



FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS NATURALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA



TEMA:

**PROBLEMAS EN SALUD MENTAL Y DIAGNOSTICO DE
NECESIDADES EN ATENCIÓN COMUNITARIA: PERFIL DE
ESTRATEGIAS DE INTERVENCION.**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

PRESENTADO POR:

MERCEDES GUADALUPE ALAS ARNESTO

EDUARDO ENRIQUE PEREZ FLAMENCO

JOSE NICOLAS CAÑAS REYES

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

NOVIEMBRE, 2001

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMERICA.

AUTORIDADES

LIC. JOSE MAURICIO LOUCEL.

RECTOR

ING. NELSON ZARATE SÁNCHEZ

VICERRECTOR ACADEMICO

LIC. ARELY VILLALTA DE PARADA

DECANA

JURADO EXAMINADOR

LIC. RICARDO GUTIERREZ QUINTANILLA

PRESIDENTE

LIC. ADBELICA LUNA

PRIMER VOCAL

LIC. EDGARDO RENE CHACON ANDRADE

SEGUNDO VOCAL

NOVIEMBRE 2001

INDICE

	Pág.
Introducción	i
CAPITULO I	1
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	
1. planteamiento del problema	
1.1. Situación Problemática	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Delimitación del Problema	6
1.4. Justificación	7
1.5. Sistema de Objetivos	9
CAPITULO II	11
MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.	
2. Antecedentes de la Salud Mental	11
2.1. La Salud Mental	13
2.2. Psicología Comunitaria	14
2.3. La Salud Mental Comunitaria dentro del campo de la	
Salud Pública	19
2.3.1. Atención Comunitaria	19
2.3.2. Atención Primaria	22
2.3.3. Atención Secundaria	23

2.3.4. Prevención y Promoción en Psicología Comunitaria	24
2.4. Roles del Psicólogo Comunitario	29
2.5. Contexto de la Salud Mental Comunitaria	31
2.5.1. Salud Mental en El Salvador	31
2.5.2. Enfoque Histórico de la Psicología en El Salvador	35
2.6. Marco Conceptual	38
CAPITULO III	44
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
3. Tipo de Investigación	44
3.1. Método	44
3.2. Población y Muestra	45
3.3. Instrumento	46
3.4. Procedimiento	47
CAPITULO IV	49
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
4.1. Análisis de los datos Generales	51
4.2. Análisis de Respuestas	56
4.2.1 Análisis del Cuestionario de las condiciones familiares, Drogas y Necesidades en atención comunitaria.	56
4.2.2 Análisis de la prueba psicológica Mini-mult 82	80

4.2.3 Consolidados de cuestionario y prueba psicológica	92
 CAPITULO V	 96
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	
5.1 Conclusiones	96
5.2 Recomendaciones	98
5.3 Propuesta De Un Perfil De Estrategias De Intervención En	
Salud Mental Comunitaria.	100
5.3.1 Introducción	100
5.3.2 Metodología	101
5.3.3. Recursos	103
5.3.4 Evaluación	104
5.3.5 Programa de Atención Comunitaria.	103
5.3.6 Esquema de Atención Comunitaria	108
5.3.7 Cronograma	111
5.3.8 Propuesta del perfil de un plan estratégico en	
Salud Mental Comunitaria	113
BIBLIOGRAFÍA	119
ANEXOS	123

INTRODUCCION

La sociedad salvadoreña, vive inmersa en una situación de crisis generalizada que afecta a todos los ámbitos sociales, especialmente a los grupos más vulnerables, dado esto por la alta densidad demográfica y una alta tasa de desempleo. Lo cual genera problemas sociales, ambientales, económicos, culturales y emocionales, que provocan alteraciones del psiquismo individual y colectivo, generando un deterioro en la Salud Mental.

Por lo anterior, se observa que el tipo y forma de las acciones o interacciones que algunos individuos o grupos realizan al interior de la sociedad, tienen un sentido nocivo, que difiere del concepto de Salud Mental, que sería un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos.

Desde el punto de vista Psicológico, el interés de este trabajo es reconocer problemas en Salud Mental para poder establecer un Diagnóstico de necesidades en Atención Comunitaria, con el fin de proveer un Perfil de estrategias de intervención, para fomentar la Salud Mental en El Salvador.

Este trabajo de tesis de grado, se orienta a la investigación de campo, dentro de una comunidad en el departamento de San Salvador, con el fin de conocer los problemas en salud mental y necesidades en atención comunitaria.

El contenido del trabajo está dividido en capítulos, los cuales contienen: La situación problemática, la cual es la recopilación de datos documentales de diferentes fuentes.

El Marco Teórico y Conceptual, el cual contiene la parte teórica en cuanto a la temática.

La Metodología de la investigación, donde se define el aspecto cualitativo y cuantitativo por medio del cual se hizo la investigación.

Análisis de resultados, que describe la magnitud y el estado de los diferentes fenómenos encontrados en la comunidad.

Conclusiones y recomendaciones, que contienen la valoración que el equipo de trabajo realizó en cuanto a la investigación hecha en la comunidad.

Perfil de estrategias de intervención, la presentación de un modelo a seguir para implementar los procedimientos adecuados para aplicarlos.

CAPITULO I

SITUACION PROBLEMATICA.

1. Planteamiento del problema.

En la actualidad, la sociedad salvadoreña enfrenta una gran variedad de problemas sociales, ambientales, económicos, culturales y emocionales, que dan como resultado alteraciones del psiquismo individual y colectivo. Reflejándose específicamente en los grupos más vulnerables, o sea aquella parte más débil de la comunidad que sufre marginación de todo tipo, como: Jóvenes en riesgo, menores abandonados, poblaciones que viven en condiciones de estrés (víctimas de catástrofes, refugiados, desplazados, ancianos, discapacitados, grupos altamente deprivados, etc.).¹

La salud mental es un carácter de la vida que se construye históricamente, en las acciones o interacciones que los individuos o grupos realizan al interior de una sociedad determinada. Esto implica que la salud mental está íntimamente ligada con el tipo y forma de Relaciones Humanas que se definen en los grupos sociales, el cual se materializa diferencialmente en las personas, a través de sus comportamientos, actitudes, emociones y otras formas del psiquismo humano.

Se puede decir que todas las personas requieren, en forma diversa, intervenciones de Salud Mental, debido a la presencia de innumerables síntomas o manifestaciones de fuertes estados de angustia, posturas de alerta por temor a que algo suceda, alteraciones en los estados de ánimo, caracterizados por tristeza o cólera, presencia de dolencias somáticas importantes, como dolores de cabeza, dolores de espalda, sensación de mareos, así como alteraciones en las relaciones interpersonales.

A pesar de que existe consenso entre los profesionales de la salud mental en cuanto a la forma de entender e intervenir a las dificultades emocionales o mentales de las personas, no se ha logrado la obtención de metas que orienten al alivio del sufrimiento, ni a la promoción del crecimiento y desarrollo de las potencialidades humanas.

¹ Folleto: Salud Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador.(1994)

Se entiende que la situación de salud o enfermedad mental presente en un individuo, implica la relación de variables interpersonales e intrapersonales conjugadas dentro de un marco de fuerzas ambientales y sociales, que en conjunto desarrollan el estado tal del individuo que le permitan desenvolverse “adecuadamente” o no en su entorno social.

Un hecho que se debe tomar en cuenta, en relación de como el entorno afecta al individuo son: Los doce años de confrontación vivida en el país han traído como consecuencia la destrucción del sentido de comunidad. El trauma social experimentado por la sociedad Salvadoreña se ha reflejado en unas relaciones interpersonales y sociales enfermas y traumáticas. A fin de examinar el posible impacto de la guerra en la Salud Mental de la población salvadoreña, debemos tratar de comprender la guerra misma en lo que tiene de alteración y conformación de las alteraciones sociales.

Se podría calificar la guerra con tres términos: Violencia, polarización y mentira.

Con respecto a la violencia se puede decir que la guerra supone una confrontación de intereses sociales, que acuden a las armas como recurso para dirimir sus diferencias. Por esto, una sociedad donde se vuelve habitual el uso de la violencia para resolver lo mismo problemas grandes que pequeños, es una sociedad donde las relaciones humanas están larvadas de raíz.

La polarización, es pues el desquiciamiento de los grupos sociales hacia extremos opuestos. Produciéndose una fisura crítica en el marco de la convivencia, que lleva a una diferenciación radical entre “los unos” y “los otros”, según la cual “unos” son siempre de antemano los malos, mientras que “los otros” son los buenos.

La mentira, va desde la corrupción de las instituciones hasta el engaño intencional en el discurso público, esto ha llegado a impregnar de tal manera la vida de la sociedad que se termina por forjar un mundo imaginario. Cuya única verdad es que se trata de un mundo falso.

La mentira institucionalizada, la constante violación a los Derechos Humanos, actualmente en escalada en los diversos sectores de la sociedad, la injusticia social, la

lucha por el poder, la intolerancia partidista, el antagonismo ideológico dividió y desmembró tanto a la comunidad nacional como a la local. La convivencia social se reemplazó por una lucha entre hermanos que desorganizó la sociedad, de tal manera que la desconfianza, la sospecha y la paranoia, se convirtieron en normas de vida y en exigencias de supervivencia.

La ruptura del sentido y vivencia comunitaria, la destrucción de los lazos de solidaridad, amistad y cooperación mutua, reflejó el trauma social que más ha afectado a la salud mental del salvadoreño. La inseguridad que esto significó llevó a miles de ciudadanos a huir, a esconderse, a aislarse, a separarse de los otros, a pensar en sobrevivir. Pero, si bien es cierto, que esta realidad fue vivida por una gran mayoría de salvadoreños, para otros, (refugiados, repatriados, desplazados) la guerra significó una experiencia de vida grupal y comunitaria muy fuerte y que, sin lugar a duda, constituyó un aporte a la salud mental.

La insalubridad mental vivida durante los años del conflicto armado fue una consecuencia de la destrucción de la comunidad; el restablecimiento y consolidación de la comunidad puede significar para muchos, salud mental. Capitalizar y sistematizar las experiencias comunitarias en estos últimos años, vividas por grupos específicos de salvadoreños debe orientar el diseño de estrategias e implementación de programas en salud mental durante la postguerra.

Construir la comunidad, organizarla, facilitar la participación de todos los miembros en la vida y actividades de crecimiento y sostenimiento de ésta, será condición indispensable para que la salud mental sea una realidad para la gran mayoría de salvadoreños.²

Por tal razón, el trabajo comunitario de la Psicología buscará la eliminación de síntomas y signos presentes en las personas, pero también promoverá la acción transformadora del sistema social de la comunidad en particular, a través de diversos programas que inciden en el cambio social. Tomando en cuenta que dichos programas no deberán ser impuestos a la comunidad, sino, nacer de sus mismos intereses para obtener los resultados deseados.

² Revista de Psicología de El Salvador, Volumen XI, Número 44, Departamento de Psicología y Educación, (UCA) Editores, El Salvador (1992) Pag. 87-88.

Debido a todo lo antes expuesto se hace necesario llevar a cabo la identificación de problemas en salud mental y diagnóstico de necesidades en atención comunitaria, para presentar un perfil de estrategias de intervención.

1.2. Formulación del Problema.

De acuerdo a lo expuesto en la situación problemática, con respecto a las diferentes manifestaciones del individuo en su medio y relativo a la salud mental comunitaria, se hace necesario plantear el siguiente problema:

¿Qué aportes ofrece la realización de un diagnóstico de necesidades en atención Comunitaria y el diagnóstico de problemas en salud mental, para elaborar un perfil de un plan estratégico en Salud Mental Comunitaria?

1.3. Delimitación del problema.

1.3.1. Social.

Se trabajó, con una población de 298 habitantes de la comunidad “El Campito”, de los cuales 158 son niños y niñas menores de doce años y los 140 restantes, son mayores de trece años, de ambos sexos. Dicha información fue proporcionada por la Alcaldía Municipal de San Salvador, distrito N° 5 del Barrio San Jacinto.

1.3.2. Espacio.

Se realizó en la comunidad El Campito, del barrio San Jacinto, al Sur del departamento de San Salvador.

1.3.3. Tiempo.

La investigación se realizó a partir de Noviembre de 2000 hasta marzo de 2001.

1.3.4.Contenido:

Elaboración de un Diagnóstico de problemas en Salud Mental y un diagnóstico de necesidades en atención comunitaria: Propuesta de un perfil de un plan estratégico en Salud Mental Comunitaria.

1.4. Justificación.

En la actualidad El Salvador se enfrenta a un deterioro en el ámbito social, económico y político teniendo como resultado el aumento de: Violencia intrafamiliar y generalizada, delincuencia, abuso de sustancias y prostitución, y últimamente se ha observado en los distintos medios de comunicación masiva, el involucramiento en algunos delitos a miembros de la policía Nacional Civil y mal procedimiento en la administración de justicia de algunos jueces.

Debido a todo lo anterior, se observa en la población innumerables síntomas o manifestaciones de fuertes estados de angustia, alteraciones en los estados de ánimo, presencia de dolencias somáticas, así como alteraciones en la interacciones interpersonales, presentándose un deterioro en la salud mental de la población. De esto surge la necesidad de identificar los factores de mayor incidencia en el apareamiento o generación de una problemática o enfermedad en la comunidad.

Siendo la prevención la meta básica para detección temprana de los posibles casos para su tratamiento oportuno, ya que la salud en el ser humano no sólo se limita a la ausencia de enfermedades sino que también comprende su capacidad para disfrutar de bienestar físico, mental y social, así como su posibilidad de realizar todas sus potencialidades.

“Debido a que la salud mental es el marco en el que se estructura el equilibrio interior y la conducta del ser humano, el funcionamiento adecuado de todos sus aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino de la felicidad y de lograr correctas relaciones interpersonales, que le permitirán funcionar en forma adecuada como una de las piezas

del complejo engranaje que constituye el medio social en que nace, se desarrolla y muere, dependen básicamente de su capacidad para lograr un equilibrio armónico de sus funciones intelectuales, afectivas, y conativas”.³

Es decir, que el individuo debe poseer serenidad frente a la vida, una alegría de vivir o un estado armonioso en su relación consigo mismo y con el mundo externo, sin esto no habría salud mental, el ser humano encuentra a menudo en el transcurso de su vida, tropiezos, dificultades y sufrimientos, el individuo que posee una buena salud mental sabe afrontar todas esas dificultades, en una actitud objetiva y valerosa y no pierde por completo esa armonía interior y con su mundo.

1.5. SISTEMA DE OBJETIVOS.

1.5.1. Elaborar un Diagnóstico de problemas en Salud Mental

Definición Conceptual: consiste en investigar de manera sistemática los problemas en Salud Mental existentes en la comunidad.

Definición Operacional: Se define el diagnóstico técnico como la evaluación de los síntomas o características Psicopatológicos que impliquen problemas en Salud Mental.

Indicadores:

Personalidad

Condición Familiar

Drogas

³ Calderón Narváez, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. 2a edición (1984). Editorial Trillas, México, Pág. 15

1.5.2 Realizar un diagnóstico de necesidades en atención comunitaria.

Definición Conceptual: El diagnóstico consiste en investigar de manera sistemática los problemas que se presentan en atención hacia la comunidad, por ejemplo: servicios médicos, agua potable, etc.

Definición Operacional: Se define al diagnóstico técnico como la evaluación de la carencia de factores en atención hacia la comunidad.

Indicadores:

Servicios médicos

Servicios Odontológicos

Servicios Psicológicos

Servicios Básicos (Agua, Electricidad, Teléfono y Tren de aseo)

1.5.3. Elaborar una propuesta de un perfil de un plan estratégico en Salud Mental Comunitaria.

Definición Conceptual: Descripción de un proyecto de estrategias de intervención en Salud Mental.

Definición Operacional: Contenido de un programa de estrategias en Salud Mental.

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

2. Antecedentes de la Salud Mental.

Desde los albores de la historia, el hombre ha tenido que enfrentarse con diversos problemas de salud mental, determinados por factores de tipo genéticos y bioquímicos, seguramente en el transcurso de los siglos sus características han permanecido estables y, si pudiéramos trasponer la barrera cronológica, encontraríamos que el esquizofrénico del siglo XX no difiere mucho del que habitaba nuestro planeta en el paleolítico inferior.

Sin embargo, los problemas psicológicos y las precarias condiciones sociales que afectan a la humanidad en nuestros días son de tal manera diferente que el individuo ha tenido que irse modificando bajo el efecto de los mismos, tratando de escapar, muchas veces sin éxito, de un torbellino que tiende a arrastrarlo hacia el abismo insondable de la enfermedad mental.

Para hacer frente a estos problemas, las sociedades primitivas, que interpretaban esos trastornos como fenómenos sobrenaturales determinados especialmente bajo la influencia de los espíritus antecesores del clan, recurrían a medios mágicos que si bien en algunas ocasiones eran efectivos por la acción benéfica de la sugestión, la mayor parte de las veces resultaban totalmente inútiles, y dejaban a la comunidad ante la disyuntiva de utilizar como único recurso la reclusión obligada del enfermo mental.

Así surgieron en todo el mundo los manicomios de triste memoria. en donde durante muchos siglos las celdas, las cadenas y otros medios de contención, degradaron al ser humano y lo llevaron hasta los estratos más bajos de la escala animal.⁴

⁴ Calderón Narváez, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. Editorial Trillas. 2ª Edición, México(1984), Pag. 13-14.

En plena Revolución Francesa, al liberar Pinel de sus cadenas a los enfermos mentales de la Salpêtrière, inició la etapa humanística de la psiquiatría. Lamentablemente su espíritu de cambio no fue compartido por la mayor parte de los alienistas del siglo XX, quienes siguieron por inercia la tradición establecida de aislar a los enfermos de una sociedad que siempre les ha temido y repudiado.

Con el advenimiento del psicoanálisis, representado originalmente por la figura de Freud y sus discípulos y posteriormente por otras escuelas con orientación diferente, la Psiquiatría sufrió una total transformación. Existía ya una nueva escuela para explicar el complejo mecanismo de muchos de los problemas Psicopatológicos, así como un nuevo procedimiento terapéutico que se mostraba alentador por los resultados obtenidos en algunos casos particulares.

El entusiasmo despertado por esta novedosa orientación hizo que muchos especialistas abandonaran los viejos manicomios y se dedicaran a practicar el nuevo procedimiento terapéutico en sus propios consultorios. Este cambio, sin embargo, no mejoró en forma apreciable los beneficios de la comunidad, ya que los profesionales, al abandonar los gruesos muros de los asilos, se refugiaban en los enquistamiento de la psiquiatría.⁵

⁵ Idem

2.1. La Salud Mental.

La salud mental se ha transformado a través de tres revoluciones (Bellock, 1964; Hobbs, 1964)⁶. El término revolución implica que estos cambios poseen una calidad dramática, repentina y decisiva y que iniciaron determinados enfoques que eran radicalmente distintos.

Philippe Pinel fue el que promovió la primera revolución de salud mental en 1793, al desencadenar a los internados en el BICETRE en París y sostener que a los enfermos mentales se les tratara de una manera humana y mantener una expectativa firme acerca de que podrían mejorar.

La segunda revolución de salud mental se atribuye a las teorías de Sigmund Freud y a las demostraciones clínicas acerca de la función que ejercen los factores Psicológicos sobre algunas de las perturbaciones de la conducta, en particular la neurosis. La obra de Freud trazó la senda para que la psicoterapia se convirtiera en la técnica del tratamiento principal para los desórdenes psiquiátricos.

La tercera revolución de la salud mental adopta diferentes nombres, incluyendo la Psicología comunitaria, la salud mental comunitaria, y la psiquiatría comunitaria (las cuales no son sinónimos y no se deben emplear de una manera intercambiable). La mayoría de los Psicólogos comunitarios promulgan que el desarrollo de la conducta humana depende de las interacciones que tienen con su medio ambiente.

Es preciso tener en cuenta que el hombre es un ser esencialmente social y que su relación con el entorno, ambiente o espacio, está mediatizado por aspectos sociales, económicos, políticos y culturales.

⁶ Ibid.

2.2. Psicología Comunitaria.

Rapaport (1977) describe la importancia que tiene aplicar una perspectiva Ecológica a la psicología comunitaria. Esta perspectiva destaca el valor que representa mejorar el ajuste entre las personas y los ambientes.

Una afirmación semejante es la posición ecológica. Mann (1978) quien describe la Psicología un campo que se dedica a fortalecer la calidad de vida comunitaria al mejorar los ambientes y recursos sociales o aumentar las competencias personales.⁷

Por su parte Pichon Riviere, señala que: La Salud mental consiste “en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. Se puede decir también que consiste en una relación, o mejor dicho en una actitud sintetizadora y totalizante, en la resolución de las antinomias que surgen en su relación con la realidad”⁸

⁷ Bernstein, Douglas. Introducción a la Psicología Clínica. Editorial. Mc Graw Hill(1996), México.Pag. 480-481.

⁸ Riviere, Pichon, [www. Gratisweb. Com/ pcasau/art-saludmental. Htm](http://www.Gratisweb.Com/pcasau/art-saludmental.Htm)

La Psicología comunitaria es una disciplina joven, centrada en una serie de hechos e ideas que comenzaron en la época de 1950 y culminaron en el nacimiento oficial la Psicología Comunitaria en 1965. Su lugar de nacimiento fue Swampscott, Massachusetts, donde más de treinta Psicólogos, muchos de los cuales ya estaban empleados en los centros de Salud Mental, se congregaron para hacer una llamada a los Psicólogos comunitarios que serían “agentes de cambio, analistas del sistema social, consultores para asuntos de la comunidad y los estudiosos por lo general del hombre completo en relación con todo el ambiente”(Bennet, 1965).⁹

La Psicología Comunitaria está incrustada dentro de la Psicología clínica, la mayoría de los psicólogos comunitarios practicantes reciben su entrenamiento profesional en los programas de la Psicología clínica. Un conjunto de cambios ocurrió principalmente dentro de la Psicología, en especial la Psicología Clínica dado que las dos guerras mundiales cambiaron de una manera radical la estructura de la naturaleza de la Psicología Clínica. Al finalizar la segunda guerra mundial, apareció un movimiento, en todos los países, llamado Psiquiatría de la comunidad, el cual ha tenido la tendencia de romper el aislamiento Psiquiátrico tradicional.

La historia de la aparición de la Psicología Comunitaria demuestra suficientemente su estrecha relación con la Salud Mental Comunitaria y, por ende, con la Salud Comunitaria. Por esto, a su creación, el grupo de Psicólogos implicados en el desarrollo de programas en Salud Mental Comunitaria, se reunieron para reflexionar sobre la educación de los Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria, sobre las nuevas concepciones al respecto,

⁹ Bernstein, Douglas. Introducción a la Psicología Clínica. Editorial McGraw Hill(1996), México. Pag. 493.

sobre la influencia de los factores ambientales en el comportamiento y sobre la importancia de la participación comunitaria en los programas de Salud Mental.

Si se considera las diversas definiciones de Psicología Comunitaria (Rappaport, 1977), se encuentra en ellas un conjunto de elementos que delimitan tanto su cuerpo teórico como su práctica:

- ✓ El concepto integral de Salud, en el que se rechaza la dicotomía Salud Mental-Salud Física, y que se ajusta al modelo BioPsicoSocial.
- ✓ 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 entiende como evaluación de necesidades y recursos y como evaluación continuada de la propia intervención.
- ✓ Intervención, en sentido amplio, centrada en comportamiento, considerándolos como elementos no desvinculados del medio, sino, precisamente, resultados o dependientes de la intervención con el mismo, y que suponen la adopción de una perspectiva Ecológica, que atienden a la función que ejercen las fuerzas sociales y ambientales en el desarrollo de los problemas humanos, persiguiendo el ajuste del individuo a su ambiente físico, biológico y psicosocial.
- ✓ Énfasis en la prevención y en la promoción de la salud, para fomentar y/o crear comportamientos, actitudes y contextos favorables y facilitadores de la misma.

- ✓ Preocupación fundamental por el cambio social, así como la evaluación y planificación del mismo.
- ✓ Prioridad al trabajo y colaboración con la comunidad utilizando sus recursos y capacidades existentes y creando lo necesario para la consecución de los fines perseguidos.
- ✓ Trabajo con y sobre la comunidad subrayando la importancia de los servicios indirectos centrados en programas más que en casos individuales y en la salud más que en la enfermedad.
- ✓ Preparación de voluntarios, paraprofesionales y coterapeutas, con la pretensión de que sean los individuos pertenecientes a la comunidad los que organicen y produzcan su propio cambio de acuerdo a sus necesidades y recursos, para lo cual se hace necesario el fomento o establecimiento de redes ágiles de intercambio de recursos.
- ✓ Uso del activismo social como una forma de intervención.
- ✓ Uso de la investigación como una forma de intervención, con fines de evaluación de experimentos, social y de disseminación.

Justamente, la Psicología Comunitaria persigue, al igual que la Salud Comunitaria, cambios amplios del sistema social, y sus metas se relacionan siempre con la comunidad o con sus subsistemas o grupos comunitarios asumiendo que los efectos de su intervención se extenderán a todos los individuos de la comunidad. A su vez, la Salud Mental Comunitaria puede considerarse como un conjunto de actividades dentro de la Psicología Comunitaria. Esta constituye una Psicología acerca de la comunidad, mientras que la anterior, es una Psicología dentro de la comunidad. La Salud Mental Comunitaria se interesa más por la asistencia directa a los individuos y sus metas se dirigen con una mayor eficacia de los servicios clínicos realizados a las personas necesitadas¹⁰.

¹⁰ González, Antonio, Psicología Comunitaria. Textos Visor. 2ª Edición. España. 1993. Pag.49

2.3. La Salud Mental Comunitaria dentro del campo de la Salud Pública.

De acuerdo con los postulados de la Medicina moderna, al integrarse la Salud Mental a los programas de Salud Pública, deben fijarse como objetivos principales las actividades de tipo preventivo a todos sus niveles.¹¹

2.3.1. Atención Comunitaria.

Tiene como finalidad disminuir la tasa de trastornos emocionales en la comunidad y actúa en contra de los factores sociales nocivos, que puedan originar enfermedad mental, mediante una actuación efectiva en su contra. Consecuentemente el programa de atención Comunitaria debe necesariamente agrupar miembros importantes de la comunidad, tales como: escuela, iglesia, agencias sociales, y en forma muy especial, a la propia familia del individuo, así como a otras personas que desempeñen una actividad importante.

Este concepto de atención comunitaria, incorporado recientemente a la psiquiatría será efectivo solamente si sus principios son aplicados por trabajadores de cualquier nivel, en la actividad comunitaria.

Las técnicas utilizadas con esta finalidad deben ser dirigidas a tres grandes grupos, a saber: niños y adolescentes, jóvenes y adultos y personas de edad avanzada. Es conveniente señalar, sin embargo, que aunque esta división estructural puede ser útil con fines didácticos, de hecho los tres grupos están estrechamente unidos y no pueden ser separados en la práctica.

En el grupo de niños y adolescentes las actividades se inician desde la época perinatal, tratando de evitar cualquier enfermedad durante el embarazo que pueda originar daño cerebral en el producto, o nacimientos prematuros, partos mal atendidos.

¹¹ Calderón Narváez, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. Editorial Trillas. 2ª Edición, México.1984.pag.22.

La educación de la pareja que espera su primer hijo es indispensable para que sepa adoptar las actitudes adecuadas en relación con su responsabilidad hacia él, tomando en consideración que el desarrollo adecuado del pequeño depende en gran parte de la habilidad de sus progenitores para satisfacer sus necesidades básicas.

De importancia semejante es la participación de los maestros, quienes tendrán a su cargo gran parte del bienestar emocional del niño y del adolescente durante su vida escolar; de los médicos generales, de los pediatras y de los que realizan sus actividades profesionales en centros educativos tratando de prevenir los padecimientos somáticos que pueden determinar secuelas que originen, posteriormente, problemas en el desarrollo psíquico en los pequeños bajo su cuidado. Se ha demostrado que el buen conocimiento de la vida sexual, iniciado en forma adecuada desde las épocas tempranas de la vida, evita grandes problemas en el desarrollo psicosexual del joven y aun del adulto.¹²

En los individuos de edad adulta, una correcta orientación de sus actividades maritales, laborales, religiosas y sociales evita problemas que posteriormente pueden traducirse en trastornos Psicopatológicos, con su correspondiente influencia negativa dentro del núcleo familiar. La educación en áreas específicas como el alcoholismo, los accidentes, las intoxicaciones, etc., generalmente disminuye la frecuencia de este tipo de problema dentro de la comunidad.

¹² Ibid.

La orientación, educación y consejo al grupo de personas de edad avanzada, dentro de los programas de salud mental comunitaria, pueden evitar o atenuar los serios efectos que en forma inevitable determina en todos los individuos el avance inexorable de la salud. Sabemos que la soledad, el retiro prematuro sin la programación adecuada de actividades, la pérdida de familiares o de amigos, la incapacidad que los padecimientos físicos propios de la senectud y los matrimonios tardíos con personas de edad mucho menor, son elementos que pueden destruir en un lapso relativamente corto la integridad Psíquica por largos años conservada.¹³

¹³ Idem.

2.3.2. Atención Primaria.

Se entiende por atención primaria a la identificación temprana de los procesos Psicopatológicos o de los trastornos funcionales resultantes de los conflictos intra o interpersonales. Esta actividad permite el tratamiento oportuno de los mismos.

Durante la época preescolar se presentan varios factores que originan alteraciones crónicas en el sueño o en los patrones alimentarios, que posteriormente pueden determinar conducta autística, severos síntomas fóbicos y obsesivos-compulsivos, o trastornos Psicofisiológicos importantes que, como el asma, el eczema y otros, frecuentemente están relacionados con problemas de ansiedad infantil.

Al ingresar a la escuela se pueden identificar trastornos en el aprendizaje (Agresividad, hiperactividad o apatía), que los mismos pueden ser determinados por problemas endocrinos, alteraciones orgánicas o conductas neuróticas, con frecuencia resultante de un manejo inadecuado por parte de los padres. El tratamiento oportuno de una insuficiencia tiroidea, la educación para el manejo adecuado de los hijos o el uso de técnicas especiales de enseñanza a nivel escolar, suelen resolver situaciones que de no ser oportunamente atendidas, determinarán una problemática Psicopatológica creciente.

La turbulencia emocional que presenta durante la adolescencia, hace especialmente difícil el diagnóstico temprano de cuadros Psicopatológicos que en ocasiones, aun con experiencia clínica adecuada, resulta difícil diferenciar de una exacerbación de los problemas que habitualmente se presentan en esta época de la vida.

Es conveniente recordar, por otra parte, que la epilepsia y la esquizofrenia suelen iniciar sus manifestaciones en esta época de la vida, al igual que los problemas de tipo psicosocial, como la fármaco dependencia, el suicidio y la conducta antisocial.

En la edad adulta, las descompensaciones psicológicas, que pueden originar depresiones severas, suicidios o cuadros psicóticos, se presentan con frecuencia asociados a crisis vitales y a cambios de importancia en los patrones conductuales establecidos. El médico familiar debe estar alerta para descubrir los signos incipientes de descompensación en

este sentido, así como de otros precursores de trastornos Psicofisiológicos tales como el asma, la úlcera péptica, la artritis y la colitis ulcerosa. En general, estos signos incluyen falta de satisfacción en el trabajo diario, en la forma de vivir y deterioro en las relaciones interpersonales.¹⁴ Los cuadros depresivos en el climaterio afectan cada día a un mayor número de personas y determinan generalmente cuadros severos y de difícil manejo terapéutico.¹⁵

2.3.3. Atención secundaria

La meta de la atención secundaria es la reducción de los efectos residuales que se presentan después que los trastornos mentales han terminado. Entendido por efecto residual a la reducción en la capacidad de un individuo para contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad. En esta definición queda implícito el papel crucial de los servicios de rehabilitación, los cuales permiten al ex-paciente funcionar en su máxima capacidad lo más pronto posible después de haber sido dado de alta en un hospital.

La atención de postcuración de estos pacientes, que tiende a evitar recaídas y nuevos internamientos, puede realizarse en servicios de consulta externa, en hospitales diurnos o nocturnos, en talleres protegidos o en centros comunitarios especialmente programados para permitir la vigilancia del antiguo paciente en todas las actividades que realiza en el seno de la comunidad.¹⁶

A su vez el trabajo de reinserción del paciente a su vida cotidiana, conlleva el apoyo del encargado de la atención Comunitaria, a través de grupos de autoayuda, que generen la readaptación del individuo.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

2.3.4.Prevencción y Promoción en Psicología Comunitaria.

Dentro del marco de la Psicología Comunitaria se hace indispensable reflexionar sobre dos conceptos que, junto con la perspectiva metodológica llenan de sentido a esta disciplina que surge ante el fracaso de los sistemas tradicionales de atender los problemas del hombre y ofertar nuevas estrategias de intervención para mejorar la salud y el bienestar social de la comunidad. Prevención y promoción constituyen, sin duda los ejes cartesianos de la investigación social comunitaria, y es la referencia obligada de todos los profesionales que actúan, sobre todo en el nivel comunitario.

PREVENCIÓN:

El término prevención ha estado durante mucho tiempo ligado a las ciencias de la salud y en concreto a la medicina, ya que surge, efectivamente, dentro de ellas como complemento y a veces enfrentamiento a la practica asistencial individual. El desarrollo de la revolución industrial, las deficitarias condiciones de vida de los trabajadores y la aparición en escena de las enfermedades transmisibles, orientó parte de la investigación hacia acciones preventivas de carácter colectivo dirigidas a controlar las causas de los microorganismos. Esta nueva orientación de la medicina ha revolucionado con el tiempo y con la aparición de nuevos tipos de enfermedades, dando lugar a disciplinas como la higiene experimental, la epidemiología social, la medicina social y comunitaria, y se ha pasado de concepciones unicasales de la enfermedad a la teoría de la multicausalidad y a distinguir distintos niveles en la tarea preventiva.

La prevención se refiere a que, sus acciones se orientan, fundamentalmente, al individuo o hacia los denominados grupos en riesgos, es decir, a grupos de personas que en virtud de su condición biológica, social o económica, de su conducta o ambiente, son más susceptibles a determinadas enfermedades o problemas sociales. Las edades tempranas, los individuos desnutridos, los adultos mayores, las embarazadas, los obesos e hipertensos, son grupos especialmente vulnerables y, por tanto objeto de acciones específicas para la prevención de posibles patologías. Por otra parte, la pobreza, el

divorcio, las adicciones, el internamiento de cualquier tipo, son igualmente situaciones de riesgo en las que es preciso una intervención desde el ámbito social.

Promoción:

Promoción es considerada tanto como un principio, como una perspectiva, una estrategia, un objetivo, una política, una fuerza social. En el campo de la salud, representa un concepto unificador para los que reconocen la necesidad de cambio, en las formas y condiciones de vida, con el fin de promover la salud y el bienestar social.

Nutbean(1985) ha definido la promoción de la salud, como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mejor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su salud. Esta definición se completa con las siguientes consideraciones:

- ✓ La promoción de la salud tiene connotaciones positivas, y aparta la atención de la especificidad de las enfermedades, reforzando el paso del status quo a un estado ideal de salud.
- ✓ Implica necesariamente a la población en su conjunto y dentro del contexto de su vida cotidiana, en vez de enfocarse sólo a las personas con riesgo.
- ✓ Intenta en especial conseguir una efectiva y concreta participación de la comunidad, tanto en la definición de problemas, en la toma de decisiones, como en las medidas a emprender.
- ✓ Se orienta hacia los estilos de vida, promoviendo habilidades personales para influir sobre los factores que determinan la salud y el bienestar, así como para el desarrollo de estrategias adecuadas para afrontar situaciones.
- ✓ Procura reforzar las redes y apoyos sociales, como determinantes de actitudes, valores y conductas significativas.
- ✓ Se relaciona muy directamente con las condiciones de vida (vivienda, trabajo) prerequisites de la salud y el bienestar social.

- ✓ Influye sobre el entorno (físico y social) para reforzar los factores favorables y modificar los que impiden estilos de vida saludable: se trata de conseguir que las opciones que son sanas sean fáciles de elegir.
- ✓ Combina actividades y enfoques diversos, pero complementarios: comunicación, educación, medidas fiscales, cambios organizacionales, desarrollo comunitario.

Son numerosas las acciones y los contextos de intervención y promoción de la salud y el bienestar. Organizar actividades deportivas comunitarias, construcción de espacios verdes en la ciudad, prohibición de la propaganda del tabaco y el alcohol, exposición de modelos comportamentales de salud, potenciación de las asociaciones de ayuda mutua, son un ejemplo de actividades promocionales. La familia, el trabajo y la escuela son sin duda, por sus características esenciales, los contextos donde se consigue una mayor eficacia y eficiencia en los programas de intervención.¹⁷

El modelo médico, se adapta igualmente a la Psicología Comunitaria y particularmente las técnicas de tratamiento y las patologías sociales que puedan devenir de las presiones psico-sociales.

Como ejemplo, se observó, la planificación hecha en El Salvador por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en ocasión del estado de emergencia a raíz del terremoto acaecido el 13 de Enero de 2001, en el cual a partir de un modelo médico se puso en marcha un plan para trabajar con equipos multidisciplinarios, en pro de la Salud Mental de las personas damnificadas, en diversos albergues, notándose relevancia hacia el trabajo de los Psicólogos, quienes trabajaron conjuntamente con médicos y otros profesionales de la salud; con el fin de brindar un tratamiento integral a la población,

¹⁷ González, Antonio. Psicología Comunitaria. Textos Visor. 2ª Edición. 1993. España. Pag. 57-61

promoviendo la autogestión de los mismos individuos y a su vez previniendo la aparición de posibles patologías.

2.4. Roles del Psicólogo Comunitario.

Los psicólogos y Psicólogas comunitarias han fungido como científicos o expertos, como promotores, profesionales, agentes de cambio, etc.

En los inicios de la disciplina, existía una tendencia al rol del experto, pero la práctica hizo evidente la inconveniencia de este rol por cuanto estas se tornaban herméticas ante tales personajes. En otros casos el psicólogo(a) comunitarios podrían convertirse en un activista mas de la comunidad, perdiéndose de este modo su papel como investigador y teórico de los procesos comunitarios. En la actualidad el rol más frecuente es el de “ agente catalizador/a de procesos”, por medio del cual el investigador facilitador, de la organización y movilización comunitaria, está comprometido con el cambio social de los grupos intervenidos a la vez que estudia los procesos psico-sociales comunitarios de su interés, con el objeto de producir conocimiento teórico.¹⁸

Lo anteriormente planteado delimita las fronteras de trabajo del Psicólogo Comunitario evitando que se convierta en un sujeto activista, operativo y absorbente del que hacer comunitario, lo que pondría en riesgo el proceso de intervención comunitaria limitando y desnaturalizando el potencial socio histórico de la comunidad. El papel del investigador y productor de conocimientos teóricos y agente mediador y facilitador define con precisión la responsabilidad del Psicólogo ante la comunidad y el cambio social, la que a su vez significa el papel conductor y protagónico que le corresponde como un derecho de reivindicación histórica de la comunidad de defender sus intereses, impulsar sus plataformas económicas, sociales y vanguardizar los cambios sociales que redundan en su propio beneficio, por lo que, el Psicólogo Comunitario acompaña, estimula, orienta e interviene como un mediador en el desarrollo de la comunidad.

¹⁸ González, Martín, Fundamentos y Aplicaciones en Psicología Comunitaria. Textos Visor. España.1989. pag. 169

Dentro de las funciones del Psicólogo comunitario se encuentran:¹⁹

- ✓ Proporcionar información y promover actitudes.
- ✓ Ofrecer servicios de ayuda.
- ✓ Definir los problemas y las soluciones de los contextos de los participantes.
- ✓ Explicar a los sujetos los objetivos de la investigación.
- ✓ Planificar conjuntamente los programas de acción social y compartir los hallazgos.
- ✓ El cambio social se organiza principalmente desde la autogestión.
- ✓ Desarrollo de la comunidad.
- ✓ También se puede enlistar los principios de un Psicólogo Comunitario.²⁰
- ✓ Democrático.
- ✓ Necesidad de una comunidad informada.
- ✓ Investigación dirigida a la mejora de la calidad de vida.
- ✓ Desarrollo de análisis críticos de las instituciones (que no cumplan su labor social).
- ✓ Legitimización de la cultura popular.
- ✓ Desarrollo de una conciencia social mediante un proceso educativo y de cambio actitudinal.
- ✓ Desarrollo de equipos de trabajo colectivo.

¹⁹ Ibid

²⁰ Idem.

2.5. Contexto de la Salud Mental Comunitaria.

2.5.1. Salud Mental en El Salvador.

En la actualidad según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no cuenta con un plan de Salud Mental, por lo cual se ha obtenido ayuda de la Organización Panamericana para la Salud (OPS), con el fin de establecer un programa de Salud Mental Comunitaria de carácter permanente. Este programa está siendo “coordinado por las autoridades respectivas, con las diferentes instituciones gubernamentales y no Gubernamentales”.

Para el desarrollo de este programa le ha sido asignado por parte de la Organización Panamericana para la Salud al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un asesor especialista de origen Argentino, el Señor Doctor Hugo Cohen (Psiquiatra).

Al ser entrevistado el Señor Doctor Hugo Cohen²¹ por el equipo investigador, sobre dicho programa, manifestó lo siguiente: “Las prioridades en salud mental son desarrollar equipos en salud mental a nivel local, o sea que la salud mental, se integre dentro del sistema de salud, incorporando el uso de equipos multidisciplinarios, para la detección de áreas deficitarias.

Esto es una de las expectativas del nuevo programa que se pondrá en marcha junto con las autoridades de Salud del País. Entonces, así como cada centro de salud, una madre puede llevar a su niño por que tiene fiebre, también si una madre atraviesa por una crisis o un cuadro depresivo, en su centro de salud puede haber alguien que le dé la respuesta a su necesidad, cosa que hoy no la hay. No es un problema de El Salvador, la mayoría de los países de Centroamérica pasa algo similar.

De tal manera que la realidad aquí es espantosa, nosotros aquí lo que vamos intentar hacer es crear equipos de Salud Mental a nivel local para que puedan dar respuesta a las necesidades de la población, como a cualquier problema de salud, esto quiere decir, no

²¹ Entrevista Dr. Hugo Cohen, San Salvador, 20 de Septiembre de 2000, Oficina Organización Panamericana para la Salud (OPS)

llenar de Psiquiatras y Psicólogos, sino que lo fundamental es capacitar equipos de salud, para que sea el equipo de salud el encargado de resolver la situación de demanda que les planteen, cuando ellos no puedan, entonces será el especialista el que dé la cobertura y en todo caso tendrá que recibirlo él para entrevistarlos y ser evaluado”.

Pero la primera instancia de atención y rehabilitación, tiene que ser el equipo de salud, entonces el énfasis más grande que vamos a desarrollar es la capacitación. Vamos a empezar porque es un país, que aunque no es muy grande son treinta hospitales y varios centros de salud. Tenemos fijadas tres áreas demostrativas donde queremos demostrar que esto es posible en El Salvador, con los recursos que hay.

Donde más avanzamos es en la zona sur de San Salvador, donde ya estamos trabajando con los siete centros de salud y el hospital de referencia de segundo nivel, que es el hospital Saldaña, Hospital ex Neumológico. La idea es que si hay que hospitalizar un cuadro de crisis cualquiera, hay que hospitalizarlo como cualquier enfermedad. Las otras zonas es en Nueva Guadalupe, departamento de San Miguel, la otra es el Centro de San Marcos, en el departamento de San Salvador, y la otra es Santa Ana. El otro eje donde se va a trabajar es un plan nacional para la atención, prevención y rehabilitación de personas con Epilepsia, ya que el cuarenta por ciento de internos en el Hospital Psiquiátrico y consulta externa son por esta causa.

Una de las sugerencias del plan, es sobre la formación de nuevos profesionales, por lo que se tiene en el sector sur, un convenio con la Universidad de El Salvador, pues existe la necesidad de reestructurar las disciplinas encargadas de la salud, donde se tendrá que el trabajo social y de grado se van a ir reestructurando sobre la base de las necesidades de atención a la comunidad. Además la oficina de la Organización Panamericana para la Salud, con sede en Washintong, ha ofrecido que una universidad de Nueva York, que tiene un equipo experto en esto, vendrá a hacer un estudio, que ayudará al programa.

Según la obra de Elvio Sisti, Salud mental de base, el enfoque de la Salud Mental en El Salvador, se remonta recientemente, a la época del conflicto armado, que cobró más de 75 mil vidas, provocó el desplazamiento de grandes masas de población, afectó el

desarrollo socioeconómico del país; y marcó el dominio de la violencia como medio para las relaciones sociales en la realidad salvadoreña. Lo que cifró el aparecimiento de ideas nuevas sobre Salud Mental de base con un basto plan de aplicación. Ya en los primeros años de transición, la expectativa en el trabajo de la salud mental post-bélica se centraba en atender a las personas que como resultado de la guerra sufrían discapacidades físicas y otros eran inhabilitados emocionales.

Actualmente se hace necesario el contar con grupos interdisciplinarios y de la formación académica de los trabajadores de la salud Mental con un componente antropológico y sociológico. Gran relevancia toma en este campo, la cultura y el desarrollo humano. Donde cobran actualidad e importancia con el fin de buscar una solución integral a los problemas relacionados con la atención de la población.

Se hace necesario desarrollar las ideas del nivel de base de la salud mental, por debajo del cual la tensión Psiquiátrica-Psicológica sólo puede partir de cambios reales y participativos en el medio ambiente de los grupos en dificultad, asumiendo el concepto integral-participativo de Salud Mental.²²

2.5.2. Enfoque Histórico de la Psicología en El Salvador.

A partir de 1928 se encuentra en los anales de la historia de la Psicología de El Salvador, el despertar por el interés hacia el estudio y la aplicación de las pruebas psicológicas, siendo el inicio con fines propiamente pedagógicos.

Pero fue hasta en los años 1934-1935 que en el país se funda el primer “gabinete de Psicología” que tenía como dependencia los departamentos de psicodinámica, psicofisiología y pedagogía, manejado por médicos y profesores de educación primaria. Dicho gabinete fungió como dependencia del Ministerio de Instrucción Pública hasta 1954 y su propósito fue el de estructurar programas, actividades y acciones tendientes a

²² Sisti, Elvio. Salud Mental de Base. UCA Editores. 1ª Edición. 1995. El Salvador. Pag.25.

la extensión cultural magisterial. Importante fue en esta época la introducción de la Psicología aplicada a la escuela, dándole una nueva orientación a la enseñanza de nivel primario.²³

Consecuencia de todos estos movimientos científicos psicológicos fue el surgimiento del primer Departamento de Psicología, en la Escuela Normal Superior (1954), donde se capacitaban profesores de educación primaria para ejercer la Psicología en diferentes campos. Este acontecimiento va más allá de lo esperado, porque logró interesar a la Universidad de El Salvador, para que en 1949 dentro de sus programas de formación de la Facultad de Humanidades, incorporase los primeros cursos de verano sobre Psicología y en 1956 se funda el Departamento de Psicología, que funciona hasta la actualidad.

En la década de los 50, más exactamente en 1956, nace conjuntamente con la Escuela de Educación especial para niños retardados mentales, un servicio psicológico con el nombre de gabinete de Psicología, con personal aún no graduado, con nombramiento de maestros y con función de psicólogo de dicho gabinete.

De esta manera van surgiendo de acuerdo a la necesidad presentada, diferentes tipos de clínicas, centros de salud mental o departamentos de Psicología, para dar asistencia psicológica para quien los requiera o necesite.

Así se encuentra atención profesional psicológica en la procuraduría General de la República, en los centros adscritos al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, audición y lenguaje, parálisis cerebral, educación especial y centros para atención a ciegos.

Aquí el psicólogo funciona como miembro de un equipo multidisciplinario, participando en el diagnóstico, pronóstico, y tratamiento del paciente en proceso de rehabilitación.

²³ Dinarte Hernández, Rosmery Estebana. 1989. Tesis "Proyecto de Organización de un departamento de Organización Psicológica, en la Universidad Dr. José Matías Delgado". Capítulo 2 Pag. 5-6.

El Ministerio de Justicia, ofreció la oportunidad para la Psicología en El Salvador, dando servicios psicológicos, a los centros de protección infantil atendidos por el

Consejo Salvadoreño de Menores.

La industria, la banca y el comercio, sintieron la necesidad y reconocieron la importancia del psicólogo, lo que motivó la creación de plazas con el fin de adquirir tales servicios profesionales.²⁴ De esta manera ha evolucionado la Psicología en El Salvador, y es así que en el año de 1987 se crea la Junta de Vigilancia de la Profesión de Psicología, por medio del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de regular los principios éticos y normas de conducta, que definen el quehacer de los psicólogos.

Cabe recalcar que en el campo histórico en lo que a la Psicología respecta, se han desarrollado en las ultimas tres décadas lo que es el concepto de Servicios Polivalentes.

En primer lugar es polivalente porque nació no para solventar únicamente las especificidades de una rama sanitaria o de una especialidad médica. Nunca se pensó para que se hiciera cargo de acaparar toda la patología de un campo de la medicina. Por el contrario el polivalente atendería integralmente los problemas multiformes que interactúan en un territorio determinado desde el enfoque de la Salud Mental de base.

La idea de desarrollarse transformando la realidad se aplica también al nombre de los servicios polivalentes de atención Psicosocial, ya que más recientemente se percibe como la denominación “ servicios comunitarios de atención Psicosocial” avanza en la línea de desmitificar la imagen de establecimientos sofisticados y burocráticos.²⁵

²⁴ Ibid.

²⁵ Sisti, Elvio. Salud Mental de Base. UCA Editores. 1ª Edición. 1995. El Salvador. Pag. 132.

2.6. Marco Conceptual

El presente marco conceptual esta conformado de algunos conceptos básicos que se desarrollaron dentro del marco teórico, siendo estos los siguientes:

Adaptación:

Capacidad de el individuo para establecer relaciones satisfactorias con el mundo exterior, de manera que tanto el individuo como el mundo se benefician con esa relación.

Angustia:

Estado doloroso del temor e incertidumbre acerca del futuro inmediato y remoto.

Actitud:

Tendencia a reaccionar positiva o negativamente hacia ciertas personas, objetos o situaciones.

Agresión:

Termino que se aplica en carácter general a sentimiento de ira u hostilidad. Obra como motivo, a menudo en respuesta a amenazas, insultos o frustraciones.

Comunidad:

Es una relación social cuando y en la medida en que la actitud de la acción social, se inspira en el sentimiento subjetivo de los partícipes de construir un todo.

Conducta Inadaptada:

Es aquella que juzgan impropia las personas claves en la vida de un individuo.

Desarrollo Comunitario:

Es aquel que busca la eficiencia social de la comunidad, en la medida que los miembros de la comunidad son artífices de su propia superación.

Depresión:

Reacción emocional caracterizada por sentimientos de tristeza, soledad, rechazo, fracaso o desesperanza, o una combinación de ellos.

Diagnostico Técnico:

Es la exploración sistemática de las condiciones favorables y desfavorables de una empresa o unidad de la misma, que permita la evaluación real de las condiciones en que se encuentra funcionando.

Evaluación:

Significa reflexionar sobre lo positivo y lo negativo de las acciones que se han realizado, las que pueden realizarse durante la marcha del trabajo y al final del mismo.

Familia:

Es un grupo social permanente, constituido por el matrimonio, la unión no matrimonial o el parentesco y tiene como principios rectores la unidad, la igualdad de derechos del hombre y la mujer, la igualdad de derechos de los hijos y la protección integral.

Grupo social:

Todo grupo de personas, formal o informal, unido o disperso, que están relacionados entre si por algún vínculo o interés común.

Higiene Mental:

Es todo aquello que busca crear aquel ambiente personal y social, que nos da una fuerte salud mental, y su tarea mas importante es la prevención.

Identidad Social:

Es la definición de uno mismo de acuerdo a la posesión de ciertos atributos o características que nos diferencian claramente de otros.

Marginados:

Constituye un sistema periférico al margen del sistema central establecido.

Normalidad:

Es el respeto o cumplimiento de una norma o condición, mayoritariamente imperante en un determinado marco social o en una época también determinada, y que puede, o no, cambiar en otras circunstancias.

Prevención:

Es buscar las situaciones que nos den una vida emocional normal, con el objeto que los problemas psicológicos serios puedan evitarse.

Psicólogo Comunitario:

Es el que participa como un elemento facilitador que combina sus contribuciones con aquellos aportes generados por miembros de la comunidad, analiza conjuntamente las ventajas y desventajas de las propuestas, sugiere acciones a realizar y propone formas de evaluación de resultados, pero, en última instancia, las decisiones son tomadas por los miembros de la comunidad.

Psicología:

Ciencia que estudia la conducta del hombre en actividad.

Psicología Comunitaria:

Rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar, y mantener el control y por que los individuos tienen sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.

Psiquiatría Comunitaria:

Es la utilización de todos los recursos de una comunidad determinada para alcanzar el máximo de salud mental de sus propios integrantes.

Psicopatología:

Conjunto ordenado de conocimientos relativos a la vida mental en todos sus aspectos, inclusive sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito.

Patología Social:

Es la ciencia que estudia las enfermedades y sus diferentes causas.

Salud Mental:

Capacidad del individuo para establecer relaciones satisfactorias con sus semejantes, para convivir con ellos en forma provechosa para todos, para incorporarse a la vida de la comunidad en una actitud cooperativa en virtud de la cual el individuo y la sociedad se benefician al mismo tiempo.

Salud Mental Comunitaria:

Es el desarrollo de una intervención dentro de la comunidad, es decir, identificados con la entrega efectiva de los servicios a las personas, grupos o comunidad necesitados.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

3. Tipo de Investigación.

El carácter científico que rige el presente estudio se orienta a una investigación ex-post-facto de campo (no experimental), la cual se sustentó en el tipo de análisis transaccional descriptivo.

Así mismo alcanzó un nivel exploratorio debido a que se hizo necesario un Diagnóstico de problemas en Salud Mental y Necesidades en atención comunitaria por medio de una evaluación, además, los datos se recolectaron en el tiempo comprendido entre Enero y Marzo de 2001.

3.2. Método.

El Método que se utilizó en el presente estudio fue el inductivo analítico, ya que fue necesario realizar un Diagnóstico de Problemas en Salud Mental y las Necesidades en Salud Mental Comunitaria, con el fin de elaborar un perfil de estrategias de intervención.

3.3. Población y Muestra.

3.3.1. Población.

Para el desarrollo de la investigación de campo se trabajó con los habitantes de la comunidad “El Campito”, del Barrio San Jacinto, Municipio de San Salvador, Departamento de San Salvador; la población está formada por 298 personas, de las cuales 158, son niños menores de 12 años y las 140 personas restantes, son mayores de 13 años, de ambos sexos. Dicha información fue proporcionada por la alcaldía Municipal de San Salvador, distrito #5 del Barrio San Jacinto.

3.3.2. Muestra.

Para la determinación de la muestra el equipo de investigación decidió realizar un tipo de muestreo no probabilístico denominado muestreo de sujetos voluntarios²⁶; dado que la población presentaba cierto grado de resistencia a colaborar.

Dicho muestreo consistió en tomar un grupo de 50 personas que debido a su edad y nivel cultural, poseen características de riesgo en cuanto a los indicadores de la investigación.

Se decidió encuestar a jefes de familia y jóvenes de dicha comunidad tomando de estos la muestra, a través de sujetos (Hombres y Mujeres) Voluntarios para la aplicación de las pruebas,

3.4. Instrumento.

Los instrumentos para recolectar la información provenientes de la muestra fueron: Un cuestionario formado por 24 preguntas, dicho cuestionario dividido en dos áreas, la primera formada por datos generales (edad, sexo, etc.) y la segunda conformada por preguntas específicas que exploraban los indicadores de los objetivos 1 y 2 (Ver Anexo A)

Para el objetivo #1, cuyos indicadores son: Condición Familiar (ítems 1,2,3,4,10,18 y 19), Drogadicción (ítems 5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16 y 17). Para explorar el indicador Personalidad se utilizó el test Mini-Mult 82, de los autores, Lic. Mauricio Alberto Leandro y Lic. Luis A. Garnier Z; este test está constituido por 12 escalas las cuales en su totalidad contiene 82 preguntas (ver anexo B). Particularmente sobre los indicadores condición familiar y uso de drogas se diseñó un número considerable de ítems, con la finalidad de controlar el margen de omisión o falsedad en las respuestas. Así mismo , hacer un análisis cuantitativo de estos dos factores.

Para el objetivo #2, cuyos indicadores son: Atención Médica, Odontológica, Psicológica, Servicios de agua, energía eléctrica, etc. (ítems del 20 al 24). En relación a estos

²⁶ Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la investigación. Editorial Mcgraw Hill. 2ª Edición. México. 1991.

indicadores se tomaron como la prestación de servicios, por lo que se hizo en forma directa en cinco ítems.

3.5. Procedimiento.

El procedimiento para la investigación de campo se realizó de la siguiente manera:

- ✓ Teniendo como primera actividad la elaboración del instrumento a través de ítems que proveyeran información acerca de los respectivos indicadores.
- ✓ Validación del instrumento: El criterio utilizado fue el denominado “Juicio de expertos”, consistió en: Solicitarles a dos profesionales en la materia, su opinión acerca de cada uno de los ítems del cuestionario, tanto de forma como en el contenido de los mismos. El equipo investigador, reunió las observaciones de los cuestionarios e incorporó dichas observaciones a los ítems.

Con estas observaciones se procedió a reestructurar el cuestionario y posteriormente a la aplicación respectiva.

- ✓ Contacto con los líderes de la comunidad para explicarles el objetivo de la investigación y obtener su colaboración, para contactar a la población.
- ✓ El equipo de investigación elaboró una calendarización en la que se establecía la fecha y hora en que se realizarían las actividades dentro de la comunidad.
- ✓ Se aplicó la prueba (cuestionario) de forma individual a 50 personas y posteriormente se le aplicó el Mini-mult 82, debido a lo cansado que resultaba aplicar las dos pruebas el mismo día tuvo que realizarse en dos jornadas.
- ✓ Teniendo que de la totalidad de la población de la comunidad únicamente 50 sujetos accedieron a colaborar. En base de los cuales se tuvieron que eliminar 10 por diversas razones (encuestas incompletas, Mini-Mult 82 con espacios vacíos, etc.).

- ✓ Se decidió tomar a jefes de familia y a jóvenes para obtener las diferentes opiniones en cuanto a lo que se deseaba explorar, ya que de esta forma se obtendrían datos provenientes de dos grupos pertenecientes a la misma comunidad; pero distintos en su edad y nivel cultural. Debido a lo cansado que resultaba aplicar las dos pruebas de forma consecutiva, se decidió aplicarlas a dos grupos distintos de 45 voluntarios cada uno, sumando entre ambas pruebas 90 sujetos voluntarios.
- ✓ Posteriormente se revisaron los instrumentos teniendo que ser eliminados 10 por no estar completas; luego se procedió a la calificación y tabulación de los resultados obtenidos de la muestra.
- ✓ Finalmente se elaboraron las tablas de frecuencia y porcentajes, gráficos y sus respectivos análisis.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

El análisis de la información obtenida a través de la investigación de Campo, se realizó mediante cuadros y gráficos porcentuales, los cuales arrojan información de fácil manejo e interpretación.

El análisis cuantitativo: Se decidió trabajarlo basándose en frecuencias y porcentajes para determinar así la concentración mayor de datos en cuanto a los problemas en Salud Mental y necesidades en atención comunitaria.

El análisis cualitativo: Se utilizó para describir cuales eran los factores de mayor incidencia en la población, de acuerdo a las variables de los objetivos. Se hizo a través del análisis de hallazgos encontrados, describiendo el comportamiento de los resultados presentados en los cuadros y gráficos respectivos a cada pregunta, representados en cuadros de consolidados.

Presentación e interpretación de resultados.

Los siguientes cuadros contienen la información por ítems de los resultados obtenidos, por medio de los instrumentos de evaluación administrados a 50 sujetos, residentes en la “comunidad El campito” del Barrio San Jacinto, del municipio de San Salvador Departamento de San Salvador.

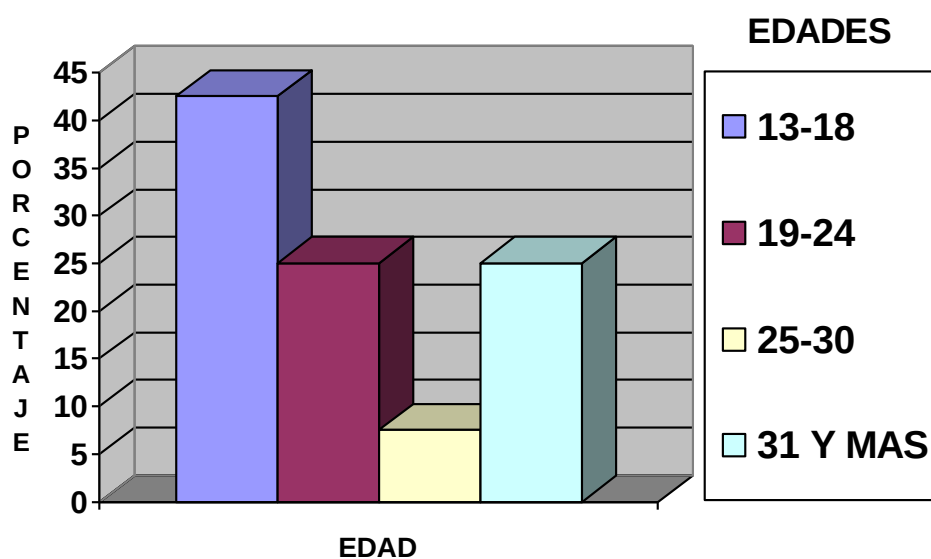
Posteriormente se presentan los consolidados de la comunidad estudiada, donde se reflejan los resultados de los problemas en salud mental (Depresión, Ansiedad, Drogadicción, Situación Familiar, Personalidad). Así como también las necesidades en atención comunitaria (Atención medica, Psicológica, Odontológica, Servicios de Agua potable y Energía Eléctrica). Dichos resultados fueron obtenidos a través de los instrumentos utilizados en la investigación de campo.

Se diseñó una matriz que incluye las fortalezas y debilidades encontradas, a través del cuestionario aplicado a las personas sujetos de estudio (ver anexo C), y del cual posteriormente se elaboraron las conclusiones.

DATOS GENERALES

EDAD:

EDAD	F	%
13-18	17	42.5
19-24	10	25
25-30	3	7.5
31 Y Mas	10	25
totales	40	100

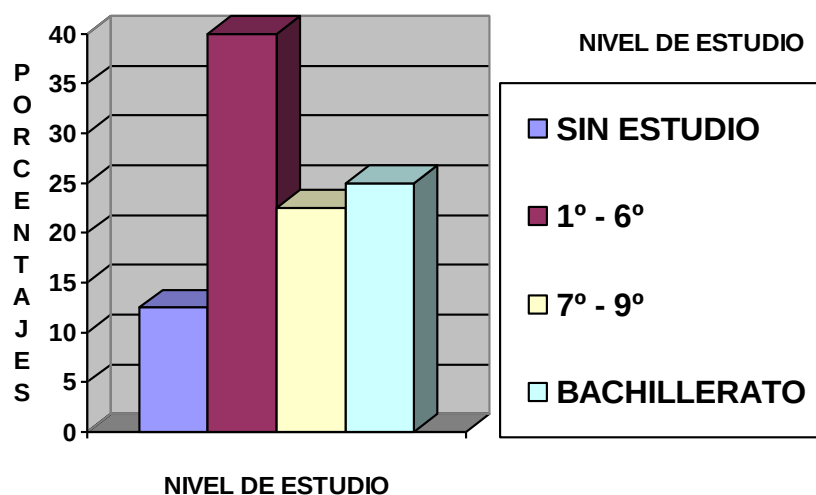


Hallazgo:

El 42.5% de la muestra se encuentra en el rango de 13 a 18 años de edad, 25% entre los 19 y 24 años, otro 25% entre los 31 y mas y un 7.5% entre los 25 a 30 años.

NIVEL EDUCATIVO:

Nivel	F	%
SIN ESTUDIO	5	12.5
1° - 6°	16	40
7° - 9°	9	22.5
BACHILLERATO	10	25
totales	40	100

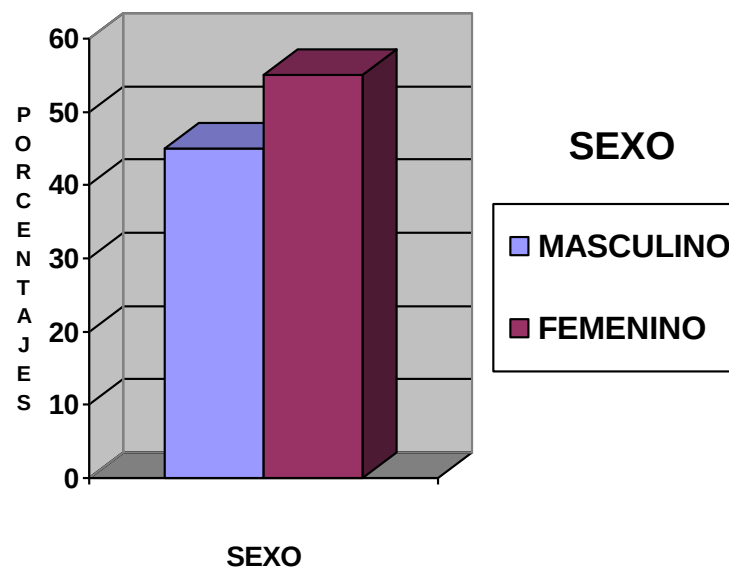


Hallazgo:

El 40% de la muestra posee un nivel educativo entre 1° y 6° grado, el 25% estudia bachillerato, el 22.5% entre 7° y 9° grado y 12.5% sin estudio.

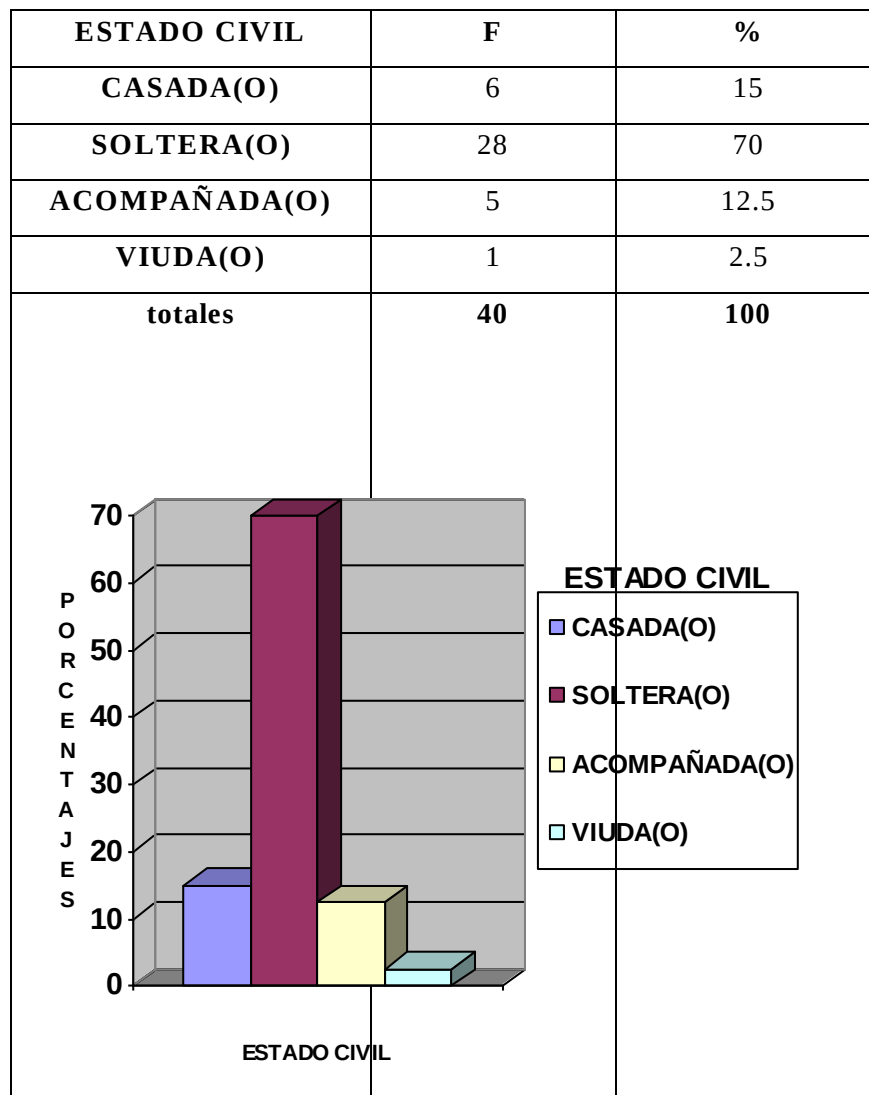
SEXO

SEXO	F	%
MASCULINO	18	45
FEMENINO	22	55
totales	40	100



Hallazgo:

El 55% de la muestra son del sexo femenino y el 45% del sexo masculino.

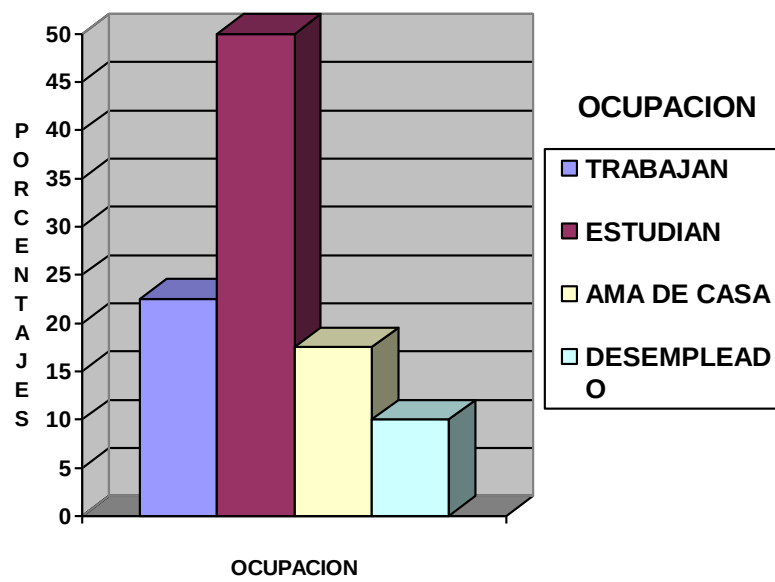
ESTADO CIVIL:

Hallazgo:

El 70% de la muestra son solteras(os), el 15% están casadas(os), 12.5% están acompañadas(os) y un 12.5% son viudas(os).

OCUPACION:

OCUPACION	F	%
TRABAJAN	9	22.5
ESTUDIAN	20	50
AMA DE CASA	7	17.5
DESEMPLEADO	4	10
totales	40	100



Hallazgo:

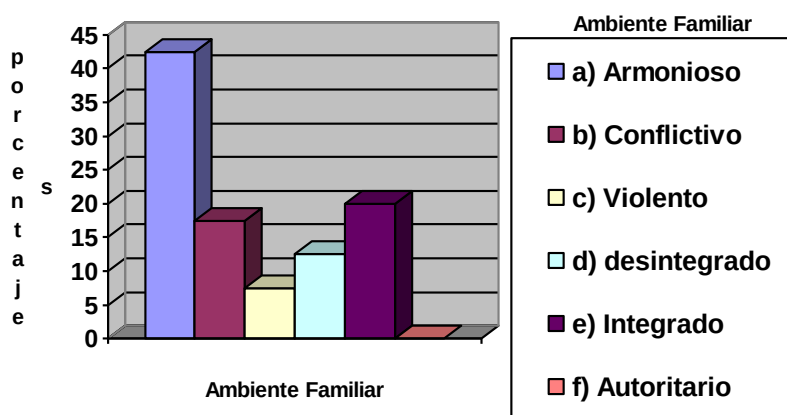
El 50% de la muestra estudian, el 22.5% trabajan, el 17.5% son amas de casa y un 10% son desempleados (no estudian ni trabajan).

4.2. ANALISIS DE RESULTADOS

4.2.1. Análisis del Cuestionario de las condiciones familiares, drogas y necesidades en atención comunitaria

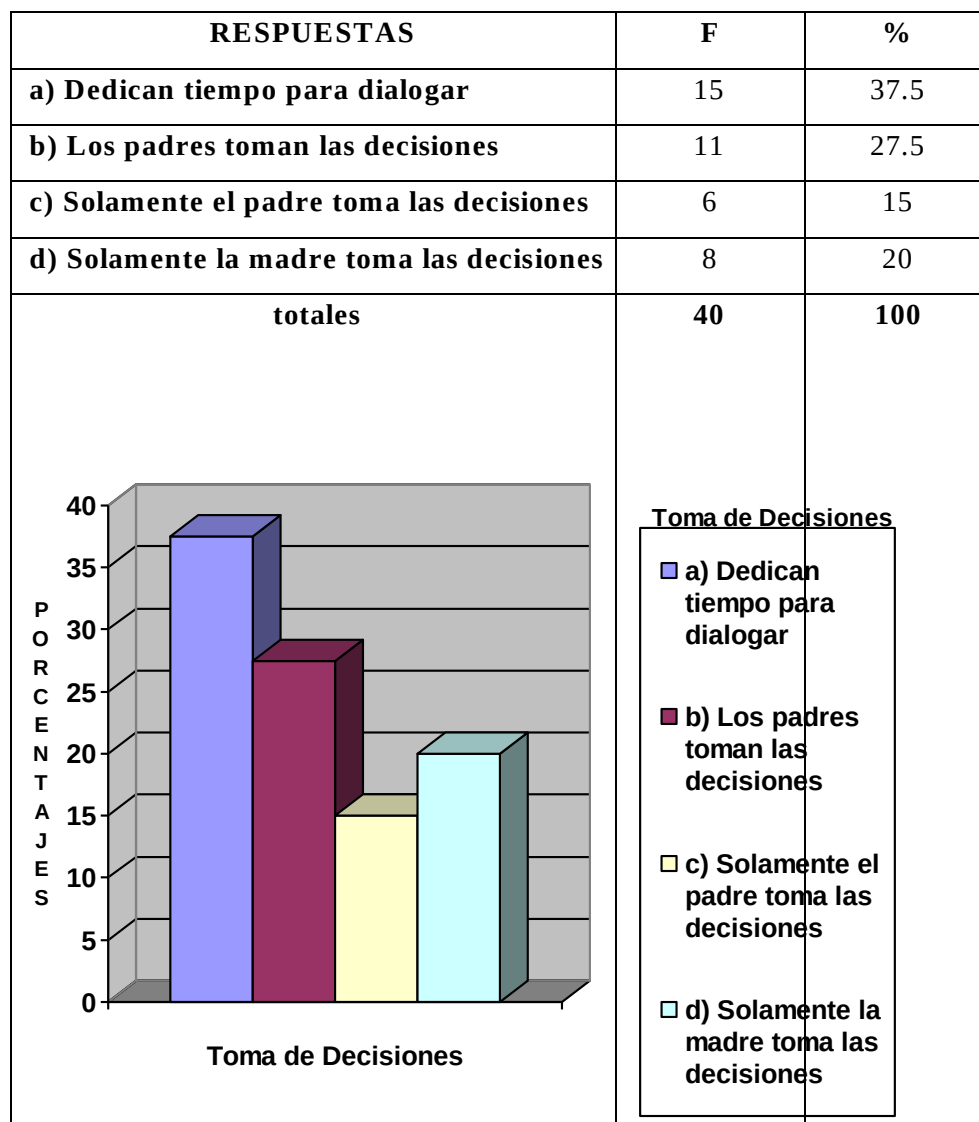
1- Cómo define su grupo familiar?

RESPUESTAS	F	%
a) Armonioso	17	42.5
b) Conflictivo	7	17.5
c) Violento	3	7.5
d) desintegrado	5	12.5
e) Integrado	8	20
f) Autoritario	0	0
totales	40	100



Hallazgo:

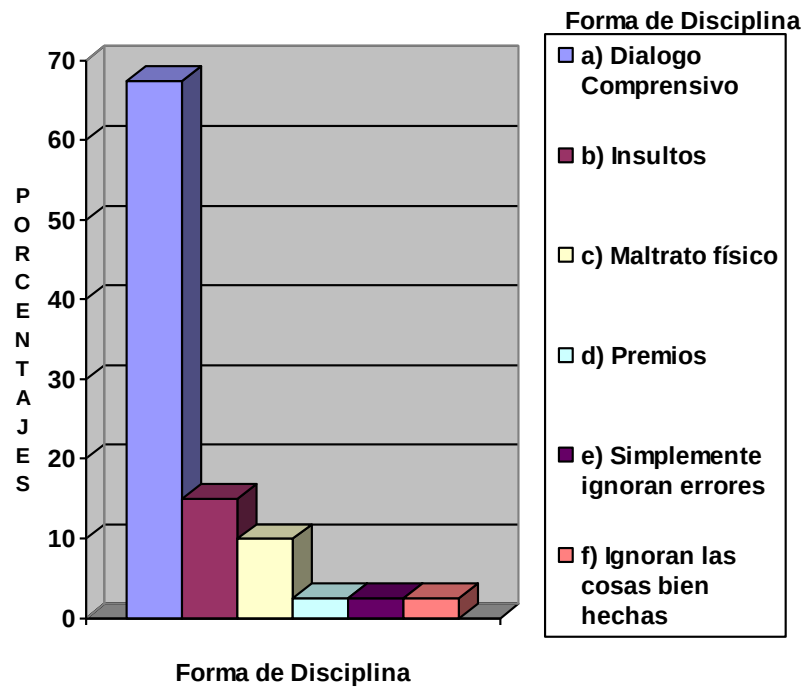
El 42.5% de la muestra lo define como armonioso, el 20% como integrado, el 17.5% lo define como conflictivo y el 20% entre violento y desintegrado

2- Cuál es la forma de tomar decisiones dentro de la familia?

Hallazgo: El 37.5% de la muestra opinan que toman tiempo para dialogar, 27.5% opinan que los padres toman las decisiones sin tomar en cuenta la opinión de los demás, 20% que solo madre toma las decisiones y el 15% que solo el padre toma las decisiones.

3- Que forma de disciplina existe en el hogar?

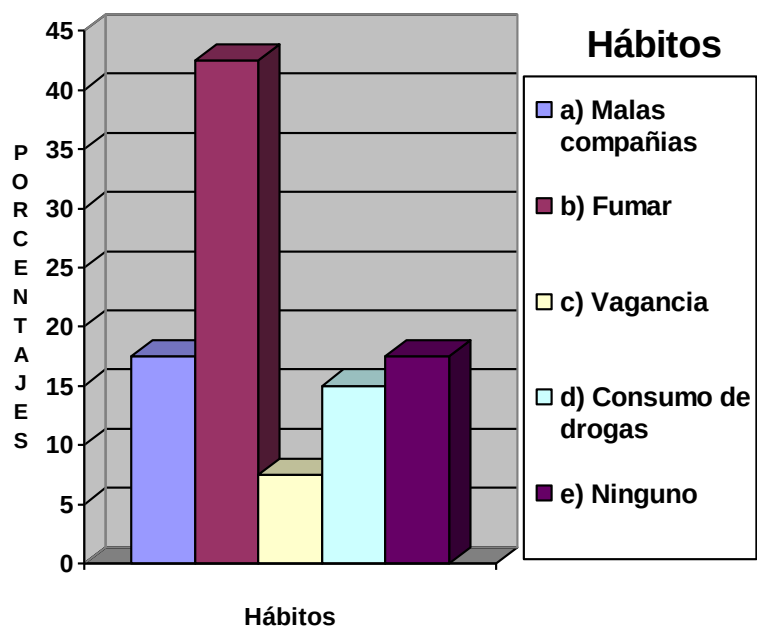
RESPUESTAS	F	%
a) Dialogo Comprensivo	27	67.5
b) Insultos	6	15
c) Maltrato físico	4	10
d) Premios	1	2.5
e) Simplemente ignoran errores	1	2.5
f) Ignoran las cosas bien hechas	1	2.5
totales	40	100



Hallazgo: El 67.5% de la muestra describe la forma de disciplina como dialogo comprensivo, 15% con insultos, 10% maltrato físico, y un 7.5% entre premios, ignoran los errores e ignoran las cosas bien hechas.

4- Qué malos hábitos tienen las personas mayores en su hogar?

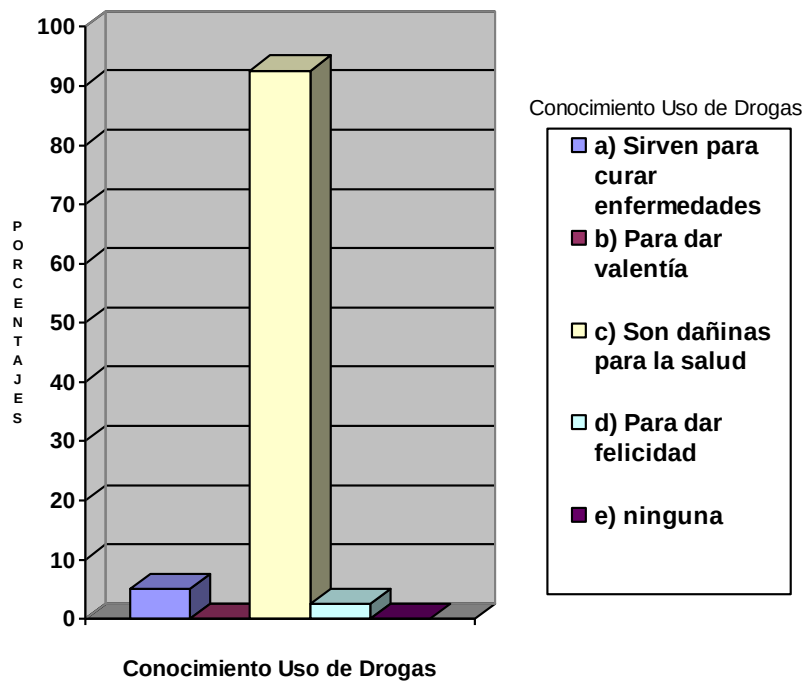
RESPUESTAS	F	%
a) Malas compañías	7	17.5
b) Fumar	17	42.5
c) Vagancia	3	7.5
d) Consumo de drogas	6	15
e) Ninguno	7	17.5
totales	40	100



Hallazgo: El 42.5% de la muestra opina que el mal hábito es fumar, 17.5% malas compañías, el otro 17.5% opinan que no tienen malos hábitos, y un 22.5% entre vagancia y consumo de drogas.

5- Qué conocimientos tiene usted acerca de las drogas?

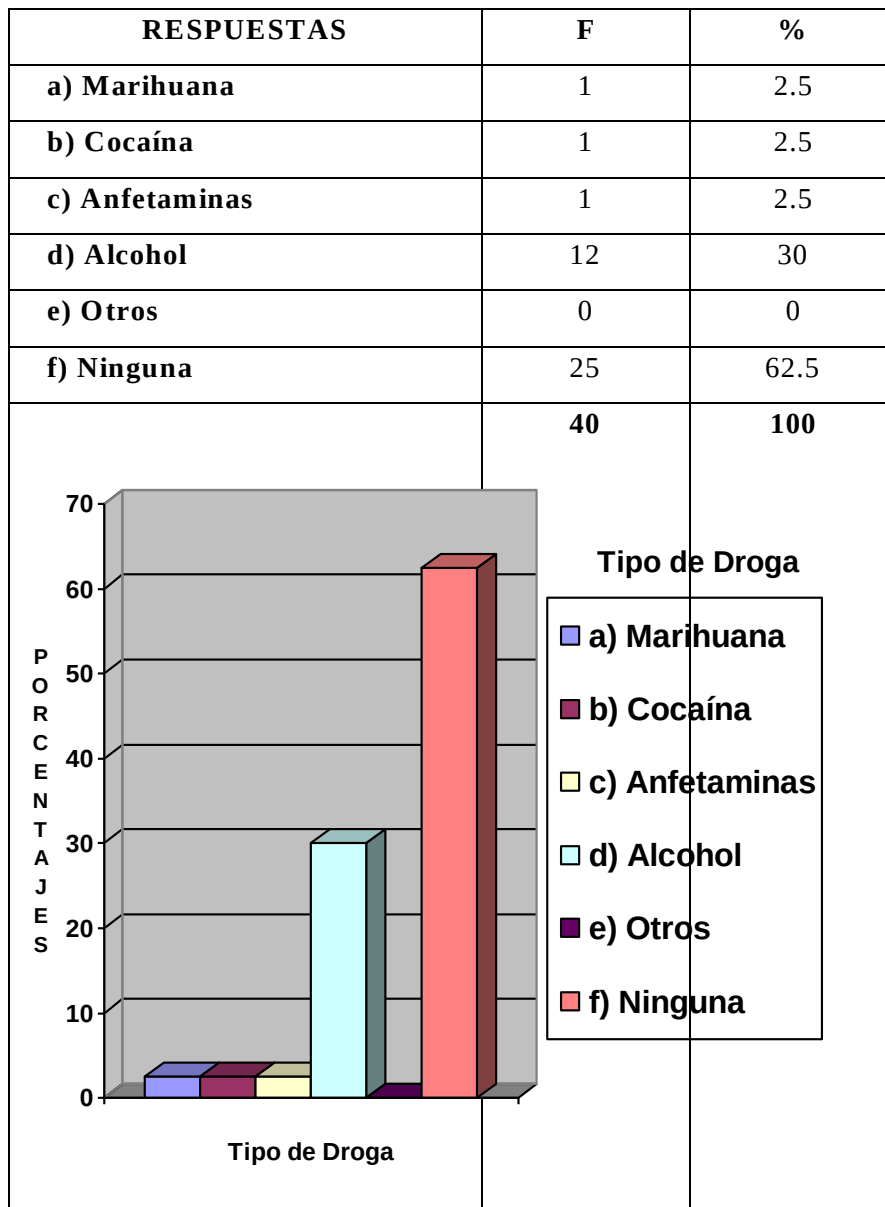
RESPUESTAS	F	%
a) Sirven para curar enfermedades	2	5
b) Para dar valentía	0	0
c) Son dañinas para la salud	37	92.5
d) Para dar felicidad	1	2.5
e) ninguna	0	0
totales	40	100



Hallazgo:

El 92.5% opina que las drogas son dañinas para la salud, el 5% que curan enfermedades y el 2.5% para dar felicidad.

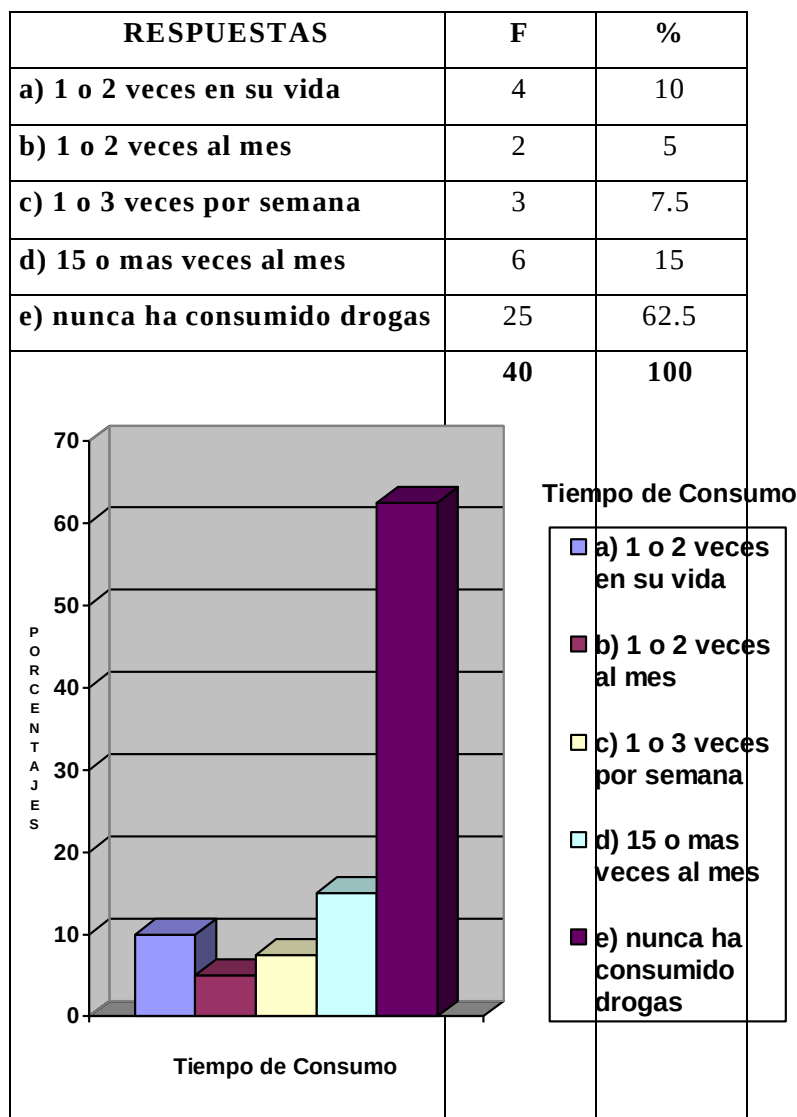
6- De las siguientes drogas ¿Cuál ha consumido alguna vez?



Hallazgo:

El 62.5% de la muestra dice que no consume drogas, el 30% consumen alcohol y el 7.5% entre marihuana, cocaína y anfetaminas.

7- Si ha consumido drogas ¿Cuánto tiempo la ha consumido?

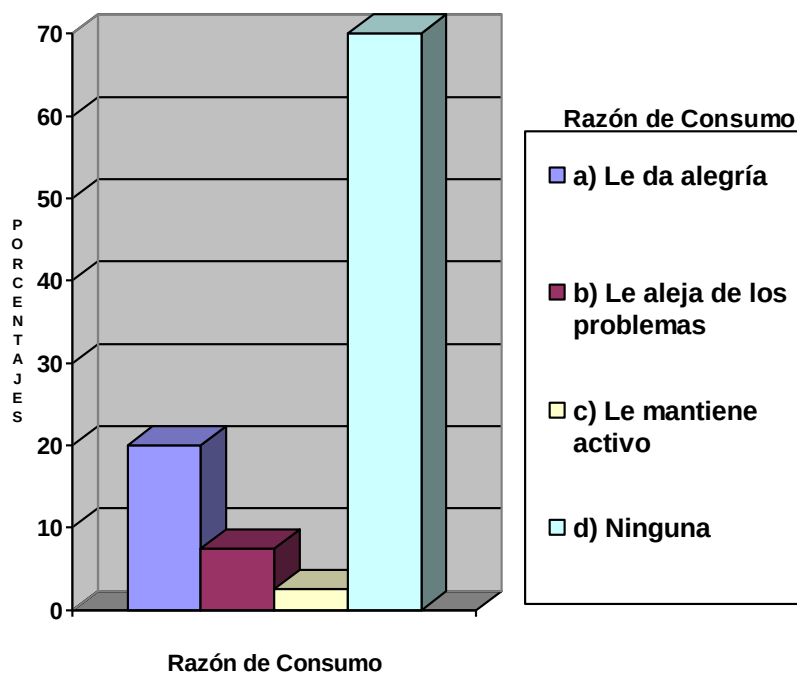


Hallazgo:

El 62.5% de la muestra dice nunca haber consumido drogas, el 15% dice que consume 15 o más veces al mes, un 10% entre una o dos veces en su vida y el 12.5% entre una y dos veces al mes y una o tres veces por semana.

8- Porqué razón continua consumiendo droga?

RESPUESTAS	F	%
a) Le da alegría	8	20
b) Le aleja de los problemas	3	7.5
c) Le mantiene activo	1	2.5
d) Ninguna	28	70
	40	100

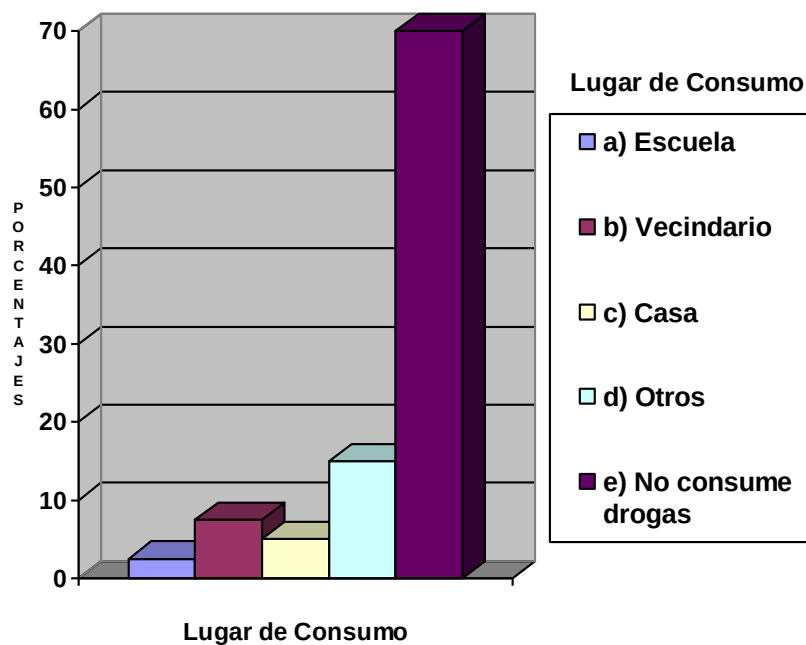


Hallazgo:

El 70% de la muestra no consume drogas, el 20% consume por que les da alegría y un 10% consume para alejarse de los problemas y mantenerse activos.

9- En que lugar suele consumir drogas?

RESPUESTAS	F	%
a) Escuela	1	2.5
b) Vecindario	3	7.5
c) Casa	2	5
d) Otros	6	15
e) No consume drogas	28	70
	40	100

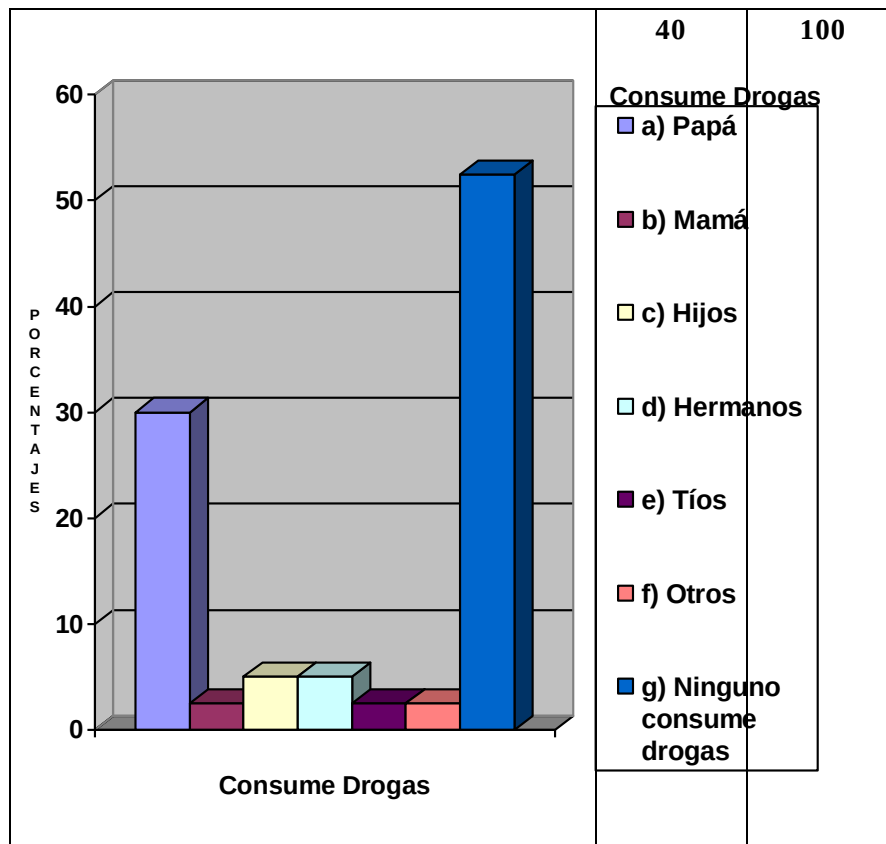


Hallazgo:

El 70% no consume drogas, el 15% consume en otros lugares fuera de la comunidad, el 7.5% en el vecindario y el otro 7.5% en la escuela o en la casa.

10- Quién de su grupo familiar consume drogas?

RESPUESTAS	F	%
a) Papá	12	30
b) Mamá	1	2.5
c) Hijos	2	5
d) Hermanos	2	5
e) Tíos	1	2.5
f) Otros	1	2.5
g) Ninguno consume drogas	21	52.5

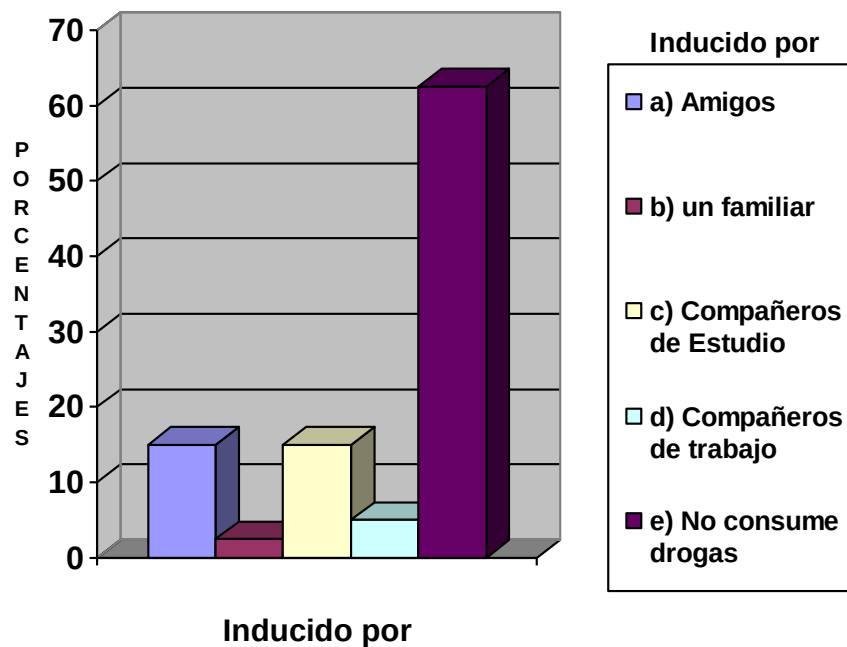


Hallazgo:

El 52.5% de la muestra opina que ninguno consume drogas, el 30% que su papá consume drogas y el 7.5% entre Mamá, hijos, hermanos y tíos.

11- Quién le llevó a consumir drogas?

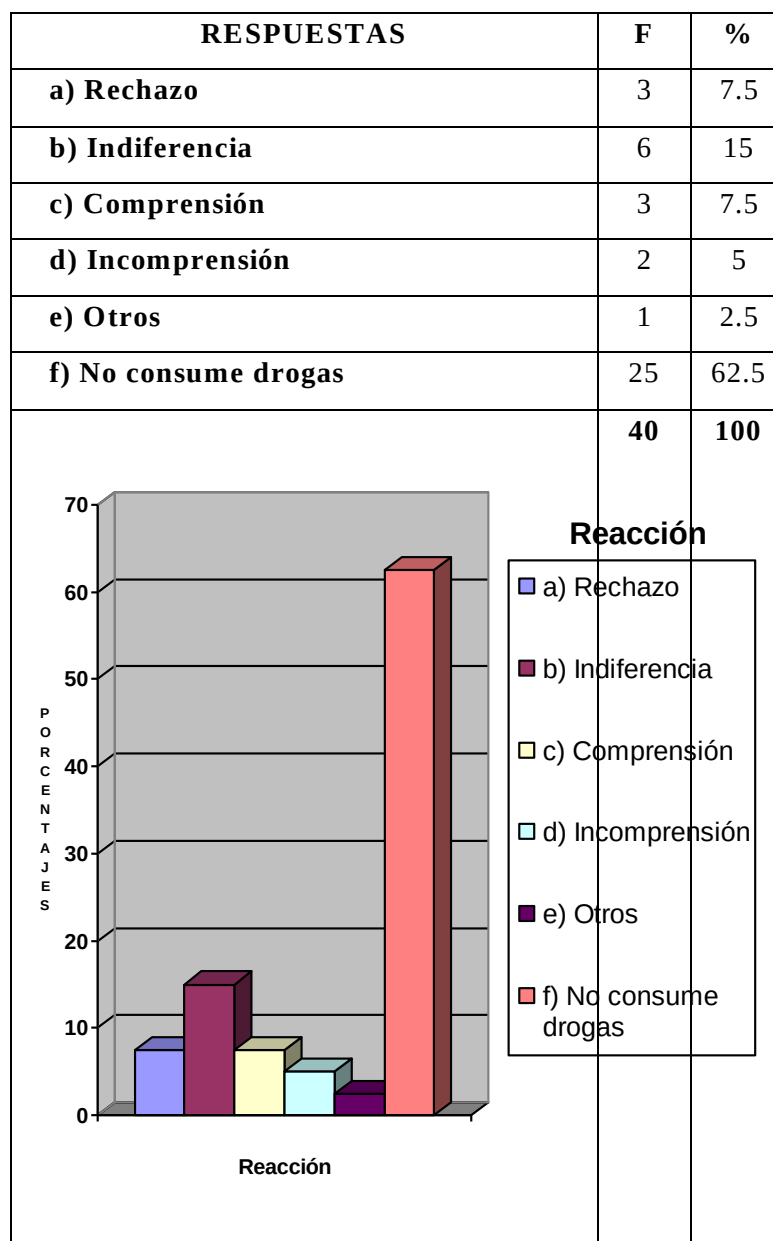
RESPUESTAS	F	%
a) Amigos	6	15
b) un familiar	1	2.5
c) Compañeros de Estudio	6	15
d) Compañeros de trabajo	2	5
e) No consume drogas	25	62.5
	40	100



Hallazgo:

El 62.5% de la muestra no han consumido drogas, el 15% dicen que amigos, el otro 15% dice que compañeros y el 7.5% entre un familiar y compañeros de trabajo.

12- **Cuál ha sido la reacción de su familia al enterarse que consumía drogas?**

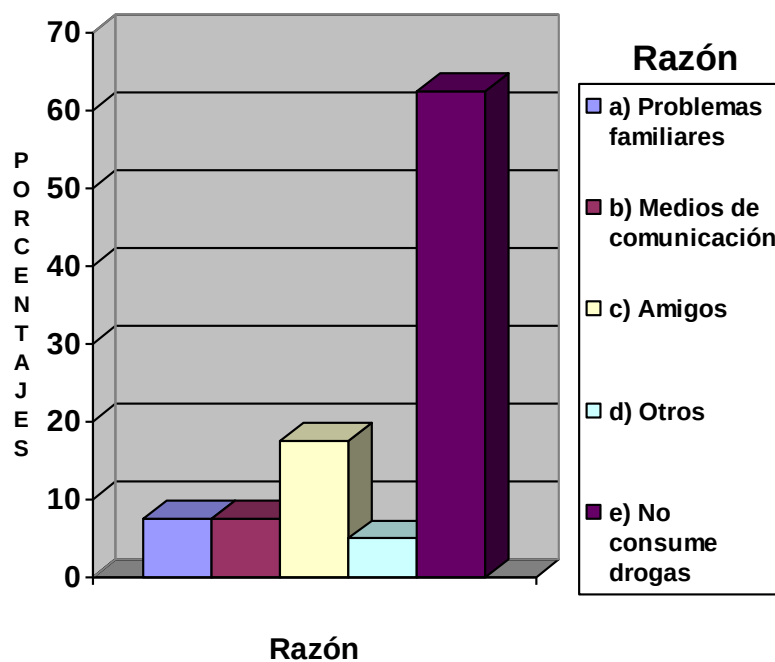


Hallazgo:

El 62.5% de la muestra no han consumido drogas, el 15% dicen que indiferencia, el 7.5% rechazo, otro 7.5% comprensión y otro 7.5% incomprensión y otros.

13.-Cuál fue la razón que lo llevó a consumir drogas?

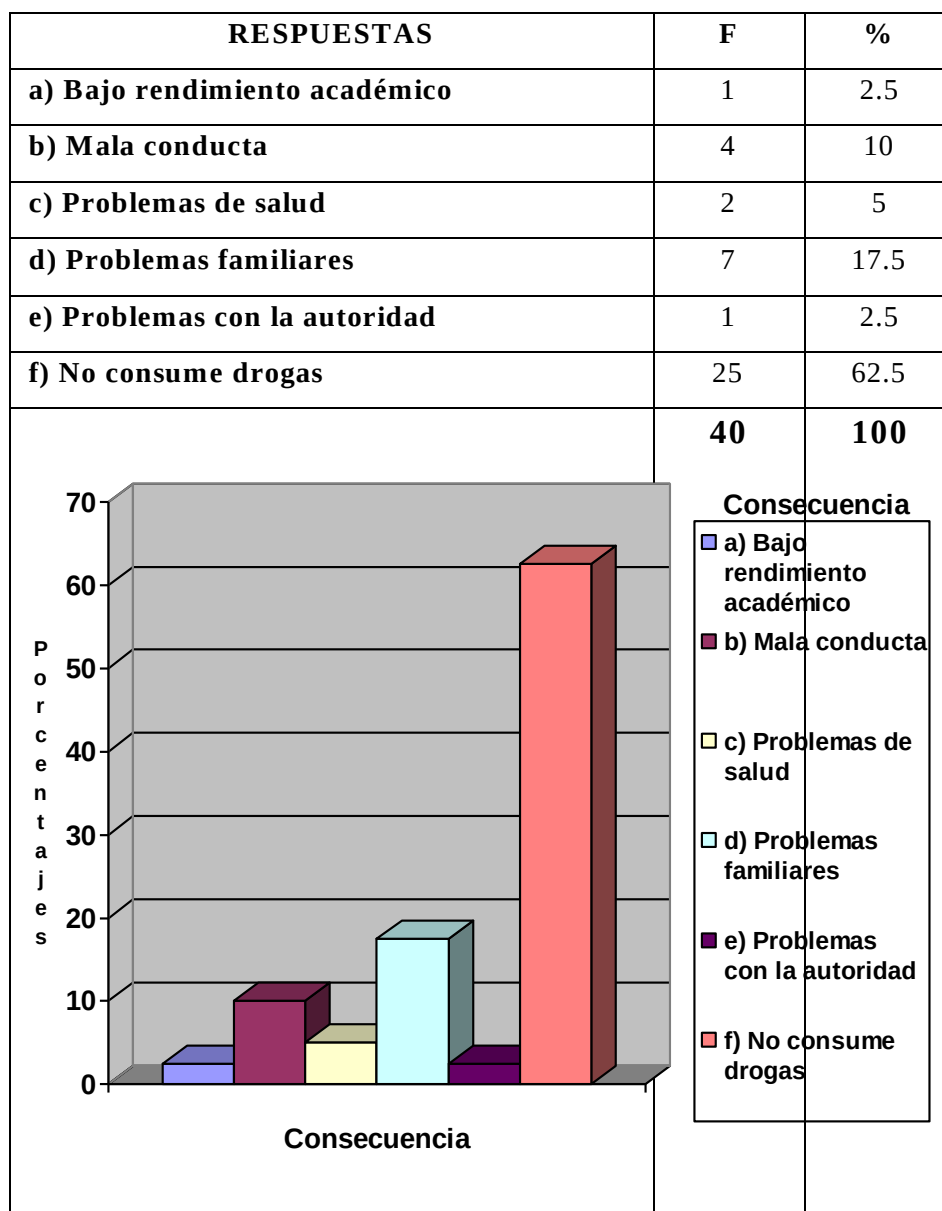
RESPUESTAS	F	%
a) Problemas familiares	3	7.5
b) Medios de comunicación	3	7.5
c) Amigos	7	17.5
d) Otros	2	5
e) No consume drogas	25	62.5
	40	100



Hallazgo:

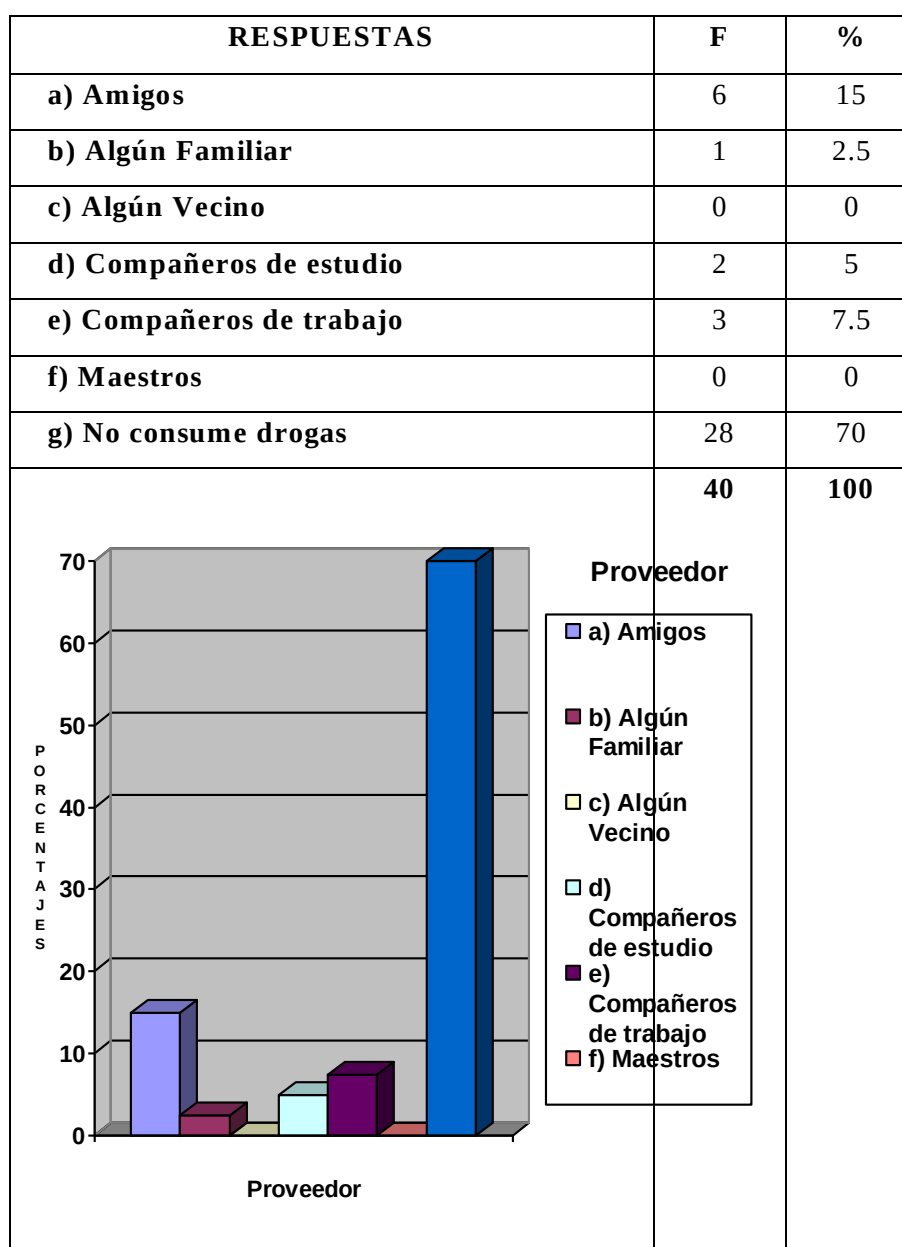
El 62.5% de la muestra nunca han consumido drogas, el 17.5% los amigos, el 15% dicen que problemas familiares y medios de comunicación y un 5% otros (problemas sentimentales, dinero, etc.)

14- Qué consecuencias ha tenido al consumir drogas?



Hallazgo:

El 62.5% de la muestra no consume drogas, el 17.5% dice que problemas familiares, el 10% mala conducta y otro 10% dice que problemas con la autoridad, bajo rendimiento académico y problemas de salud.

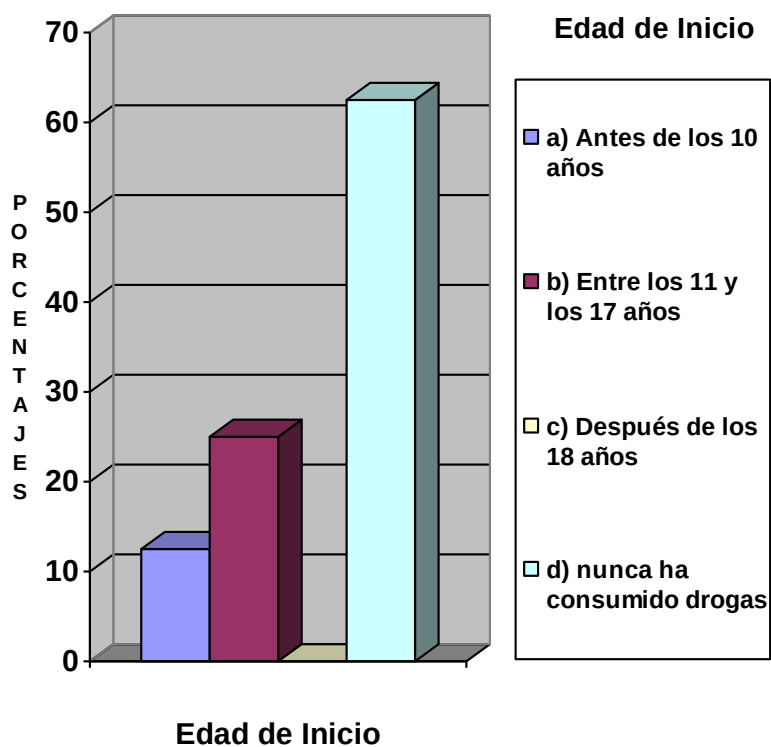
15- Quién le provee las drogas?

Hallazgo:

El 70% de la muestra no consume drogas, el 15% dicen que amigos, el 12.5% los compañeros de trabajo y de estudio un 2.5% que algún vecino.

16- A qué edad comenzó a consumir drogas?

RESPUESTAS	F	%
a) Antes de los 10 años	5	12.5
b) Entre los 11 y los 17 años	10	25
c) Después de los 18 años	0	0
d) nunca ha consumido drogas	25	62,5
	40	100

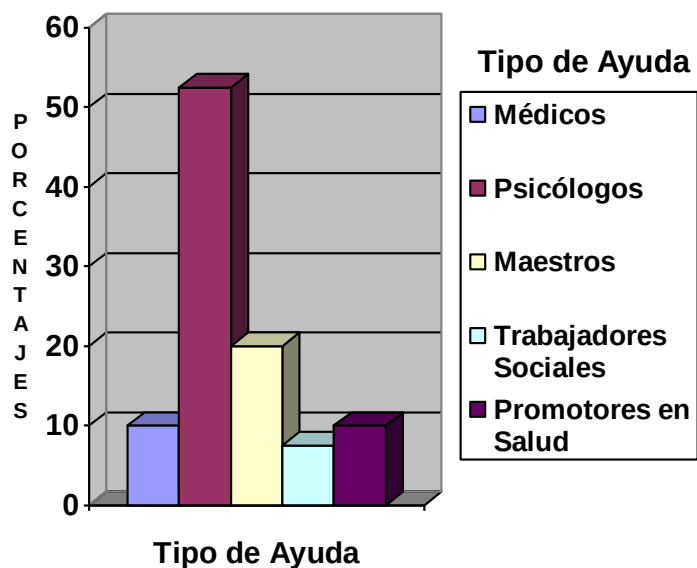


Hallazgo:

El 62.5% de la muestra dicen que nunca han consumido drogas, el 25% entre los 11 y 17 años y un 12.5% antes de los 10 años.

17- De necesitar ayuda profesional, para enfrentar el consumo de drogas dentro de la comunidad, en que medios se apoyaría Usted?

RESPUESTAS	F	%
a) Médicos	4	10
b) Psicólogos	21	52.5
c) Maestros	8	20
d) trabajadores sociales	3	7.5
e) Promotores en salud	4	10
Totales	40	100

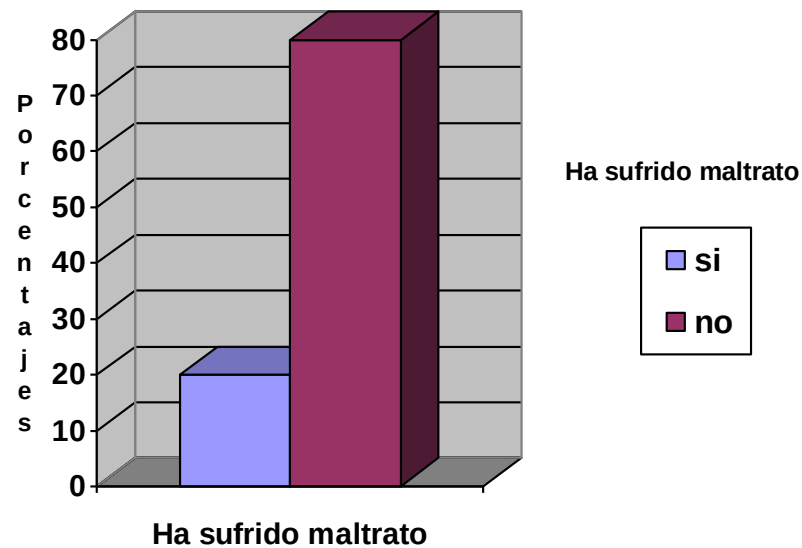


Hallazgo:

El 52.5% de la muestra opina que los Psicólogos, un 20% Maestros, un 10% Médicos, otro 10% promotores en salud y un 7.5% Trabajadores sociales

18- Ha sufrido algún maltrato y/o abuso en el ultimo año?

RESPUESTAS	F	%
SI	8	20
NO	32	80
	40	100

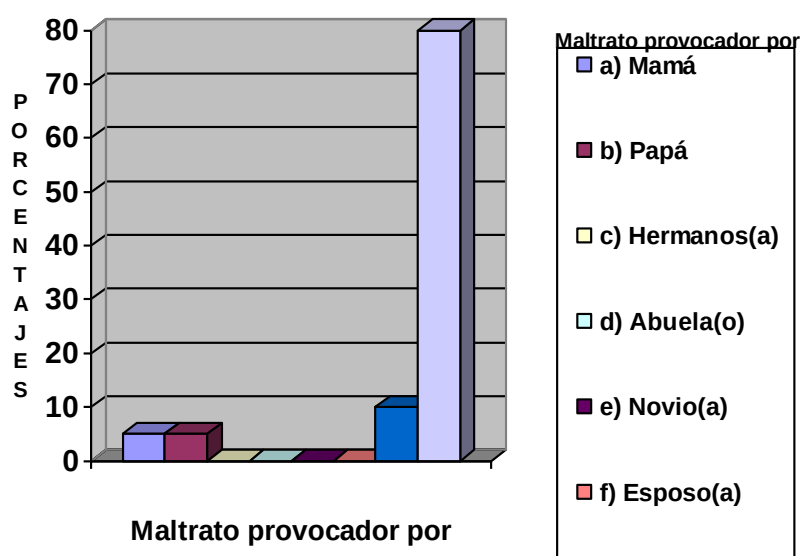


Hallazgo:

El 80% de la muestra no ha sufrido ningún maltrato y un 20% dice haber sido víctimas de maltrato, de los cuales el 10% ha sufrido maltrato verbal y el otro 10% maltrato físico.

19- Quién le provocó el maltrato?

RESPUESTAS	F	%
a) Mamá	2	5
b) Papá	2	5
c) Hermanos(a)	0	0
d) Abuela(o)	0	0
e) Novio(a)	0	0
f) Esposo(a)	0	0
g) Otros	4	10
h) No ha sido víctima de maltrato,	32	80
	40	100

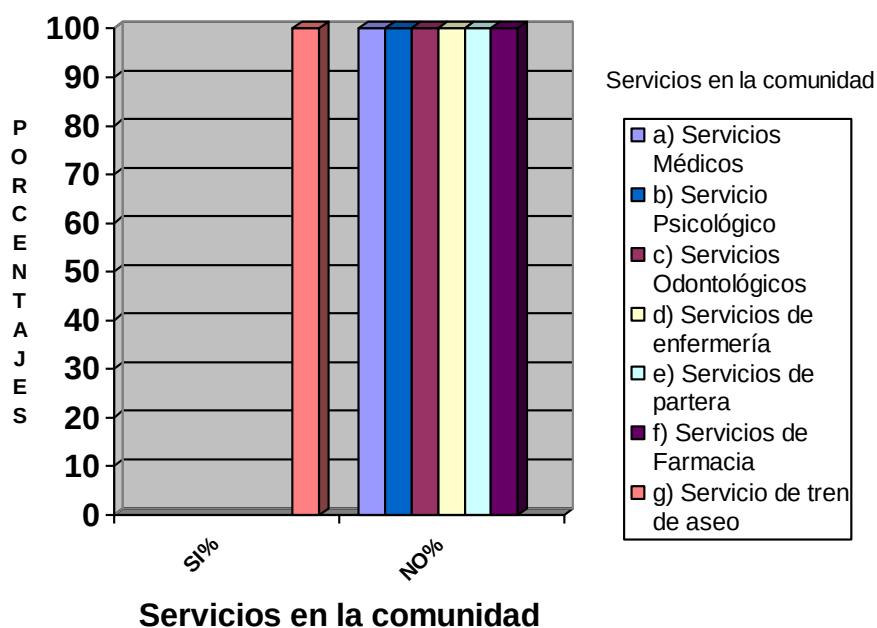


Hallazgo:

Un 80% de la muestra manifiesta no haber sufrido ningún tipo de maltrato y/o abuso, un 10% por otros (compañeros de trabajo, vecinos, ladrones) y otro 10% entre madres y padres de familia.

20- De los siguientes servicios con cuáles cuenta dentro de su comunidad?

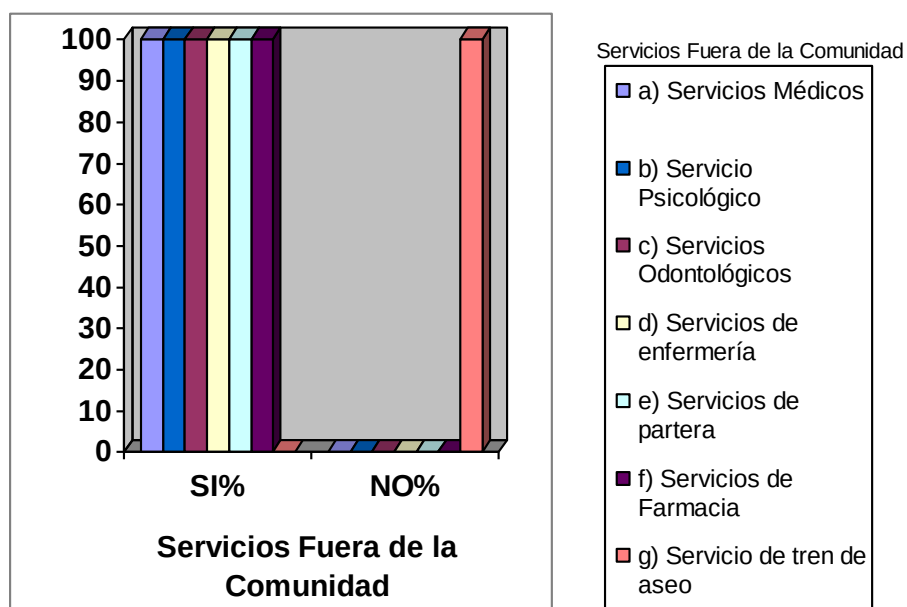
RESPUESTAS	SI	NO	SI%	NO%
a) Servicios Médicos		40		100
b) Servicio Psicológico		40		100
c) Servicios Odontológicos		40		100
d) Servicios de enfermería		40		100
e) Servicios de partera		40		100
f) Servicios de Farmacia		40		100
g) Servicio de tren de aseo	40		100	



Hallazgo: El 100% de la muestra opina que no cuentan con Servicios Médicos, Odontológicos, enfermería partera, farmacia. También que si son provistos de servicio de tren de aseo.

21- De los servicios en listados a continuación, a cuáles tiene acceso la comunidad?(fuera de la comunidad)

RESPUESTAS	SI	NO	SI%	NO %
a) Servicios Médicos	40	0	100	0
b) Servicio Psicológico		40		100
c) Servicios Odontológicos	40	0	100	0
d) Servicios de enfermería	40	0	100	0
e) Servicios de partera	40	0	100	0
f) Servicios de Farmacia	40	0	100	0
g) Servicio de tren de aseo	40	0	100	0

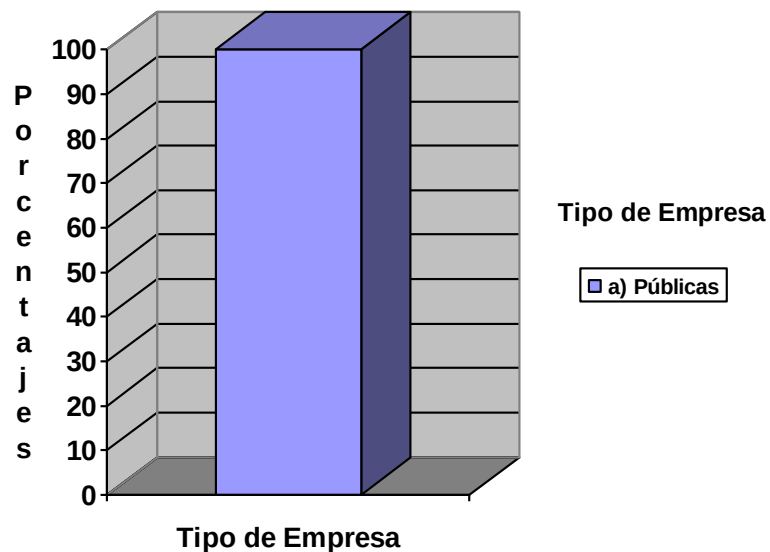


Hallazgo:

El 100% de la muestra opina tener acceso a los servicios médicos, odontológicos, enfermería, partera, farmacia y tren de aseo.

22- De que tipo son los servicios anteriormente enlistados?

RESPUESTAS	F	%
a) Públicas	40	100
b) Privadas	0	0
	40	100

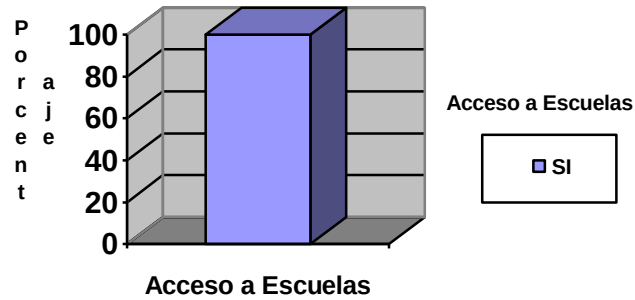


Hallazgo:

El 100% de la muestra dicen que los servicio Médicos, Odontologicos, enfermería, partera, farmacia y tren de aseo, son públicos.

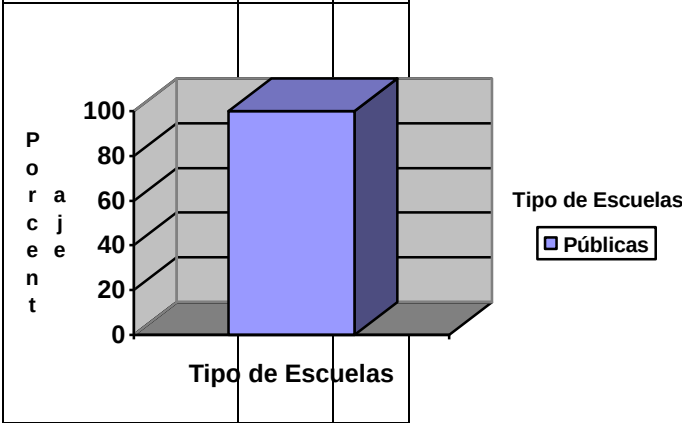
23- Tiene acceso a escuelas?

RESPUESTAS		%
SI		100
NO	0	0
	40	100



De que tipo?

RESPUESTA		%
Públicas		100
Privadas		

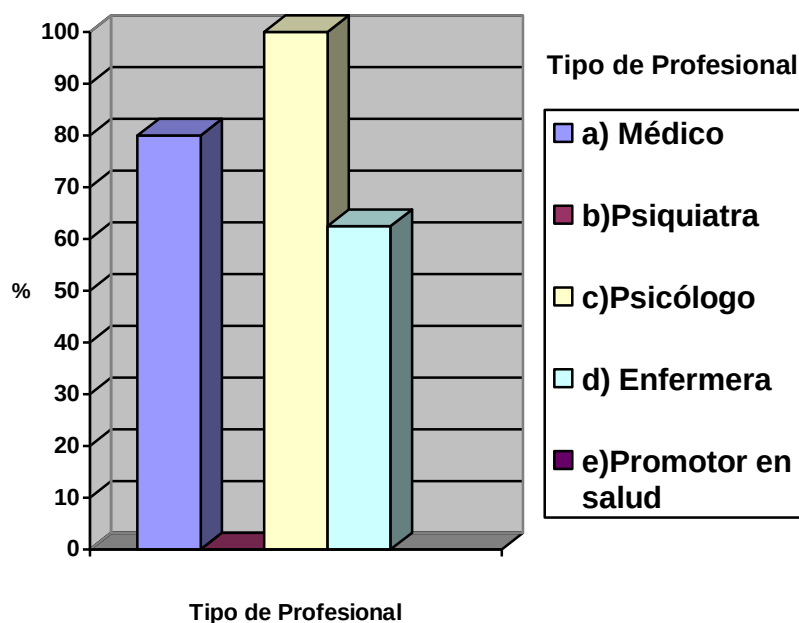


Hallazgo:

El 100% de la muestra dice que si tiene acceso a escuelas, también que son de tipo público.

24- De la siguiente lista de profesionales, cuales escogería para que visitasen periódicamente su comunidad?

RESPUESTAS	SI	%
a) Médico	32	80
b)Psiquiatra	0	0
c)Psicólogo	40	100
d) Enfermera	25	62.5
e)Promotor en salud		



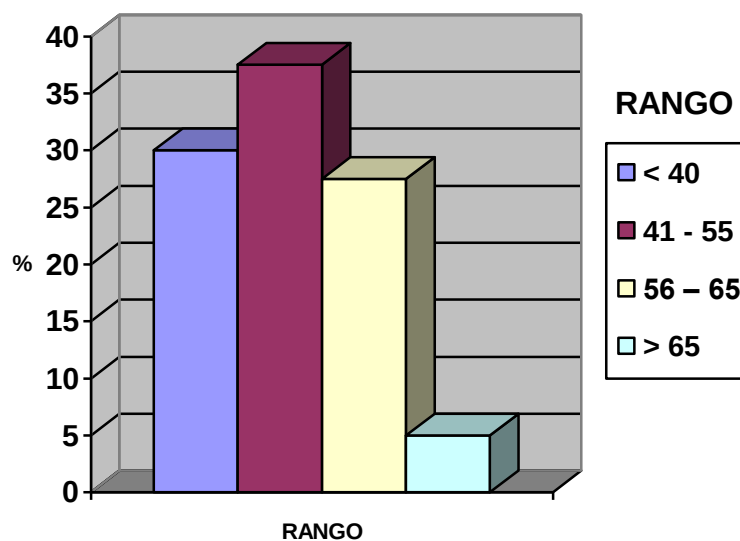
Hallazgo:

El 100% de la muestra Opina que deben visitar periodicamente la comunidad Psicólogos,
Un 32% Médicos y un 25% promotores en salud.

4.2.2 Análisis de la Prueba Psicológica Mini-Mult 82**Escala L**

RANGO *	F	%
< 40	12	30
41 - 55	15	37.5
56 – 65	11	27.5
> 65	2	5
	40	100

Ver anexo “B”

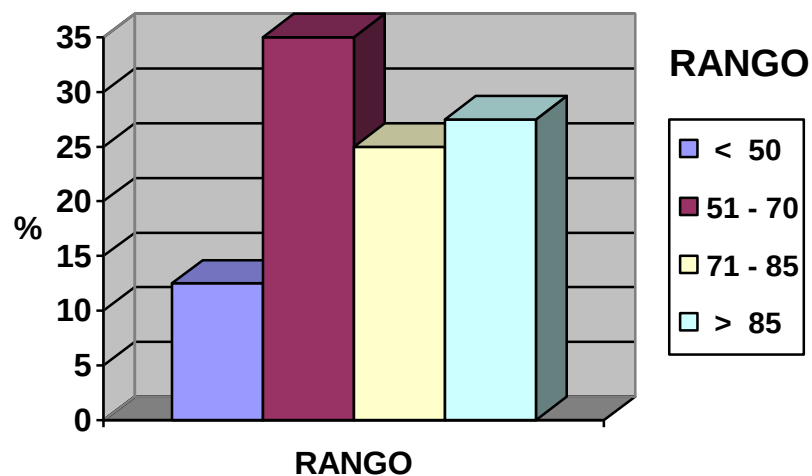


Hallazgo:

El 37.5% se encuentra en el rango de 41 a 55 los sujetos no han intentado modificar la imagen que se deriva de los resultados, el 30% tiende a subrayar eventuales comportamientos negativos sin tener en cuenta la aceptación social, el 27.5% esta en el rango de 56-65 hay tendencia a dar la imagen conformista de sí mismo.

ESCALA F

RANGO	F	%
< 50	5	12.5
51 - 70	14	35
71 - 85	10	25
> 85	11	27.5
totales	40	100



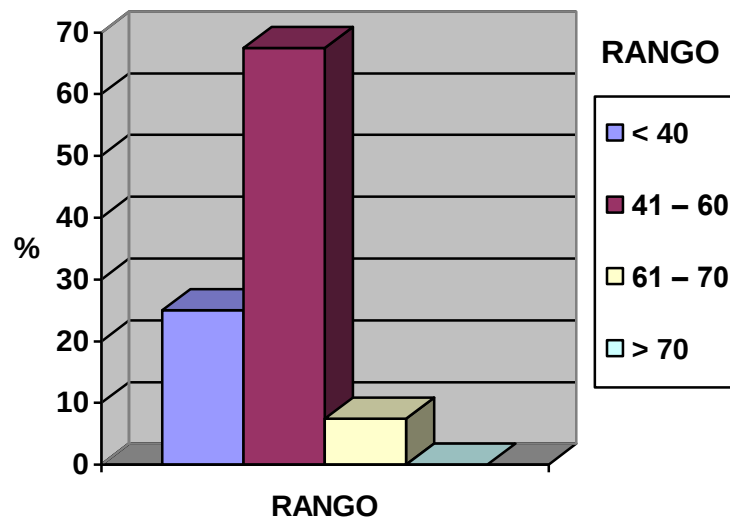
Hallazgo:

El 35% de la muestra se encuentra en el rango de 51-70 que indica que puede estar presente algún problema de naturaleza emotiva que no limita la vida de relación del sujeto. El 27.5% se encuentra en el rango >85, indicando que los sujetos están gravemente disturbados y difícilmente logra evitar comportamientos inadecuados. El 25% se encuentra en el rango 71-85 que indica que los disturbios emotivos de los sujetos son graves.

ESCALA K

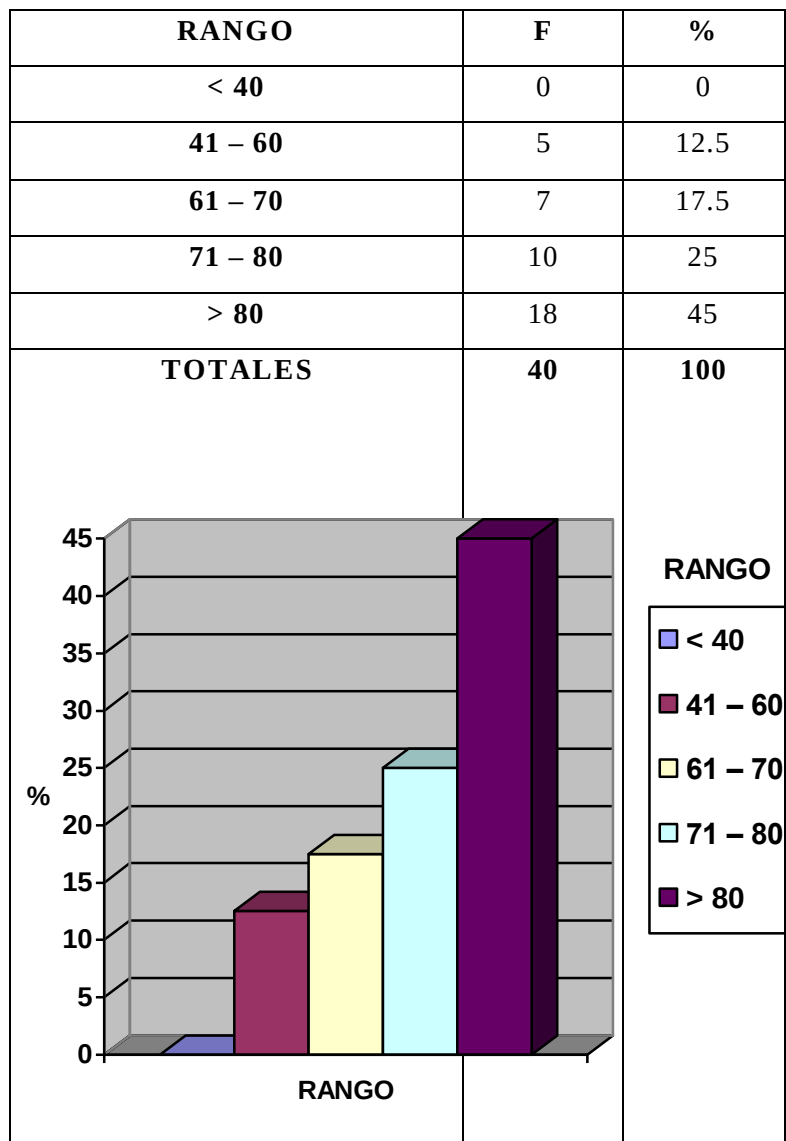
RANGO	F	%
< 40	10	25
41 – 60	27	67.5
61 – 70	3	7.5
> 70	0	0
TOTALES	40	100

Ver anexo “B”



Hallazgo:

El 67.5% se encuentra en el rango 41-60 indicando que la capacidad de evaluación de la propia personalidad aparece integrada y sin particulares resistencias a su comunicación, el 25% se encuentra en un rango <40 indicando que hay carencias presentes en la capacidad de controlar el comportamiento, el 7.5% se encuentra en el rango 61-70 que indica que esta presente una cierta cantidad de mecanismos de defensa.

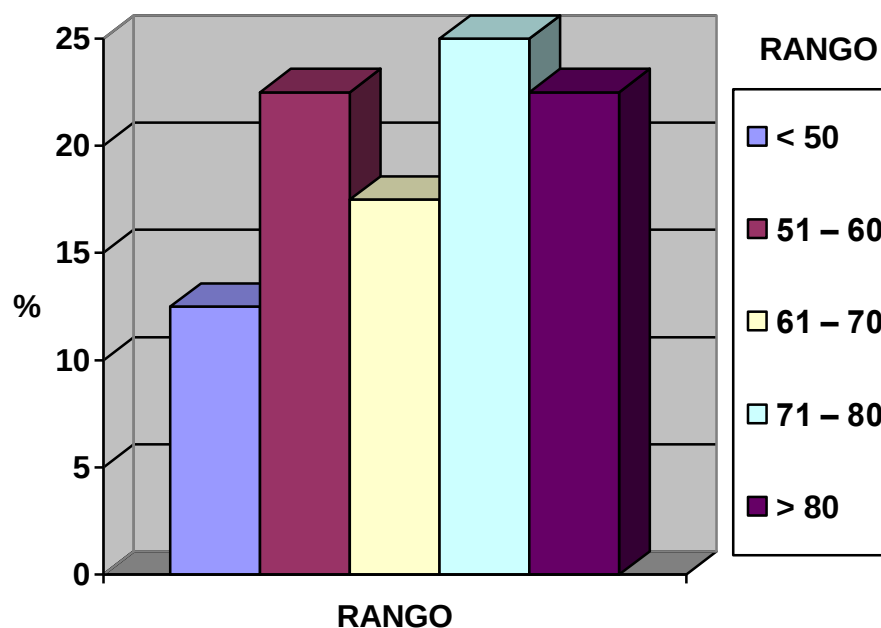
ESCALA 1

Hallazgo: El 45% de la muestra se encuentra en el rango >80 indicando que las ideas de los sujetos asumen caracteres netamente hipocondríacos, el 25% se encuentra en el rango de 71 – 80 indicando que están presentes somatizaciones de la ansiedad, 17.5% que se encuentra en el rango de 51-70 indica que las reacciones psicofisiológicas son acentuadas.

ESCALA 2

RANGO *	F	%
< 50	5	12.5
51 – 60	9	22.5
61 – 70	7	17.5
71 – 80	10	25
> 80	9	22.5
TOTALES	40	100

* Ver anexo “B”



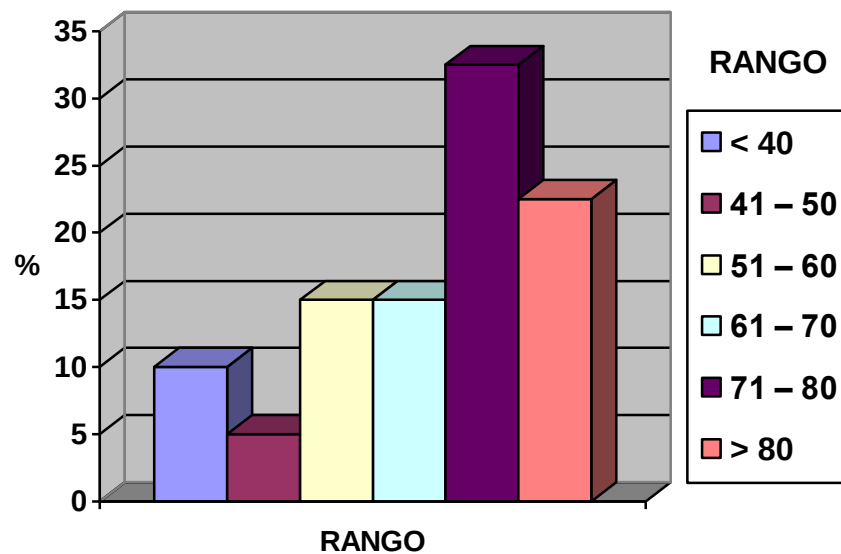
Hallazgo:

El 25% de la muestra se encuentra en el rango 71 – 80 indicando que el tono de humor esta deprimido, el 22.5% se encuentra en el rango >80 indicando que los sujetos están profundamente deprimidos, el 22.5% se encuentra en el rango de 51 – 70 indicando eventuales notas depresivas, personalidad tímida y reservada.

ESCALA 3

RANGO	F	%
< 40	4	10
41 – 50	2	5
51 – 60	6	15
61 – 70	6	15
71 – 80	13	32.5
> 80	9	22.5
TOTALES	40	100

Ver anexo “B”



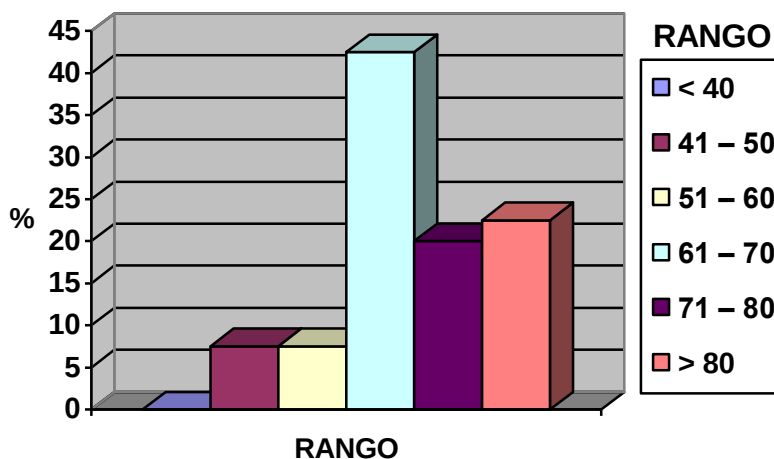
Hallazgo:

El 32.5% de la muestra se encuentra en el rango de 71 – 80 indicando que los sujetos manifiestan conflictos emotivos en formas somáticas, el 22.5% esta en el rango > 80 indica que esta presente una elevada cuota de ansiedad en formas somáticas, el 15% se encuentra en el rango 61 – 70 indicando que están presentes rasgos de dependencia afectiva.

ESCALA 4

RANGO	F	%
< 40	0	0
41 – 50	3	7.5
51 – 60	3	7.5
61 – 70	17	42.5
71 – 80	8	20
> 80	9	22.5
TOTALES	40	100

Ver anexo “B”



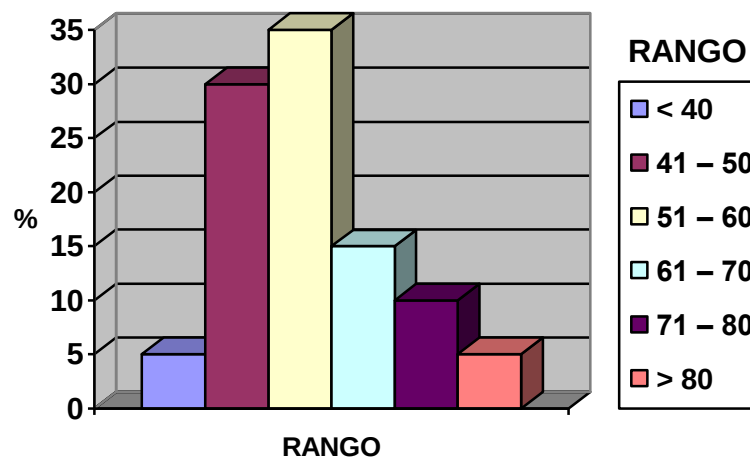
Hallazgo:

El 42.5% de la muestra se encuentra en el rango 61 – 70 indicando que el sujeto tiende a tomar posiciones netas que defiende con fuerza en las discusiones, 22.5% se encuentra en el rango > 80 indicando que el sujeto tiende a ser impulsivo sin ser capaz de evaluar las consecuencias de su comportamiento, el 20% se encuentra en el rango de 71 – 80 aquí están presentes rasgos de impulsividad las relaciones interpersonales del sujeto pueden ser agresivas.

ESCALA 5

RANGO	F	%
< 40	2	5
41 – 50	12	30
51 – 60	14	35
61 – 70	6	15
71 – 80	4	10
> 80	2	5
TOTALES	40	100

Ver anexo “B”



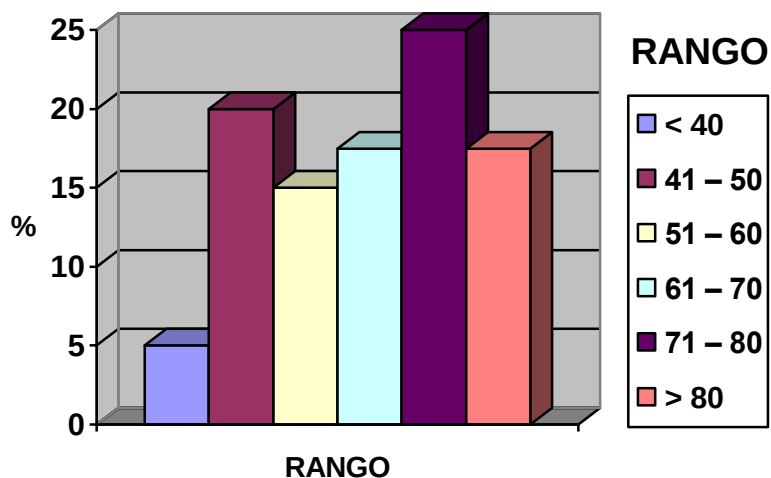
Hallazgo:

El 35% de la muestra se encuentra en el rango 51-60, indicando la adhesión a esquemas conceptuales conformistas. El 30% se encuentra en el rango de 41-50, indicando que se puede notar rasgos de acentuado conformismo. El 15% se encuentra en el rango de 61-70, que indica, que aparece cierta dificultad a adherirse a esquemas convencionales de pensamiento.

ESCALA 6

RANGO	F	%
< 40	2	5
41 – 50	8	20
51 – 60	6	15
61 – 70	7	17.5
71 – 80	10	25
> 80	7	17.5
TOTALES	40	100

Ver anexo “B”



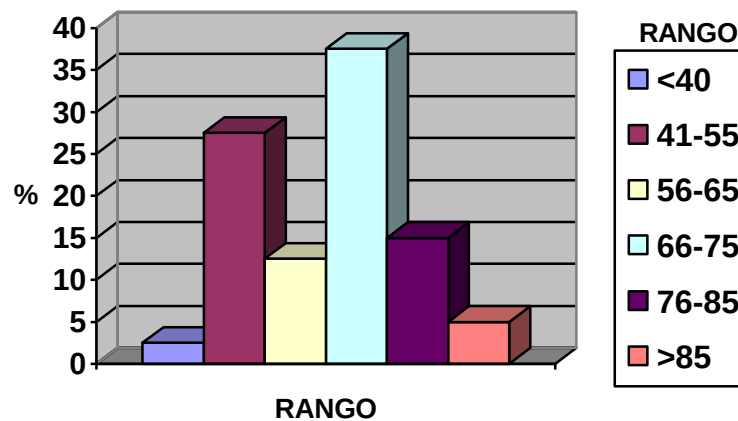
Hallazgo:

El 25% de la muestra se encuentra en el rango 71-80, indicando que el sujeto es rígido, desconfiado y susceptible. El 20% se encuentra en el rango 41-50, indica que el sujeto aparece adaptable, confiado en los demás. El 17.5% se encuentra en el rango >80, indicando que es posible que el sujeto tenga una ideación delirante.

ESCALA 7

RANGO	F	%
<40	1	2.5
41-55	11	27.5
56-65	5	12.5
66-75	15	37.5
76-85	6	15
>85	2	5
TOTALES	40	100

Ver anexo “B”



Hallazgo:

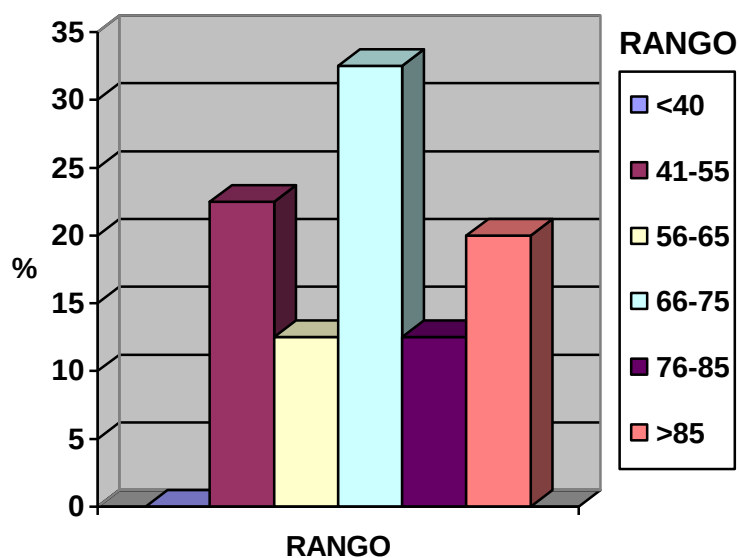
El 37.5% de la muestra se encuentra en el rango de 66-75, indicando que el sujeto es sobre todo preciso, ordenado, meticulado, se acompaña de notas ansiosas. El 27.5% se encuentra en el rango 41-55, indicando eventuales reacciones de ansiedad, son bien controladas en el plano comportamental. El 15% de la muestra se encuentra en el rango 76-85, indicando que están presentes notas de libre ansiedad, a menudo relacionadas a objetos o situaciones específicas.

ESCALA 8

RANGO	F	%
<40	0	0
41-55	9	22.5
56-65	5	12.5
66-75	13	32.5
76-85	5	12.5
>85	8	20
TOTALES	40	100

Ver anexo “B”

Hallazgo:

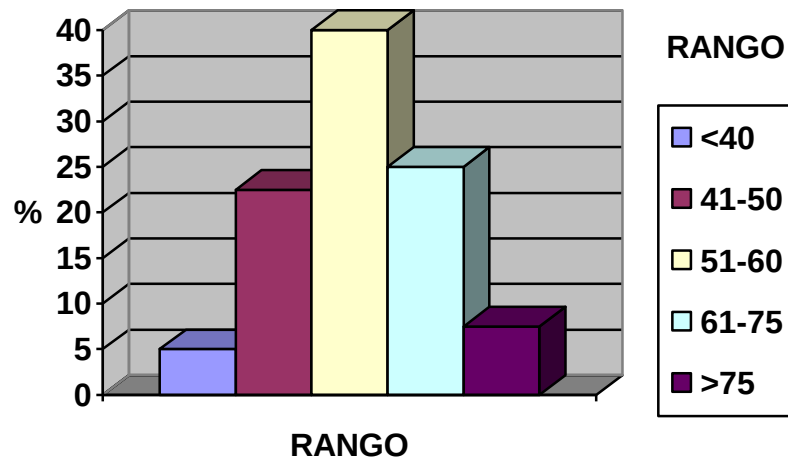


El 32.5% de la muestra se encuentra en el rango 66-75, indicando que el sujeto prefiere la soledad, puede presentar la tendencia a soñar con los ojos abiertos. El 22.5% se encuentra en el rango 41-55, indicando que el sujeto está bien adaptado e integrado. El 20% está en el rango >85, indicando que está presente una pérdida de interés por el ambiente y por las personas, cierre autístico.

ESCALA 9

RANGO*	F	%
<40	2	5
41-50	9	22.5
51-60	16	40
61-75	10	25
>75	3	7.5
TOTALES	40	100

Ver Anexo B



Hallazgo:

El 40% de la muestra se encuentra en el rango de 51-60, indicando que el sujeto aparece a veces desordenado, momentos de fácil entusiasmo. El 25% se encuentra en el rango 61-70, indicando que está presente una cierta dificultad de adaptación y una notable dispersión de intereses. El 22.5% se encuentra en el rango 41-50, indicando que el sujeto aparece adecuado a las exigencias del “principio de realidad”.

4.2.3.CONOLIDADOS DEL CUESTIONARIO Y PRUEBA PSICOLÓGICA.

El presente análisis consolidado de los resultados corresponde al objetivo con el cual se pretendió elaborar el diagnóstico de Problemas en Salud Mental; para ello se presentan los cuadros resumen y la interpretación respectiva de los indicadores condición familiar, drogas y personalidad.

1-Condición Familiar.

Interpretación:

Basándose en los datos obtenidos, en el presente indicador, se concluye que:

Se observa que un alto porcentaje de la muestra opina que las personas mayores son los que presentan malos hábitos como Fumar, tener malas compañías, vagancia y consumo de drogas. También que en el hogar solo los padres toman las decisiones, existe también consumo de drogas, grupos familiares conflictivos, violentos y desintegrados.

En resumen, la condición familiar se describe de acuerdo a los resultados de la investigación como relaciones familiares caracterizadas por el dominio de los padres y

Nº de Pregunta	Problemas	%
1	Grupo Familiar Conflictivo, violento, desintegrado.	37.5
2	Solo los padres toman las decisiones.	62.5
3	Maltrato físico y/o verbal.	32.5
4	Fuman, malas compañías, vagancia, drogas.	82.5
10	Papá, mamá, tíos, hermanos, hijos.	48
18	Maltrato físico y verbal.	20
19	Compañeros de trabajo, vecinos, ladrones.	20

los malos hábitos de ellos.

2- Drogas.

N° de pregunta	Problema	%
5	Curan enfermedades y dan alegría.	17.5
6	Alcohol, marihuana, cocaína y anfetaminas.	37.5
7	Frecuencia irregular en el consumo.	37.5
8	Dan alegría, alejarse de los problemas, dan actividad.	30
9	Fuera de comunidad, vecindario, escuela, casa.	30
11	Amigos, compañeros de Trabajo y escuela, familiar.	37.5
12	Indiferencia, rechazo incomprensión.	37.5
13	Amigos, problemas Familiares, sentimental.	37.5
14	Problemas Familiar, con la autoridad y de salud.	37.5
15	Amigos, compañeros de trabajo y escuela, vecinos.	30
16	Inicio de consumo entre los 10 y 17 años.	37.5
17	Psicólogos.	52.5

Interpretación:

Los resultados obtenidos para este indicador, reflejan que un bajo porcentaje opinó que consumen drogas, aduciendo que los alejan de los problemas, les da actividad y les provoca alegría. Algunos consumen fuera de la comunidad, en la escuela y en casa; inducidos por amigos compañeros de trabajo y escuela, y algunos casos familiares; causando indiferencia en algunos casos y rechazo e incomprensión en otros, además de problemas familiares con la autoridad, teniendo un inicio de consumo entre los 10 y 17 años; así como un consumo no cotidiano sino irregular. Opinan que de necesitar ayuda para solventar este problema acudirían a un Psicólogo. En resumen la muestra, indica que hay un bajo porcentaje en consumo de drogas.

3-Personalidad.

Escala	Problema.	%
L	Tendencia a subrayar eventuales comportamientos negativos.	30
F	Sujetos gravemente disturbados, comportamiento inadecuado	27.5
K	Hay incapacidad de controlar comportamiento.	25
1	Existen características hipocondríacas.	45
2	Rasgos depresivos.	47.5
3	Conflictos emotivos y somatizaciones.	55
4	Existe impulsividad.	65
5	Dificultad a adherirse a esquemas convencionales de pensamiento.	15
6	El sujeto es rígido desconfiado y susceptible, posible ideación delirante.	42.5
7	Notas de libre ansiedad relacionadas a objetos o situaciones específicas.	20
8	Se da aislamiento, pérdida de interés por el ambiente y personas.	32.5
9	Presente cierta dificultad de adaptación, imposibilidad de fijarse metas.	32.5

Interpretación:

Para el indicador personalidad los datos obtenidos a través del Minimult 82, indican que un alto porcentaje de la muestra presenta rasgos impulsivos, conflictos emotivos y somatizaciones. Un menor porcentaje presenta, rasgos depresivos, características

hipocondríacas, existe susceptibilidad, perdida de interés por el ambiente e imposibilidad de fijarse metas.

En resumen, existe inseguridad, auto desvalorización, dificultad de empatizar con el ambiente, rasgos depresivos e hipocondríacos, inclinación a la fantasía y dificultad de planificar el futuro.

4- Necesidades en Atención Comunitaria.

Para el objetivo que pretendió realizar un diagnóstico de necesidades en atención comunitaria, se presenta a continuación cuadro consolidado y la interpretación respectiva del indicador servicios, médicos, psicológicos, odontológicos y básicos.

Nº de pregunta	Problema	%
20	No cuentan con servicios de atención Comunitaria.	100
21	Dificultad para acceder a servicios fuera de comunidad	0
22	Asistencia pública	100
23	No tiene acceso a escuelas	0
24	Profesionales que desearían visitasen comunidad. (Psicólogo)	100

Interpretación:

Los datos obtenidos a través del cuestionario en cuanto a asistencia Comunitaria, reflejan: Que la totalidad de la muestra opina, que no cuentan con servicios Médicos, Odontológicos, Psicológicos y otros afines, dentro de la comunidad. Sin embargo la asistencia que reciben es de tipo pública y no tienen dificultad en acceder a ellos fuera de la comunidad. En resumen, la comunidad El Campito, requiere de los servicios básicos y profesionales en el área de salud.

CAPITULO V**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.****5.1.Conclusiones.**

La presente investigación se encaminó a describir problemas en Salud Mental y Necesidades en Atención Comunitaria, en la cual, los resultados obtenidos, permitieron obtener las siguientes conclusiones.

♦ Los problemas en Salud Mental encontrados a través de la opinión proporcionada por los sujetos encuestados son:

-Grupo Familiar caracterizado por ser: Violento, padres que solo ellos toman las decisiones, ignoran los errores, insultos, padres con malos hábitos, uso de maltrato físico.

-Comunidad caracterizada por: bajo porcentaje en consumo de drogas, frecuencia irregular en el consumo de drogas.

Diversas ideas sobre el consumo de drogas y los efectos que producen.

Inicio de consumo de drogas entre los 10 y los 17 años.

♦ Rasgos de personalidad de la comunidad caracterizados por: somatizaciones de la ansiedad, tono del humor deprimido, conflictos emotivos en formas somáticas, posiciones

de defensa y a veces impulsivos, adhesión a esquemas conceptuales conformistas, desconfianza y susceptibilidad, eventuales reacciones de ansiedad, soledad y pérdida de interés por el ambiente, a veces desordenado, dificultad de adaptación.

♦ Las necesidades en Atención Comunitaria encontradas a través de la opinión proporcionada por los sujetos encuestados son:

- La comunidad cuenta con los servicios básicos de Agua, Electricidad, Teléfono y Tren de aseo.
- La comunidad en la misma no cuenta con los servicios de Odontólogo, Médico, Enfermera, Partera, Farmacia, Psicólogo y Escuela.
- Sí tienen acceso a los servicios de Odontólogo, Médico, Enfermera, Partera, Farmacia, Psicólogo y Escuela, fuera de la comunidad.
- No representa dificultad para la comunidad el tener que desplazarse fuera de ella para recibir asistencia en Salud, dado que los mismos se encuentran en zonas próximas.

5.2. Recomendaciones.

♦ Se recomienda a las distintas instituciones encargadas de velar por la Salud Mental y Física de la Población, ampliar los servicios de atención hacia las comunidades, de forma domiciliaria, con programas que fomenten: el fortalecimiento de las condiciones familiares, Orientación a jóvenes y adultos en lo que respecta al uso de drogas, y planes a largo plazo en atención a problemas de personalidad.

♦ Se recomienda ampliar la cobertura de forma periódica (visitando las distintas comunidades) en lo que respectan a servicios tales como: Odontológicos, Médicos, de Enfermería y Psicológicos. La detección de la necesidad de estos servicios podría hacerse a través de los promotores de Salud.

♦ Se recomienda a la carrera de Psicología: Implementar la Cátedra de Salud Mental Comunitaria, con un plan permanente de parte de los estudiantes, en Atención Comunitaria. Impartir seminarios libres de corta duración sobre la temática de Salud Mental Comunitaria.

♦ Se recomienda a la Universidad Tecnológica, a partir de la investigación realizada, que promueva y profundice estudios similares en lo concerniente a Salud Mental Comunitaria, y que las estrategias de intervención a partir de la propuesta del perfil, sean ejecutadas por otros equipos de investigación.

♦ Se recomienda al Gobierno de la República de El Salvador, a través del Ministerio de Salud e Instituciones afines promover y divulgar programas de Salud Mental Comunitaria, en coordinación con las distintas Universidades del país que poseen la carrera de Licenciatura en Psicología. Así mismo crear, mecanismos por medio de los cuales las necesidades de Atención Comunitaria sean cubiertas.

5.3. PROPUESTA DE UN PERFIL DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.

5.3.1. Introducción.

En esta propuesta, se presenta un perfil de estrategias de intervención en Salud Mental Comunitaria, a partir del desarrollo de la presente investigación y los resultados obtenidos en la misma, correspondientes al trabajo de campo.

El Objetivo de la presente propuesta es: Disminuir problemas en Salud Mental ya existentes en la comunidad en estudio y evitar la propagación de los mismos.

La importancia de la propuesta es que se apegue a las necesidades concretas de la comunidad “El Campito” en la cual se realizó el estudio, presentando asimismo posibles alternativas de solución.

Para fortalecer y garantizar el éxito del desarrollo de la presente propuesta hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- ♦ La propuesta debe enmarcarse en una estructura global, a nivel macro dentro del sector Salud.
- ♦ Debe integrarse un equipo multidisciplinario de profesionales involucrados en el quehacer de la Salud Mental.
- ♦ Debe concientizarse a los líderes y miembros de la comunidad en la importancia del programa y no percibirse como un esfuerzo aislado y para un solo momento, sino como algo permanente y que podría expandirse a otras necesidades concretas del lugar y promoverse a nivel de otras comunidades.
- ♦ Las estrategias de intervención en Salud Mental Comunitaria, que se presentan en este perfil, se basan en algunas de las estrategias propias de la Psicología, sin embargo, en

la actualidad hay diversidad de estrategias en salud, economía, educación, medio ambiente, gestión comunal, entre otras.

5.3.2. Metodología.

El contenido de la propuesta se basa en la presentación de un perfil el cual será desarrollado en un periodo de tiempo estipulado por las personas responsables de implementar el desarrollo de las temáticas, definiendo ellas mismas el tiempo de duración de cada sesión. Las sesiones no deberán ser con una frecuencia mayor de una semana entre cada una y un máximo de duración de dos horas. Las que se desarrollarán a través de charlas expositivas, dinámicas grupales, terapias, técnicas y talleres recreativos. Asimismo, el diseño de talleres ocupacionales.

Teniendo como posibles responsables del desarrollo de este perfil: a alumnos del departamento de Psicología de la Universidad Tecnológica, Facilitadores Ad Hoc, Promotores del Ministerio de Salud, miembros de la PNC, Etc.

Se propone una panorámica y agrupación de las técnicas de intervención Social y Comunitaria, basadas en los fines y contenidos de intervención que se estiman más realistas para la visión conjunta, mas o menos integradas de esas técnicas. En esta propuesta se agrupan las técnicas y estrategias según el objetivo perseguido, sea: 1) prestación de servicios; 2) desarrollo de recursos humanos; 3) prevención; 4) reconstrucción comunitaria y 5) Cambio social.

Se entiende que las categorías clasificatorias no son rígidas ya que hay métodos que tienen componentes de varias categorías. Por ejemplo, la consulta, tiene un componente de prestación de servicio y otro de desarrollo de recursos humanos; los equipos de autoayuda uno de desarrollo de recursos y otro de reconstrucción social.

En esta propuesta se debe tener en cuenta el desarrollo de la comunidad, una vez reconocida la necesidad de cambio y transformación, la organización de la comunidad y la acción social parten de asunciones distintas. El desarrollo de la comunidad asume recursos (económicos, humanos, liderazgo) ilimitados y se basa en el consenso y cooperación a través de la coordinación y auto desarrollo de la propia comunidad, suplementado por ayuda técnica (Psicológica o tecnológica).

También se asume que la comunidad es relativamente homogénea en términos culturales y de intereses de modo que, aunque existan diferencias estas son reconciliables o compatibles y los ciudadanos están dispuestos a participar y tomar responsabilidades en las tareas comunes.

5.3.3. Recursos.

Para el óptimo desarrollo de la presente propuesta, se requiere:

- Recurso Humano que es el más importante (miembros de la comunidad, facilitadores, etc.).
- Recursos materiales (pizarra, plumones, tiza, Papelógrafo, papel, lápices, cartulina, VHS, televisor, grabadora, herramientas. hojas volantes, folletería, pintura telas, instrumentos para tejer, balones, y compra de refrigerios..).
- Recursos físicos (casa comunal, canchas, etc.).
- Los recursos financieros, serían gestionados a través de la Alcaldía de la localidad o se solicitaría ayuda a ONG's o al Gobierno Central, ya que la puesta en marcha de dicha propuesta generará un costo aproximado de Tres mil seiscientos cincuenta y siete 14/100 Dólares (\$ 3,657.14), para cubrir los gastos de:

⇒ Materiales	\$ 1,157.14
⇒ Honorarios para servicios Profesionales	<u>\$ 2,500.00</u>
Total	\$ 3,657.14

5.3.4. Evaluación.

La evaluación se realizará al finalizar cada jornada, a través de Encuestas de opinión, Test Psicológicos y opinión por consenso.

Se hará una evaluación posterior de los resultados y el diseño de nuevas estrategias en la comunidad, esto posibilitará métodos más eficaces de intervención dentro de la población. Esta evaluación se hará de acuerdo al criterio y experiencia del personal que lleve a cabo la práctica del perfil.

5.3.5. Programa de Atención Comunitaria.

Dentro de la atención comunitaria se debe tomar en cuenta el desarrollo de varias estrategias de trabajo, con el fin de llevar a la comunidad factores paliativos respecto a sus necesidades. A su vez obtener el mayor grado de optimización en cuanto a los esfuerzos de los encargados de llevar a cabo el plan de trabajo, así como el esfuerzo de la comunidad y demás entidades que brindan su apoyo en la puesta en práctica de este perfil.

1) Prestación de servicios Humanos o personales (salud mental y física, educación, servicio social) alternativos a los clínicos tradicionales, desde criterios poblacionales, sociales y comunitarios.

2) Desarrollo de recursos humanos. La idea directriz de esta familia de estrategias es de personas y comunidades, tienen un potencial por desarrollar, (Psicológico, relacional, y de servicio) y que pueden usarse en la resolución de los problemas sociales. La tarea sería

evaluar ese potencial y encontrar los métodos (Psicológicos y sociales) adecuados a su desarrollo y optimización personal o en la ayuda de otros.

3) Prevención. Función clásica heredada de la Salud Pública, de toda la intervención social y comunitaria (prácticamente ausente) en sus variantes: Comunitaria (prevención propiamente dicha), Primaria (tratamiento y organización con orientación preventiva) y secundaria, rehabilitadora-resocializadora.

La salud mental es el método clásico de prevención, aunque otras tendrían virtualidades preventivas desde el punto de vista genérico. La prevención de los problemas sociales es un tema mucho menos desarrollado y relevante.

4) Reconstrucción Social Comunitaria. La idea directriz de la Psicología Comunitaria es que la desorganización y desintegración social presente en la sociedad son un factor clave en la producción de los problemas sociales, Psicosociales (droga, delincuencia, problemática familiar etc., que a su vez se refleja en los sentimientos de alineación y desarraigo personal de los individuos. La reconstrucción social y el restablecimiento del sentido de comunidad y pertenencia impregnan, no solo el contenido de muchas de las estrategias de intervención comunitaria, sino también la forma en que son prestados. Esa reconstrucción social en dirección comunitaria es un componente central en la organización del apoyo social y redes de apoyo y en las comunidades terapéuticas.

5) Cambio Social y Comunitario. La intervención genuinamente social es la que parte desde abajo: modificación significativa de la estructura social básica.

Con relación a la prestación de Servicios Humanos y personales, así como también al desarrollo de Recursos humanos, las estrategias de trabajo, comenzando por la prevención, reconstrucción y cambio social, se debe contar con un grupo multidisciplinario, la formación de grupos de autoayuda, contando con una estructura básica de apoyo la cual se puede establecer de la siguiente forma:

Personal:

Médicos generales

Psicólogos

Farmacéuticos.

Trabajador social.

Personal de Enfermería.

Personal subalterno.

Dispositivo de apoyo específico:

Médicos especialistas.

Psicólogos

Rehabilitación.

Servicio de radiología.

Laboratorio.

Salud Mental.

Odontología.

Urgencias.

Dispositivo directo:

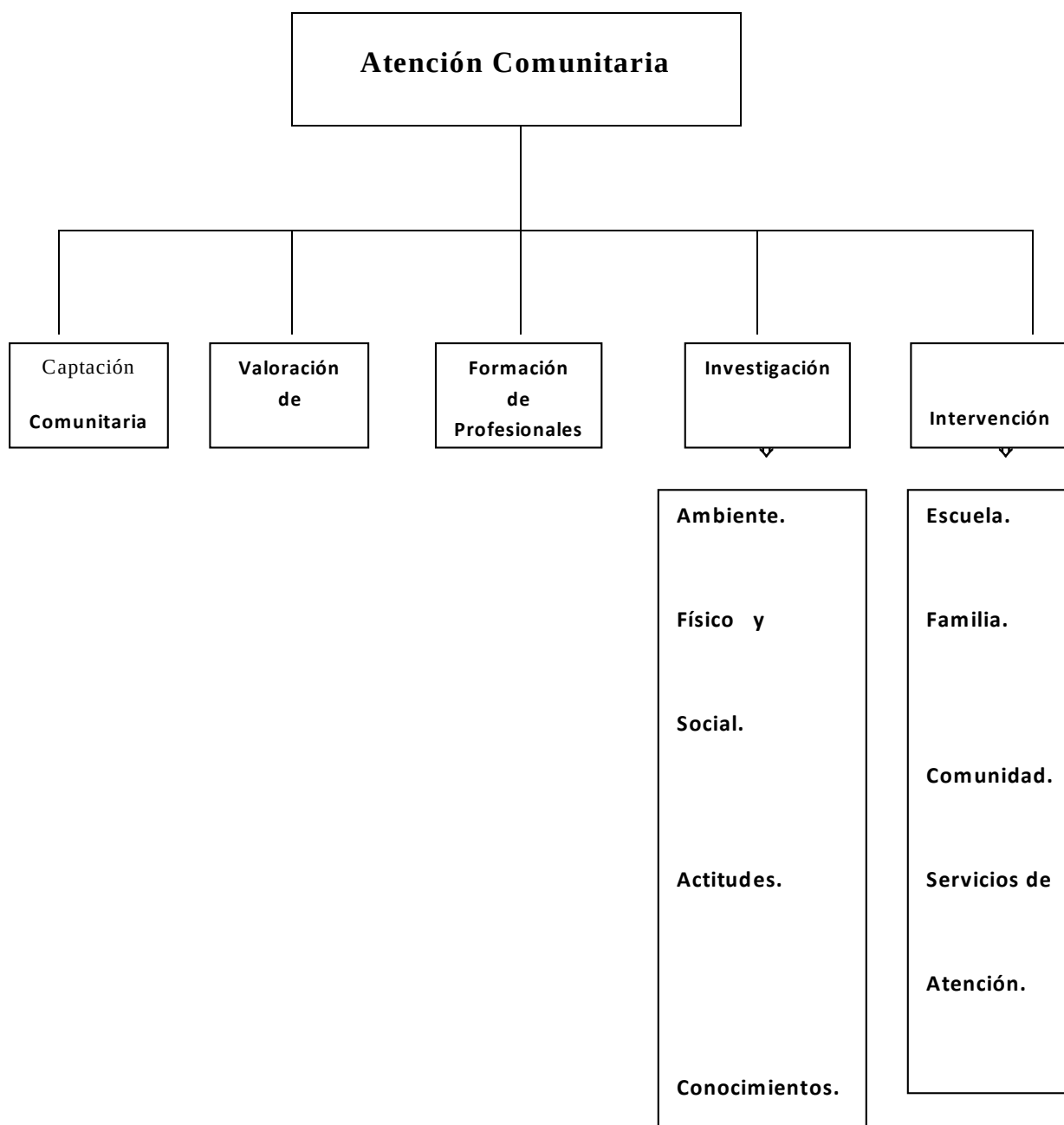
Director.

Administrador.

Coordinador de programas.

Con esta estructura básica de apoyo, la actuación, de los encargados del desarrollo del perfil, podrán actuar de acuerdo al esquema de Atención Comunitaria, que se presenta a continuación.

5.3.6. Esquema de Atención Comunitaria.



El desarrollo del esquema anterior, estará íntimamente ligado con las estructuras básicas de apoyo, de la siguiente manera.

Captación Comunitaria: Lo fundamental en este paso, es tener la disposición de la población para participar activamente en el desarrollo del programa.

Valoración de Recursos: Aquí se debe tener en cuenta los tipos de recursos con que cuenta la comunidad y los provistos por las diferentes instancias que brindaran apoyo al desarrollo del programa.

Formación de profesionales: Este rubro implica, no solo la cooperación de profesionales en formación (Académica), sino la formación de paraprofesionales, y también la de promotores, los cuales pueden ser integrantes de la misma comunidad.

Investigación Básica: Implica un estudio a fondo, en el momento en que se decida iniciar el desarrollo del programa dentro de la comunidad, con el fin de encontrar cambios positivos o negativos, a partir del momento en que se hizo el estudio de campo y la inicialización del programa.

Intervención: Este rubro es en sí la puesta en práctica del programa, dentro de la escuela, familia, comunidad y la atención comunitaria.

Dentro de la atención comunitaria, es relevante señalar que los profesionales y paraprofesionales, se avoquen a la comunidad, para la prestación de servicios de Salud. Así como también los diferentes servicios del grupo interdisciplinario. Este Trabajo con la comunidad debe establecerse bajo objetivos razonablemente diferenciados (Gartner-1981), lo que se describe en el siguiente cuadro:

Profesionales	No profesionales
1-Énfasis en el conocimiento, la profundización , las causas, la teoría, las estructuras.	Énfasis en el sentimiento y en la emoción, en lo práctico y concreto.
2-Sistematización.	Experiencia, sentido común, intuición, conocimiento popular.
3-Objetivo, distancia y perspectiva. Autoconocimiento. Control de transferencia.	Subjetivo. Perspectiva más limitada.
4-Moderación en control empático.	Identificación.
5-Actividad estandarizada.	Improvisación. Espontaneidad.
6-Orientación objetiva.	Orientación subjetiva y natural.
7-Orientación Práctica.	Realización práctica de esa orientación.
	Ilimitada lentitud en la presentación de atenciones. Responsabilidad compartida, más que directa.

8-Agilidad en el empleo del tiempo. Evaluación sistemática. Salud.	
--	--

5.3.7. Cronograma.

A continuación se presenta un cronograma, en el que se hace la distribución de los temas del perfil, definiéndose con una duración que se estima como tiempo recomendado, para el desarrollo de las temáticas. El cual podría variar de acuerdo al criterio de los facilitadores, con respecto a limitaciones o deficiencias que el facilitador encuentre en la comunidad, en el momento en que se inicie el desarrollo, del perfil.

Así también, el tiempo de desarrollo dependerá de que los recursos económicos sean provistos oportunamente, al igual que de la disposición tanto de facilitadores, como de los integrantes de la comunidad

Este cronograma se presenta de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación de campo, orientando las temáticas a este resultado y aplicables en la atención comunitaria a nivel de Salud Mental, como un plan de método de intervención.

Cronograma.

Temas	Sept	Oct.	Nov.	Dic	Ene.	Feb.	Ab.	May	Jun.
1) Saludo y presentación.	■								
2) Relaciones Familiares.	■	■							
3) Toma de decisiones en familia.		■							
4) Violencia Intrafamiliar.			■	■					
5) Malos Hábitos.				■					
6) Conociendo de drogas.				■	■				
7) Prevención en el consumo de drogas.					■	■			

5.3.8. PROPUESTA DEL PERFIL DE UN PLAN ESTRATÉGICO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Tema	Objetivo	Procedimiento	Recursos	Evaluación
1) Saludo y Presentación	Generar ambiente de confianza y presentar el perfil	Dinámica de integración Charla expositiva	Humanos Papelógrafo	Opinión por consenso.
2) Relaciones Familiares	Integrar las necesidades de crecimiento de cada miembro del grupo, con la integridad del sistema familiar.	a)Charlas expositivas. b)Talleres Temáticos. c)Terapia Familiar*	Humanos Papelógrafos Pizarra y plumones, Papel bond..	Encuesta de opinión y la observación.

3) Tomar decisiones en familia	Que la familia conozca la importancia y relevancia de mantener la armonía en el hogar, a partir del respeto por la opinión individual de sus integrantes.	a)Charlas expositivas. b) proyección de videos.	Humanos. TV., VCR., Película,.	Encuesta de opinión.
4) Violencia intrafamiliar	Disminuir el maltrato intrafamiliar.	a)Charlas expositivas b)Técnica de verbalización de sentimientos	Pizarra, plumones, hoja de contenido del tema. RR. Humanos.	Encuesta de opinión y opinión por consenso.
5)Malos hábitos.	Que la familia reconozca, la repercusión de los malos hábitos en el ambiente familiar, y generar actitud de cambio.	a)Charla expositiva. b) Taller Temático.	Pizarra, plumones, hojas de papel Bond,RR. Humanos.	Encuesta de Opinión.

--	--	--	--	--

Tema	Objetivo	Procedimiento	Recursos	Evaluación
6) Conociendo de drogas	Identificar condiciones de riesgo para disminuir el consumo de drogas.	a) Terapia cognoscitiva – Conductual (aversiva) * b) Psicoterapia de interacción en grupo c) Proyección de video	RR. Humanos, publicaciones sobre efecto de las drogas. TV., VCR, Película, Papel, Lápices, etc.	Encuesta de opinión.
7) Prevención en el consumo de drogas	Evitar un incremento o prevenir el uso de drogas.	a) charlas expositivas b) Talleres temáticos c) Talleres recreativos	Papelógrafo, pizarra, hojas volantes del tema, Papel bond, bolígrafos, hojas volantes, Casa comunal. Balones, artículos deportivos, juegos de mesa.	Encuestas, Evaluaciones escritas.

8)Qué es la Ansiedad?	Disminuir las sensaciones de tensión o nerviosismo generales, producidos por eventos estresantes.	a)Charlas expositivas b) actividades ocupacionales c) Técnicas de relajación* d)Terapia conductual (flooding)*	RR. Humanos, Papelógrafos, plumones, papel bond., Pinturas, telas, instrumentos para tejer. Casa comunal, grabadora y música.	Test escala de evaluación de ansiedad.
9)Qué es la Depresión?	Que los miembros de la comunidad aprendan a resistirse al pesimismo y la autocrítica	a) Terapia de apoyo* b)Terapia cognitiva* -Desensibilización sistemática	RR. Humanos, fichas, cubículo.	Escala de medición de depresión.

		-Imaginación positiva -Refuerzo positivo y extinción		
--	--	---	--	--

Tema	Objetivo	Procedimiento	Recursos	Evaluación
10) Somatizaciones.	Que las personas reconozcan, que algunos estados de animo, les llevan a experimentar síntomas físicos, aunque no padezcan enfermedad médica alguna.	Charlas expositivas.	RR. Humanos.	Encuesta de Opinión.
11) Fijarse metas en la vida..	Que las personas conozcan la importancia de fijarse metas, para optimizar su nivel de vida.	a)Charlas expositivas. b)Taller temático.	RR. Humanos, Papel bond, pizarra, plumones, lápices.	Encuesta de Opinión.

*En los casos de aplicación de estas técnicas, debe existir seguimiento para cada paciente.

Descripción de Terapias, Técnicas y procedimientos del Perfil.

Terapias y Técnicas.	Descripción.
Terapia familiar.	En esta se integran las necesidades de crecimiento independiente de cada miembro del grupo con la integridad del sistema familiar.
Técnica de verbalización de sentimientos.	Promover espacios de expresión de sentimientos de angustia, tristeza, miedo, amor y todas aquellas cosas de las que por diversas razones no se pueden expresar abiertamente.
Terapia aversiva.	Es un conjunto de técnicas que utilizan estímulos dolorosos y desagradables con el objeto de disminuir la probabilidad de que se produzca alguna conducta indeseable (drogas, alcoholismo, Etc.)
Psicoterapia de interacción de grupos.	Promover espacios para expresar las emociones y los sentimientos a nivel colectivo y de esa manera fortalecer la comunicación entre las personas adultas, los niños y los adolescentes.
Técnicas de relajación.	Se basa en el uso de la imaginación, para la consecución de relajamiento muscular, implica el uso de ejercicios de respiración coordinados.
Terapia conductual Flooding	Se basa en el principio de la extinción, es decir que los estímulos condicionados, pierden su calidad aversiva de una manera gradual.

	Se emplea para reducir la ansiedad.
Terapia de Apoyo.	Se refiere a una gran variedad de técnicas que se diseñan para apoyar al paciente. Las técnicas se escogen en función de los síntomas o quejas del paciente, a través del consejo, el aliento, etc.
Desensibilización sistemática	Con esta se busca una respuesta que sea lo suficientemente incompatible con el estado de animo como para recurrir su ocurrencia indeseada

Procedimientos generales.

Procedimiento	Descripción
Dinámica de integración.	Método utilizado, para fortalecer o establecer relaciones cordiales dentro del grupo
Charlas expositivas	Por medio de estas se hace una exposición de un tema determinado, para lo cual el facilitador, debe lograr el total dominio del tema.
Talleres Temáticos.	En estos debe haber uno o varios moderadores, o monitores, que dominen el tema, para guiar a los grupos de trabajo en la consecución de las metas establecidas.
Talleres recreativos.	Se establecen grupos de trabajo, con el fin de desarrollar actividades recreativas, para motivarlos a buscar cotidianamente actividades de esparcimiento.
Actividades ocupacionales.	En este rubro se orienta a que las personas asistentes, utilicen sus habilidades manuales, en ocupaciones no rutinarias, con el fin de esparcimiento o canalizar ansiedad u otros.

Tipos de Evaluación.

Tipo de evaluación por jornada.	Objetivo
Encuesta de Opinión	Determinar el nivel de asimilación de los temas, y puntos de vista.
Evaluaciones escritas	Indagar entendimiento del tema.
Test Psicológicos.	Indagar sobre cambios específicos de rasgos de personalidad.

BIBLIOGRAFIA.

- ♦ Bernstein, Douglas. Introducción a la Psicología Clínica. Editorial Mc Graw Hill, México.(1996).
- ♦ Calderón Narváez, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. 2ª Edición. Editorial Trillas, México. (1984).
- ♦ Feldman, Robert. Understanding Psychology. Mc Graw Hill Inc. Fourth Edition USA. (1996).
- ♦ Garfield, Sold. Psicología Clínica. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México. (1979).
- ♦ González, Antonio. Psicología Comunitaria. Textos Visor 2ª Edición, España.. (1993).
- ♦ González, Martín, Fundamentos y Aplicaciones en Psicología Comunitaria. Textos Visor, España., (1989).
- ♦ Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill, 1ª Edición, México. (1995).

♦ Pacheco, René. Estadística II (aplicada). Editorial Start Print. 2ª Edición. San Salvador, El Salvador, (1994).

♦ Pineda, Elia. Metodología de la investigación, OPS, 2ª Edición, E.U.A. (1994).

♦ Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones Sociales. UNAM. México. (1985).

♦ Sisti, Elvio, Salud Mental de Base. UCA Editores. 1ª Edición . El Salvador. (1995)

♦ Weiner, Erving. Métodos en Psicología Clínica. Noriega Editores. Universidad de Denver. 1ª Edición. USA. (1992).

Tesis Consultadas.

♦ Dinarte Hernández, Rosmery Estebana, , “Proyecto de Organización de un Departamento de Organización Psicológica, en la Universidad Dr. José Matías Delgado”. Nva. San Salvador. (1989)

♦ Gutierrez Quintanilla, José Ricardo. “Violencia intrfamiliar como consecuencia del alcoholismo en los oficiales de mandos medios de la Fuerza Armada”, para optar al grado de Licenciatura en Psicología. San Salvador, (1999).

♦ Santos de Ramos, Ana Daysi,. “Condiciones Familiares y su repercusión en el consumo de Drogas en Estudiantes de Educación Media de instituciones Públicas de la Zona Metropolitana de San Salvador”, San Salvador, (1999)

Revistas Consultadas.

♦ Revista de Psicología de El Salvador, Volumen XI, Número 44, Departamento de Psicología y Educación, UCA Editores. El Salvador (1992).

♦ Revista de Psicología de El Salvador, Volumen XII, Número 49, Departamento de Psicología y Educación, UCA Editores. El Salvador, (1993).

♦ Revista de Psicología de El Salvador, Volumen XII, Número 51, Departamento de Psicología y Educación, UCA Editores. El Salvador, (1994).

Fuentes en Internet.

♦ Gastiaian Saenz, Fabiola, <http://www.metabusca.com> search.ch

♦ Riviere, Pichon, www.gratisweb.com/pcasan/art-saludmental. Htm

Entrevistas Realizadas.

♦ Cohen, Hugo, Dr.. San Salvador 20 de Septiembre de 2000, Oficina Organización Panamericana para la Salud. (OPS).

Folletos Consultados.

♦ Plan Estratégico de Salud Mental, Formulado por el comité Técnico de Salud Mental, Secretaría Nacional de la Familia y Consejo Nacional de Salud Mental. Diciembre de 2000.

♦ Psicología Social Comunitaria, UCA, Facultad de Humanidades, 2000.

♦ Salud Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, 1994.

Test psicológico.

Leandro, Mauricio Alberto. Mini-mult 82. Costa Rica.

ANEXOS

ANEXO A₁

MATRIZ DE VARIABLES E INDICADORES.

Objetivos Generales	Variables	Indicadores	Items
1-Elaborar un Diagnóstico de Problemas en Salud Mental.	Problemas en Salud Mental.	Condición Familiar Drogas. Personalidad	1,2,3,4,10,18 Y 19 5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17 . Minimult-82
2- Realizar un Diagnóstico de necesidades en Atención Comunitaria.	Necesidades en Atención Comunitaria, (determinada por la prestación de servicios)	Servicios: Médicos, Odontológicos, Psicológicos, Básicos.	20,21,22,23,24.

ANEXO 1

3-Elaborar una propuesta de un perfil de un plan estratégico en Salud Mental Comunitaria.	Propuesta de un Perfil.		
--	--------------------------------	--	--

MATRIZ DE PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Tema: Problemas en Salud Mental y Diagnóstico de Necesidades en Atención Comunitaria: Perfil de estrategias de intervención.
Enunciado:¿ Que aportes ofrece la realización de un diagnóstico de Necesidades en Atención Comunitaria y el diagnóstico de problemas en Salud Mental, para elaborar un perfil de un plan estratégico en Salud Mental Comunitaria?
Objetivos:
1- Elaborar un Diagnóstico de problemas en Salud Mental. 1.1. Personalidad. 1.2. Condición Familiar. 1.3. Drogas.

2- Elaborar un Diagnóstico de Necesidades en Atención Comunitaria.

2.1. Determinada por la prestación de Servicios, tales como:

Médicos, Odontológicos, Psicológicos, Básicos.

3. Elaborar una propuesta de un perfil de un plan estratégico en Salud Mental Comunitaria.

3.1. Propuesta del perfil del plan estratégico.

ANEXO A2

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

OBJETIVO:

El propósito del presente instrumento, es recabar información acerca de las necesidades en atención comunitaria en la comunidad “El Campito”. La información obtenida será confidencial, garantizando su anonimato, pues la finalidad es estrictamente de investigación. Esta prueba es realizada por Egresados de la Universidad Tecnológica, para efecto de optar al grado de Licenciatura en Psicología.

Por su amable colaboración, muchas gracias.

INSTRUCCIONES. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas que se le presentan a continuación. Marcando con una “X”, la respuesta que considere mas conveniente.

DATOS GENERALES:

EDAD_____

SEXO_____

NIVEL EDUCATIVO_____ ESTADO CIVIL_____

OCUPACIÓN_____

QUIENES CONFORMAN EL GRUPO FAMILIAR

PADRE_____

MADRE_____

HERMANOS_____

ABUELOS_____

TIOS_____

OTROS_____

ESPECIFIQUE_____

1- ¿Cómo define su grupo familiar?

a) Armonioso_____ b) Conflictivo_____ c) Violento_____

d) Desintegrado_____ e) Integrado_____ f) Autoritario_____

2- ¿Cuál es la forma de tomar decisiones dentro de la familia?

a) Dedicar tiempo para dialogar, tomando en cuenta las opiniones de todos_____

b) Los padres toman decisiones sin tomar en cuenta la opinión de los demás de la
familia_____

c) Solamente el padre toma las decisiones_____

d) Solamente la madre toma las decisiones_____

3- ¿Qué forma de disciplina existe en el hogar?

a) Diálogo comprensivo_____

b) Insultos _____

c) Maltrato físico _____

d) Premios _____

e) Simplemente ignoran los errores_____

f) Ignoran las cosas bien hechas _____

4- ¿Qué malos hábitos tienen las personas mayores en su hogar?

a) malas compañías_____

b) Fumar_____

c) Vagancia_____

d) Consumo de drogas_____ Especifique_____

5- ¿Qué conocimiento tiene usted acerca de las drogas en general?

- a) Sirven para curar enfermedades_____ b) Para dar valentía_____
- c) Son dañinas para la salud _____ d) para dar felicidad _____
- e) otros_____

6- De las siguientes drogas, ¿Cuál ha consumido alguna vez?

- a) Marihuana_____ b) Cocaína_____
- c) Anfetaminas (pastillas)_____ d) Alcohol_____
- e) Otros _____ Especifique_____

7- Sí ha consumido drogas, ¿cuánto tiempo la ha consumido?

- a) 1 ó 2 veces en su vida_____ b) 1 ó 2 veces al mes_____
- c) 1 ó 3 veces por semana_____ d) 15 ó más veces al mes_____
- e) Nunca he usado drogas_____

8- Porqué razón continúa consumiendo drogas?

- a) Le da alegría_____ b) le aleja de los problemas_____
- c) le mantiene activo _____

9- ¿En qué lugar suele consumir drogas?

- a) Escuela_____ b) Vecindario_____ c) Casa_____
- d) otros_____ Especifique_____

10- ¿Quién de su grupo familiar consume drogas?

- a) Papá_____ b) Mamá_____ c) Hijos_____
- d) Hermanos_____ e) Tíos_____ f) Otros_____
- f) Ninguno consume drogas_____

11- ¿Quién le llevo a consumir drogas?

- a) Amigos _____ b) un familiar_____
- c) compañeros de estudio_____ d) compañeros de trabajo_____

12_ ¿Cuál ha sido la reacción de su familia al enterarse que consumía drogas?

- a) Rechazo_____ b) Indiferencia_____ c) comprensión_____
- d) Incomprensión_____ e) Otros_____

13-¿Cuál fue la razón que lo llevo a consumir drogas?

- a) problemas familiares_____ b) medios de comunicación_____
- c) amigos_____ d) Otros_____

14- ¿Qué consecuencias ha tenido al consumir drogas?

- a) bajo rendimiento académico_____
- b) mala conducta_____
- c) problemas de salud_____
- d) problemas familiares_____
- e) problemas con la autoridad_____
- f) otros_____

15- ¿Quién le provee las drogas?

- a) amigos_____ b) algún familiar_____ c) algún vecino_____
- d) compañeros de estudio_____ e) compañeros de trabajo_____
- f) Maestros_____

16- ¿A qué edad comenzó a consumir drogas?

- a) antes de los 10 años_____
- b) entre los 11 y los 17 años_____
- c) después de los 18 años_____
- d) nunca he consumido drogas_____

17- De necesitar ayuda profesional para enfrentar el consumo de drogas dentro de su comunidad, en qué medios se apoyaría Ud.?

- a) Médicos_____ b) Psicólogos_____ c) maestros_____
- d) Trabajadores sociales_____ e) Promotores en salud_____
- f) P.N.C._____ g) Otros_____ Especifique_____

18- Ha sufrido algún maltrato y/o abuso en el último año? Si_____ No_____

Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué consistió el maltrato?_____

19- ¿Quién le provocó el hecho de maltrato?

- a) Mamá_____ b) Papá_____ c) Hermano/a_____ d) Abuelo/a_____
- e) Novio_____ f) esposo/a_____
- g)otro_____especifique_____
- _____

20- De los siguientes servicios con cuáles cuenta su comunidad?

- a) Médicos_____ b) Odontológicos_____ c) Psicólogo_____
- d) enfermera_____ e) Partera_____ f) Farmacia_____ g) tren de aseo_____

21- de los servicios enlistados a continuación, ¿A cuáles tiene acceso la comunidad?

- a) Médicos_____ b) Odontológicos_____ c) Psicólogo_____
- d) enfermera_____ e) Partera_____ f) Farmacia_____ g) tren de aseo_____

22- Tiene acceso a Escuelas?

Si_____ No_____

¿De qué tipo?

- a) Públicas_____ - b) Privadas_____

23- De la siguiente lista de profesionales, Cuáles escogería para que visitasen periódicamente su comunidad?

- a) Médico _____ b) Psiquiatra_____ c) Psicólogo_____
- e) enfermera_____ e) promotor en salud_____

ANEXO B

INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS DEL TEST Mini-mult 82,

Escala L

Escala F

Escala K

Escala 1

Escala 2

Escala 3

Escala 4

Escala 5

Escala 6

Escala 7

Escala 8

Escala 9

Favor revisar fuente bibliográfica (no fue incluido en este archivo electrónico por respeto a derechos de autor).

ANEXO C

MATRIZ DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES.

Items	Fortalezas	%	Debilidades	%
1	Grupo familiar armonioso, integrado.	62.5	Grupo familiar conflictivo, violento, desintegrado.	37.5
2	Toman tiempo para dialogar.	37.5	Padres toman decisiones.	62.5
3	Diálogo comprensivo.	67.5	Insultos, maltrato físico y verbal	32.5
4	No tienen malos hábitos	17.5	Fuman , malas compañías, vagancia y drogas.	82.5
5	Las drogas son dañinas para la salud	92.5	Curan enfermedades y dan alegría.	17.5
6	No consumen drogas.	62.5	Alcohol, marihuana, cocaína y anfetaminas	37.5
7	No consumen drogas	62.5	Frecuencia irregular de consumo	37.5
8	No consumen drogas	70	Da alegría, alejarse de los problemas, dan actividad	30
9	No consumen drogas	70	Fuera de comunidad, vecindario, escuela, casa.	30
10	No consumen drogas	52	Papá, mamá, tíos, hermanos, hijos.	48
11	No consumen drogas	62.5	Amigos, compañeros de trabajo, estudio, familiar	37.5
12	No consumen drogas	62.5	Indiferencia, rechazo, incomprensión.	37.5
13	No consumen drogas	62.5	Amigos, problemas familiares, sentimental , amigo	37.5
14	No consumen drogas	62.5	Problemas familiares, con autoridad, de salud	37.5

15	No consumen drogas	70	Amigos, compañeros de trabajo y escuela, vecinos	30
16	No consumen drogas	62.5	Inicio de consumo entre los 10 y 17 años	37.5
17	Eligieron Psicólogo	52.5	Otros profesionales	47.5
18	No han sufrido maltrato	80	Maltrato físico y verbal	20
19	No han sufrido Maltrato	80	Compañeros de trabajo, vecinos, ladrones.	20
20	Solo tren de aseo	100	No hay acceso a servicios básicos en comunidad	0
21	Cuentan con los serv. Cerca de comunidad	100	No hay acceso a servicios básicos en comunidad	0
22	Servicios públicos	100	Servicio privado	0
23	Acceso a escuelas	100	No acceso	0
24	Psicólogo	80	Otros profesionales	20