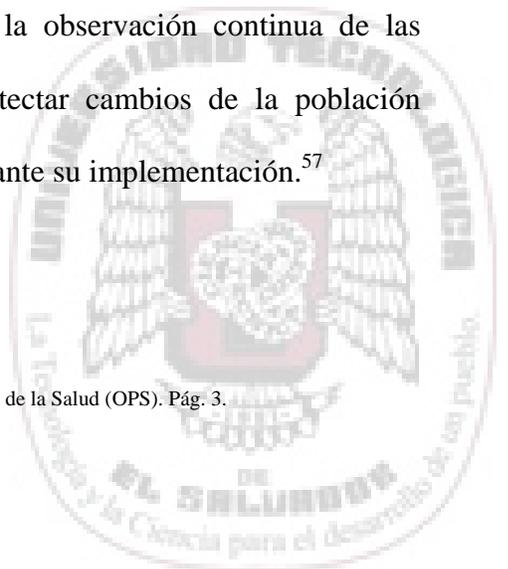
2.3.6.5. Vigilancia y evaluación del programa de salud Mental

La vigilancia y evaluación constituyen etapas del modelo que guía el desarrollo de esta propuesta de intervención. La vigilancia comprende la observación continua de las actividades y sus resultados con el propósito de detectar cambios de la población beneficiada y establecer modificaciones necesarias durante su implementación.⁵⁷

⁵⁵ I.Levav." Temas de Salud Mental en la Comunidad". Organización Panamericana de la Salud (OPS). Pág. 3.

⁵⁶ Ídem.

⁵⁷ Ibíd. Pág. 49.



La evaluación es reconocer, por una parte, si el impacto de una intervención es consecuencia de ella y por otra si la intervención puede considerarse positiva , negativa o indiferente. Uno de los fines es identificar si están produciendo los cambios necesarios para lograr mejorar la calidad de las intervenciones.⁵⁸

2.3.6.6. Re-examen de la situación

Esta etapa consiste en tomar nuevas decisiones con respecto a la continuidad del programa, después de ejecutarse en su primer etapa.

2.3.7. Proceso y métodos de detección de necesidades en salud mental

Este es un proceso previo a los programas de intervención comunitaria y es parte de las etapas del diagnóstico “es una forma respetuosa y realista para entrar en contacto con la realidad de estas”.

En general los objetivos del proceso de detección y evaluación de necesidades son los siguientes⁵⁹:

⁵⁸ Ibíd. Pág. 56

⁵⁹ Gómez del Campo, José Fernando. “Psicología de la comunidad”. 1ª. Edición. Editorial Plaza y Valdés. México, 1999 Pág. 266,267



- a) La obtención de información acerca de los problemas que se presentan en la comunidad, tanto desde el punto de vista de los residentes como de las personas externas.
- b) Estimar, tanto la magnitud de la necesidad como su extensión, es decir, la población o poblaciones mayormente afectadas.
- c) Determinar el grado en que se prestan servicios encaminados a la satisfacción de las necesidades.
- d) Señalar el grado en que los servicios deben ampliarse para dar respuesta a la necesidad.
- e) La obtención de información particular sobre los problemas y necesidades que le interesan al grupo que va a intervenir en la comunidad.
- f) Detectar la existencia de grupos de servicio en la comunidad para el desarrollo de una red de comunicación y trabajo.
- g) La obtención de información relativa a los recursos materiales y humanos con los que cuenta la comunidad (televisión comunitaria).
- h) Presentar los resultados a la comunidad.

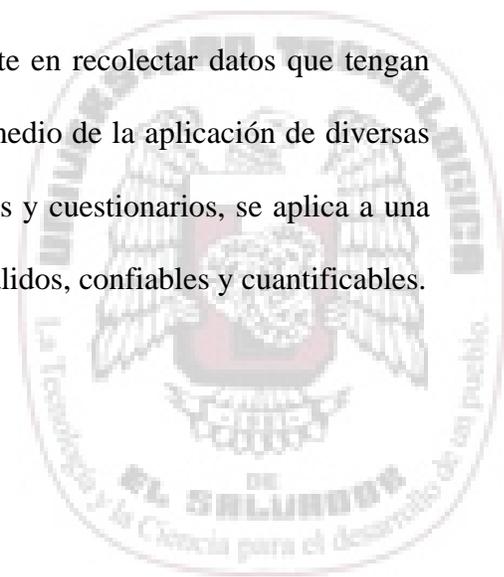


- i) Utilizar la información para planear la intervención.

En cuanto a métodos para la detección necesidades presentamos los desarrollados por Warhert y sus colaboradores (1976) y que según Gómez del campo son ampliamente aceptados y utilizados en contextos Latinoamericanos⁶⁰.

1. Método de la entrevista con informantes calificados: consiste en entrevistas o aplicar cuestionarios a personas clave de la comunidad.
2. Método del foro comunitario: Consiste en hacer reuniones abiertas en la comunidad en donde los participantes expresan en forma directa y abierta sus diferentes opiniones, puntos de vista y expectativas en torno a temas de interés comunitario.
3. Método del estudio de la población que recibe un servicio de salud: consiste en analizar los datos concernientes a la frecuencia, duración y tipos de servicios a los que acuden los miembros de una comunidad.
4. Método de investigación formal de campo: consiste en recolectar datos que tengan más valor desde el punto de vista estadístico por medio de la aplicación de diversas instrumentos de investigación formal, como escalas y cuestionarios, se aplica a una muestra de la población y los resultados son más válidos, confiables y cuantificables.

⁶⁰ Ibid. Pág. 76,77



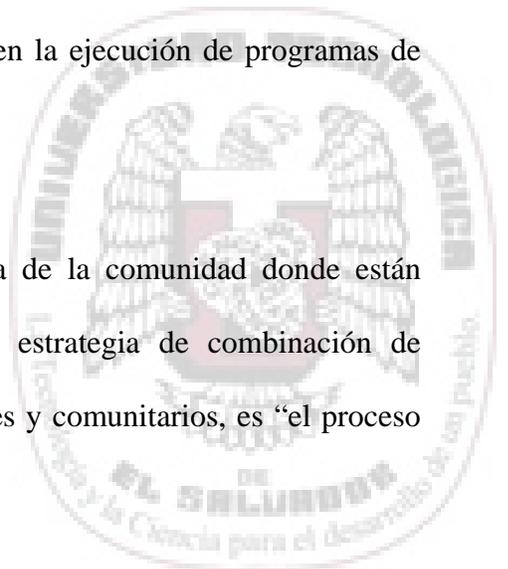
5. El método de los indicadores sociales: Consiste en el análisis de datos de la población que se encuentran disponibles en registrar, archivos o crónicas, como por ejemplo: información sobre registros, datos sociodemográficos, vivienda, organización social, etc., para inferir los problemas y necesidades de la comunidad.

2.3.8. Participación social y salud mental comunitaria.

Desde la década de los años 50 países del llamado “Tercer Mundo” generalizaron sus esfuerzos para incentivar la participación comunitaria, planteándose como condición necesaria para el éxito de procesos de desarrollo local. Sus justificaciones desde esa época van desde las económicas, éticas y políticas entre otras.

En el campo de la salud fue hasta el año de 1978 que la OPS legítimo oficialmente la participación comunitaria no solo como un derecho de la población a intervenir en la prevención y atención de la salud; sino como un procedimiento indispensable para que esta se convierta en patrimonio social. A partir de ese momento casi todos los países de América Latina y del Caribe incluyeron en sus políticas generales de salud la participación comunitaria como estrategia importante en la ejecución de programas de salud.

La participación social es una participación ampliada de la comunidad donde están involucradas sectores y estructuras sociales; es una estrategia de combinación de recursos y acciones de diferentes agentes institucionales y comunitarios, es “el proceso



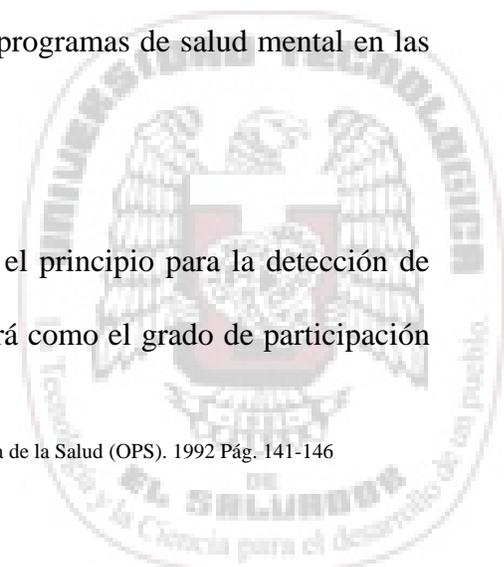
de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de la facultad decisoria”.(OPS, 1998)

Actualmente en países de América Latina donde los programas de salud mental no son prioritarios y donde la crisis económica es evidente, se vuelve indispensable la participación social para la ejecución y mantenimiento de programas de promoción de la salud y específicamente en salud mental comunitaria⁶¹.

En El Salvador no solo es necesario motivar la participación, es indispensable incentivar la organización comunitaria de sus departamentos, ciudades, barrios, colonias, cantones para enfrentar eficazmente situaciones y problemas psicosociales, para participar en el análisis de la realidad, satisfacer necesidades comunitarias, impulsar proyectos de beneficio local, proponer cambios a nivel social, económico, cultural, religioso, educativo y específicamente para trabajar y mantener programas de salud mental en las comunidades.

En este sentido la participación social comunitaria es el principio para la detección de necesidades de salud mental comunitaria y se entenderá como el grado de participación

⁶¹ I. Levav. “Temas de salud mental en la comunidad”. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1992 Pág. 141-146



activa e informada de los individuos, grupos, estructuras sociales y comunitarias, en la gestión y la autonomía de su propia salud y bienestar tanto individual como colectivo.

Una de las estrategias de apoyo a la participación y a las acciones e intervenciones en salud mental es la “Televisión Comunitaria”⁶² como medio de comunicación e información local esta técnica brinda espacios donde las personas puedan expresarse y hablar de los problemas e inquietudes individuales y colectivas; es un instrumento para la reflexión y análisis de las realidades psicosociales y es espacio de búsqueda de soluciones y alternativas para problemas y necesidades de la comunidad en general. Entre las características y beneficios de la televisión comunitaria están:

1. Facilita la comunicación intergrupal, como un elemento que ayuda al mejoramiento de las relaciones y convivencias, y por lo tanto a la salud mental
2. La fuente de información es la comunidad, por lo tanto reflejan la identidad comunitaria.
3. Es participativo y popular, donde los autores de las producciones son los mismos pobladores.
4. Identifica recursos comunitarios.

⁶² Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM). Revista Avance N°. 1/2001. “Comunicación Participativa”. San salvador El Salvador. Pág. 25-26.



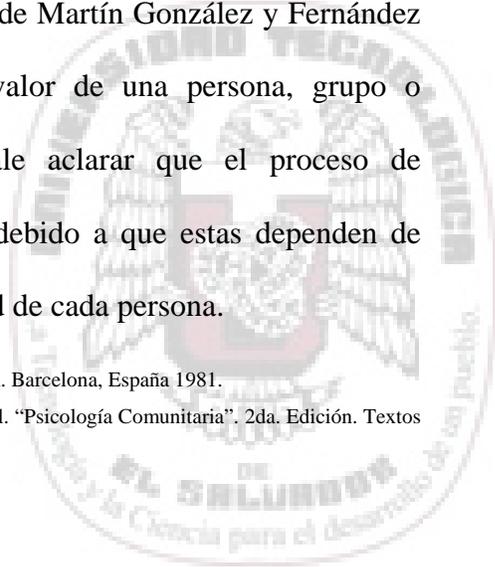
5. Una vez producidos, son proyectados en pantalla gigante en plazas públicas, calles, cantones, etc.
6. Contribuye a la toma de conciencia individual y social.
7. Las producciones permiten la gestión y coordinación de esfuerzos debido a que es instrumento de diagnóstico como de evaluación de intervenciones comunitarias.
8. Nació de la necesidad de utilizar la imagen como instrumento de desarrollo comunitario.

2.3.9 Necesidades de salud mental comunitaria.

Las necesidades según el diccionario de Psicología de Friedrich Dorsch (1981) es la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y su desarrollo, es un sentimiento ligado a la vivencia de una carencia específica⁶³. En contextos de la investigación comunitaria y con apoyo de Martín González y Fernández Chacón (1993) se entenderá como un juicio de valor de una persona, grupo o comunidad sobre algo que se debe resolver⁶⁴; vale aclarar que el proceso de identificación de necesidades es complejo y variado debido a que estas dependen de contextos y circunstancias concretas y de la subjetividad de cada persona.

⁶³ Friedrich Dorsch. Diccionario de Psicología. 4ta. Edición. Editorial Hunder, S.A. Barcelona, España 1981.

⁶⁴ Martín González, Antonio; Chacón Fuentes, Fernando y Martínez García, Manuel. "Psicología Comunitaria". 2da. Edición. Textos Visor España 1993.

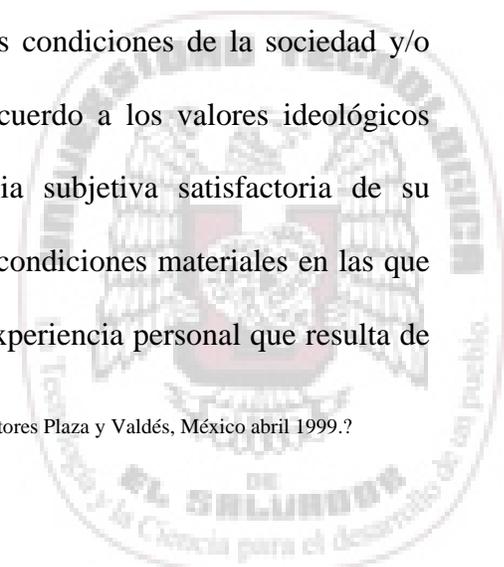


En relación a la taxonomía de las necesidades sociales se tomará el sistema de clasificación propuesto por Bradshaw y mencionado por Gómez del campo (1999)⁶⁵. estas son: a) Necesidades normativas, b) Necesidades sentidas, c) Necesidades expresadas y d) Necesidades comparativas, de las cuales nos limitamos a las necesidades sentidas por la comunidad, donde son las personas y grupos de la misma, quienes expresan las necesidades por medio de cuestionarios, entrevistas, y/o autodiagnósticos, etc.

El término de Salud Mental es uno de los más complejos y difíciles de definir, sin embargo se hará una aproximación que servirá para delimitar su campo e identificar sus indicadores a estudiar en la presente investigación.

Desde que en 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la “Salud” como un estado de completo bienestar físico, mental y social, además de ausencia de enfermedad, el bienestar aludido se ha identificado con calidad de vida estrictamente relacionado con el bienestar social y en este sentido para Amalio Blanco (1985) la calidad de vida se entiende como el grado en que las condiciones de la sociedad y/o comunidad permitan a sus miembros realizarse de acuerdo a los valores ideológicos establecidos, pero proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia, además esta asociado globalmente con las condiciones materiales en las que se desarrolla la existencia de los individuos y con la experiencia personal que resulta de

⁶⁵ Gómez del campo, José Fernando. “Psicología de la comunidad” 1ª Edición. Editores Plaza y Valdés, México abril 1999.?

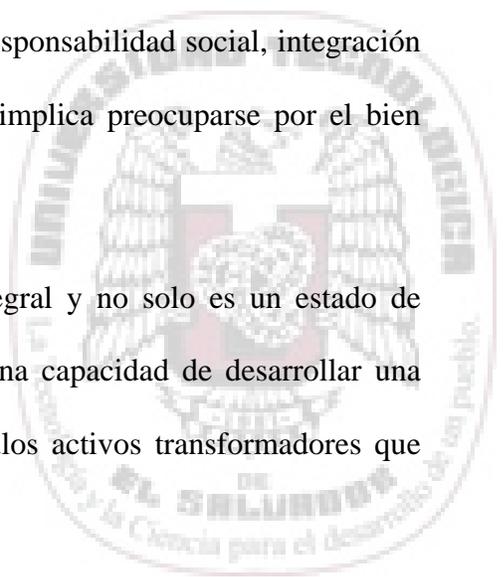


dichas condiciones, es decir la calidad de vida de cualquier persona que forma parte de una comunidad esta irremisiblemente unida al bienestar global de la comunidad.

Según Hernán San Martín (1986) las concepciones de la salud mental toman parte de la salud general del organismo humano y se origina, en las necesidades esenciales y concretas, tanto individuales como agrupadas en comunidad y/o sociedad. Así la salud mental y la enfermedad mental se producen en estrecha relación, con las situaciones psicosociales y psicoculturales del ambiente de vida de la población y con la calidad de vida a nivel social y comunitario.

Para Ackerman (1971) la salud mental no es una cualidad estática que alguien posee en privado, esta no se sostiene a si misma, solo puede mantenerse gracias al esfuerzo continuo y a la cercanía y apoyo emocional de los otros, es el resultado de un funcionamiento personal equilibrado y creativo que realiza el hombre en las relaciones sociales; es el resultado de la capacidad para la realización óptima del potencial de un individuo para la vida en grupo y en sentido general alude a atributos tales como madurez, estabilidad, realismo, altruismo, sentido de responsabilidad social, integración afectiva en el trabajo y en las relaciones humanas e implica preocuparse por el bien común.

En resumen la salud mental es parte de la salud integral y no solo es un estado de bienestar físico, mental y social y/o adaptación, es una capacidad de desarrollar una perspectiva integradora de la realidad, construir vínculos activos transformadores que



permitan satisfacer las necesidades esenciales y al mismo tiempo potencia los recursos y motivaciones de cada persona grupo o comunidad⁶⁶.

Finalmente vale aclarar que el termino Salud Metal Comunitaria más que un conjunto de actividades o modelo dentro de la Psicología Comunitaria se refiere a la salud mental de una comunidad (OPS, 1992)⁶⁷ y que para conceptualizarla o caracterizarla por medio de indicadores es necesario tener una visión globalizante que incluya la realidad contextual en sus diferentes expresiones y las necesidades no satisfechas tanto individuales, colectivas y comunitarias⁶⁸ en este sentido y a partir de las concepciones expuestas se retoman como expresiones de salud mental: Recreación, seguridad ciudadana, organización y participación comunitaria, saneamiento ambiental, comunicación autoestima, respeto mutuo, optimismo, flexibilidad, solidaridad y cooperación.⁶⁹

2.3.10 Ciudad de Armenia como contexto de la investigación.

2.3.10.1 Características geográficas

El municipio de Armenia se encuentra ubicado en el departamento de Sonsonate, situada a 570 msnm y posee un terreno relativamente plano, se encuentra a 40 kms. al este de

⁶⁷ Martín González, Antonio; Chacón Fuentes, Fernando y Martínez García, Manuel. "Psicología Comunitaria". 2da. Edición. Textos Visor España 1993.

⁶⁸ Balcazar, Fabricio; Montero, Maritza y Newbrough J.R. "Modelos de Psicología Comunitaria para la Promoción de la Salud". Organización Panamericana de la Salud (OPS). EE.UU. 2001.

⁶⁹ Aguilar, Martha; Campos, Claudia y otros. "Marginalidad y sobrevivencia: un estudio sobre las redes de apoyo para la supervivencia y la salud mental de los marginados". Universidad Centroamericana" (UCA). San Salvador, febrero, 1994.



San Salvador y a 30 kms al oeste de Sonsonate sobre la carretera panamericana. Tiene una extensión territorial de 65.64 km² siendo 4 Km² de zona urbana y 61.64 km² de zona rural⁷⁰.

2.3.10.2 División político administrativo.

Armenia se divide en un área rural y urbana, el área urbana esta constituida por 5 barrios y 23 colonias, el área rural se divide en 10 cantones y 33 caseríos⁷¹.

2.3.10.3 Población actual

La población es de 26,931 habitantes, 11,789 se encuentran en el área urbana y 15,142 en el área rural⁷².

2.3.10.4 Recursos considerados.

En relación al servicio de energía y alumbrado eléctrico, en el área urbana existe una cobertura del 100% aunque en algunas colonias el servicio es deficiente, en el área rural este servicio tiene una cobertura aproximada del 45%. El servicio de agua potable es suministrado por ANDA, dando una cobertura del 60% en el área urbana, en el área rural la población se abastece de pozos y ríos.

⁷⁰ Unidad e Salud de Armenia. “Diagnóstico Comunitario 2002”.

⁷¹ Idem.

⁷² Idem.



En cuanto al sistema de educación la comunidad educativa, comprende 25 centros escolares. En el área urbana existen 11 y entre ellos tres colegios privados cubriendo una población estudiantil de 4,524 entre niños y niñas, en el área rural existen 14 centros escolares y atienden a 2,969 entre niños y niñas.

A nivel de salud, Armenia cuenta con una Unidad de Salud, cuya infraestructura es de sistema mixto distribuida de la siguiente manera:

- 5 consultorios médicos,
- Dos consultorios para enfermería.
- Un área para inspector de saneamiento ambiental.
- Un área para vacunación y curación.
- Un área de secretaria y archivo.
- Área de farmacia.
- Área de anotación de pacientes.
- Bodega de medicamentos.

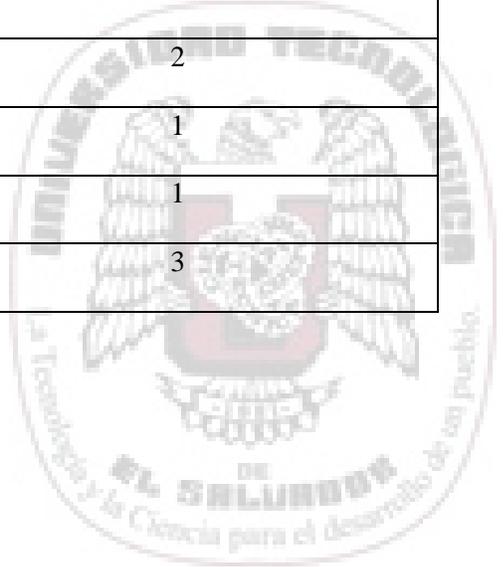


- Área para producción de puriagua.

- Tres servicios sanitarios.

La Unidad de Salud cuenta con todos los recursos básicos y su recurso humano es el siguiente:

CARGO	CANTIDAD DE PERSONAL
Medico director	1
Medico en año social	3
Odontólogo en año social	2
Enfermera supervisora	1
Enfermera graduada	2
Auxiliar de enfermería	2
Auxiliar de enfermería en año social	1
Inspector de saneamiento ambiental	2
Promotores de salud	12
Archivo	2
Secretaria estadístico	1
Financiero	1
Ordenanzas	3



La oferta de servicios que brindan a la población en general es:

- Consulta médica.
- Control infantil.
- Control prenatal
- Toma de citologías.
- Métodos de planificación familiar.
- Vacunación.
- Terapia respiratoria.
- Inyecciones y curaciones.
- Pequeña cirugía.
- Servicios de atención al medio ambiente.

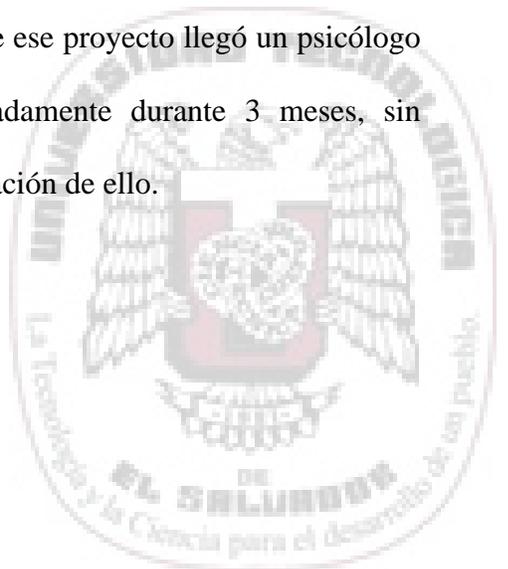


- Toma de exámenes de laboratorio.
- Programa de tratamiento acortado estrictamente supervisado de tuberculosis (TAES).
- Educación en salud y consulta odontológica⁷³.

En una entrevista realizada por el equipo investigador el día 10 de septiembre 2002 a la Directora de la Unidad de Salud: Dra. Ana Ivette Regalado Aguilera manifiesta que no tiene registros de programas de salud mental brindados a la población, y ni en los manuales de atención primaria hacen referencia a ella. La Dra. explica que a nivel del departamento de Sonsonate solo existe un psicólogo lo cual es confirmado por el programa de salud mental del MSPAS en los listados de distribución de psicólogos a nivel nacional.

Ella hace referencia que en el año 2001, después de los terremoto de enero y febrero la Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM) ejecutó un proyecto de “intervención en crisis” y como parte de ese proyecto llegó un psicólogo a brindar servicios de atención individual aproximadamente durante 3 meses, sin embargo expresa que no tiene mayor registro ni información de ello.

⁷³ Idem.



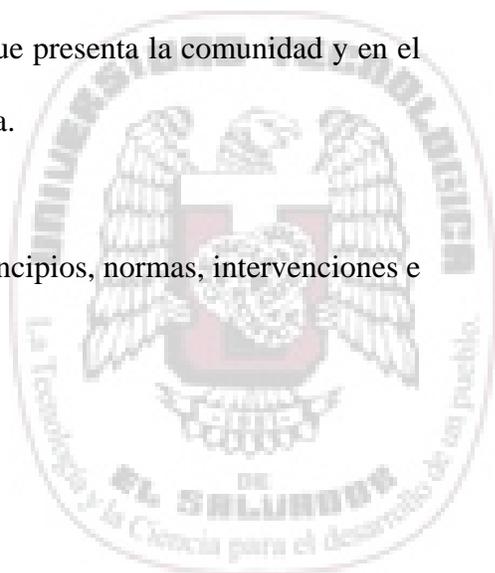
2.3.10.5 Problemas sociales

Los problemas sociales identificados en la comunidad son: 1) delincuencia, 2) prostitución, 3) deforestación y 4) contaminación ambiental, estos problemas psicosociales son los que más afectan la vida cotidiana de la población⁷⁴.

2.4. Marco conceptual

- ❖ Comunidad : Conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural.
- ❖ Diagnóstico comunitario: Es el proceso que implica recolectar información, evaluar necesidades y recursos e identificar problemas en la comunidad, “es evaluar a la comunidad como si fuera el paciente”
- ❖ Examen preliminar de la comunidad: Es un proceso que consiste en una primera identificación de las necesidades de salud mental que presenta la comunidad y en el elevamiento de los recursos existentes para atenderla.
- ❖ Modelo de atención a la salud: Es el conjunto de principios, normas, intervenciones e instrumentos para la promoción de la salud.

⁷⁴ Idem.



- ❖ Modelo de provisión de servicios de salud: Es el conjunto de alternativas para organizar en redes a los proveedores públicos y privados que garantizan el acceso a los beneficios del sistema de salud, con calidad, equidad y continuidad.

- ❖ Modelo psicológico: Es una formulación teórica que sin ignorar la importancia del ambiente, destaca el papel de los factores subjetivos (experiencias, emociones, pensamientos, motivaciones, etc.) y de los factores biológicos en la salud mental del individuo.

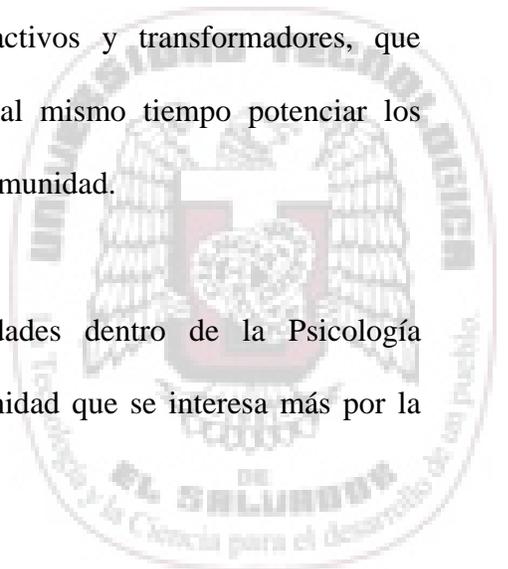
- ❖ Modelo social: Es una formulación teórica que sin ignorar la importancia de los factores internos subjetivos y biológicos, destaca el papel del ambiente en la salud mental del individuo.

- ❖ Modelo psicosocial: Es una formulación teórica que integra el modelo psicológico y el modelo social. Opera desde el ámbito de las relaciones sociales y de los aspectos internos que se dan en el individuo, como producto de la interacción con el ambiente.

- ❖ Necesidades: En el contexto de la investigación comunicativa se entenderá como un juicio de valor de una persona, grupo o comunidad sobre algo que se debe resolver.



- ❖ Participación socialcomunitaria: es el grado de participación activa e informada de los individuos, grupos, estructuras sociales y comunitarias, en la gestión y la autonomía de su propia salud y bienestar tanto individual como colectivo.
- ❖ Primer nivel de atención: es la organización y utilización adecuada de los medios, recursos humanos, materiales, financieros y prácticas orientadas a la promoción y conservación de la salud, prevención del daño y sus complicaciones como el tratamiento oportuno de las enfermedades.
- ❖ Psicología Comunitaria: ciencia de la salud aplicada en la que confluyen las diferentes disciplinas básicas, médicas, psicológicas, sociológicas, epidemiológicas, estadísticas, etc. que fundamentan los programas de intervención para la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la educación para la salud.
- ❖ Salud mental: Es parte de la salud integral y no solo es un estado de bienestar físico, mental y social y/o adaptación; es una capacidad para desarrollar una perspectiva integradora de la realidad, construir vínculos activos y transformadores, que permitan satisfacer las necesidades esenciales y al mismo tiempo potenciar los recursos y motivaciones de cada persona grupo o comunidad.
- ❖ Salud mental comunitaria: Conjunto de actividades dentro de la Psicología comunitaria, es una Psicología dentro de la comunidad que se interesa más por la



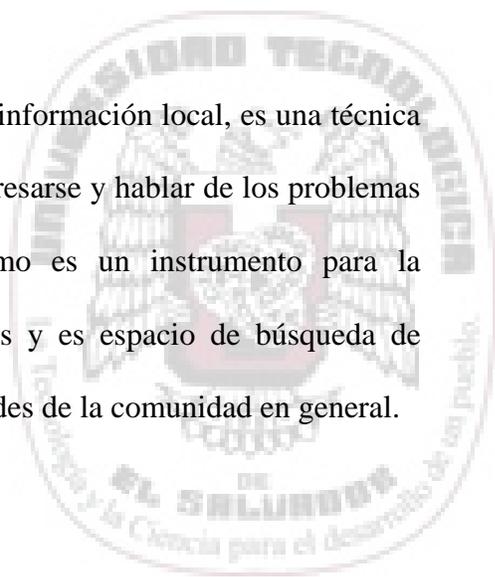
asistencia directa a los individuos y sus metas se dirigen a una mayor eficacia de los servicios clínicos realizados a las personas necesitadas. Para contexto de la investigación la salud mental comunitaria se refiere a la salud mental de una comunidad (OPS, 1992).

- ❖ Salud mental de base: Estrategia de estimular a las personas para que alcancen un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, y que por medio de la capacitación puedan enfrentar sus problemas de forma objetiva.

- ❖ Segundo nivel de atención: Es la organización de mediana complejidad orientada a brindar servicios permanentes e integrales de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento en las especialidades básicas y algunas subespecialidades.

- ❖ Tercer nivel de atención: Es la organización de alta complejidad orientada a brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento para dar respuestas oportunas y efectivas a la referencia especializada de los SIBASI.

- ❖ Televisión comunitaria: Medio de comunicación e información local, es una técnica que brinda espacios donde las personas puedan expresarse y hablar de los problemas y necesidades individuales y colectivas, asimismo es un instrumento para la reflexión y análisis de las realidades psicosociales y es espacio de búsqueda de soluciones y alternativas para problemas y necesidades de la comunidad en general.



- ❖ Trastorno mental: Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

