

CONCEPTOS BÁSICOS Y TEMAS FUNDAMENTALES DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

UNIDAD 1: ENFOQUES Y DIMENSIONES EN LA SALUD MENTAL.

1.1 Modelo clínico individual y modelos comunitarios de atención: definición y análisis comparativo.

DIMENSIONES	SALUD M. COMUNITARIA	SALUD M. TRADICIONAL
1. Localización de la intervención	Práctica en la comunidad, para detección temprana y asignar responsabilidad a la comunidad para resolverlas	Práctica en instituciones de salud mental
2. Nivel de intervención	Énfasis en una población total o definida: población en riesgo.	Énfasis en clientes individuales, descontextualizando.
3. Tipo de servicio	Énfasis en servicios preventivos	Énfasis en servicios terapéuticos
4. Cómo se presta el servicio	Énfasis en servicio indirectos a través de consultoría y educación.	Énfasis en servicios clínicos directos a clientes.
5. Estrategia de los servicios	Estrategias diseñadas para alcanzar un gran número de personas, incluyendo psicoterapias breves e intervenciones en crisis. Flexibles	Énfasis en psicoterapias largas. Estrategias determinadas por el modelo de trabajo.
6. Forma de planificar	Planificación racional abocada a la especificación de necesidades no satisfechas, poblaciones de alto riesgo y servicios coordinados.	Servicios individuales no planificados, sin coordinación comunitaria, un "sistema de libre empresa". Sin coordinación interprofesional.
7. Fuente de recursos humanos.	Profesionales de salud mental junto al personal no profesional y otras personas como estudiantes y miembros de la comunidad.	Profesionales de salud mental tradicionales como psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales.
8. Locus de toma de decisiones	Responsabilidad compartida entre los profesionales y la comunidad, en relación a control y toma de decisiones	Los profesionales controlan los servicios de salud mental.

	relacionado con los programas de salud mental.	
9. Supuestos etiológicos	Causas ambientales del desorden mental.	Causas intrapsíquicas del desorden mental.

COMUNIDAD

Sistema o grupo social de raíz local, diferenciable en el seno de la sociedad de que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y subsistemas que incluyen: localidad geográfica, interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificada con sus símbolos e instituciones. Está generalmente dotada de una organización institucional entre sociedad e individuos prestando las funciones sociales (socialización, comunicación, etc.) con relevancia local. Sus miembros desarrollan relaciones y lazos horizontales -vínculos interpersonales y cohesión social- y verticales -sentido de pertenencia al grupo e identificación con él.

En el aspecto psicológico es necesario: Percepción de similitud con otras personas, interdependencia, voluntad de mantener la interdependencia y pertenecer como comunidad a un todo mayor.

Criterios para calificar un grupo de gente como comunidad.

Alipio Sánchez expone 5 componentes básicos y complementarios para definir comunidad.

1. *Localización geográfica de base*, que les permite compartir recursos.
2. *Estabilidad temporal*, mínimo de tiempo compartido entre las personas.
3. *Instalaciones, servicios y recursos materiales compartidos*: escuelas, parques, mercados, etc. porque además de constituir infraestructura, es la matriz relacional fundamental entre los miembros. Son la base material de la prestación de servicios.
4. *Estructuras u organización social*: culturales, políticos, económicos. Se relaciona a la cohesión, tipo de lazos que se desarrollan entre las personas de la comunidad.
5. *Componente psicológico*: sentido de pertenencia individual y la validación de los lazos con la comunidad.

1.2 Aproximaciones conceptuales de los principales modelos comunitarios.

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

"Búsqueda de alternativas a normas sociales establecidas ... un intento de sostener el derecho a ser diferente que tiene cada uno sin recibir sanciones, un derecho a ser iguales y tener acceso a los recursos de la sociedad en que se vive"

Se destaca el respeto profundo a la diferencia y el acceso a los recursos (equidad)

Objetivos

- a. TOMA DE CONCIENCIA, de los problemas, de su situación, su identidad y de sus recursos y de su utilización colectiva para resolver problemas comunes.
- b. DESARROLLAR ELEMENTOS DE TIPO MOTIVACIONAL, que las personas sean capaces de organizarse en torno a lo que perciban como meta de cambio.
- c. AUTOGESTIÓN, utilizar los recursos de la propia comunidad de forma independiente.
- d. SOCIALIZACIÓN EN EL SENTIDO DE TRABAJO ORGANIZADO.

Estrategias

- a. EDUCACIÓN POPULAR, toma de conciencia. Trabajo con grupos ya organizados con quienes se negocian determinados objetivos. Lleva como telón de fondo la entrega de elementos que faciliten la toma de conciencia, valoración de su situación.
- b. SALUD MENTAL COMUNITARIA, se busca entregar apoyo a los grupos de mayor riesgo que viven situaciones problemáticas. Entrega competencias para mejorar la motivación. Se asemeja a la psiquiatría comunitaria porque se orienta más a problemas de salud mental.
- c. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, se ligan al objetivo de autogestión, permiten mayor autonomía y poder.
- d. DESARROLLO COMUNITARIO, vinculado a la idea de generar trabajo organizado. En comunidades muy atomizadas, se genera una matriz relacional básica.

Temas fundamentales de la psicología comunitaria

- Cambio social.
- Desarrollo humano.

"Promover racional e informadamente el cambio social para obtener el desarrollo humano"

- Es un enfoque *positivo*, centrado en descubrir y fomentar las fortalezas.
- Es un enfoque *integrado*, opera a varios frentes.
- Promueve el *sentido de comunidad*, valora las soluciones correctivas por sobre las individuales.

- Maximiza la *participación*, el control y el *protagonismo* de la propia comunidad en el proceso.
- Trabajo *interdisciplinario*.
- Usa una *política valorativa*, acepta y reconoce la dimensión política de la intervención, el sentido de poder psicológico, poder político, derecho a la diferencia individual/grupal y la "toma de posición del psicólogo".

Sánchez: "el trabajo comunitario es la acción realizada desde la comunidad, por la comunidad y para la comunidad".

La psicología comunitaria se estructura en:

1. Tema conceptual: modelos explicativos y operativos.
2. Tema interventivo.

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Surge de la necesidad de desinstitucionalizar a los pacientes psiquiátricos.

" Conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos en una población determinada" (**Caplan**).

Mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud mental de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y la readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular.

La psicología comunitaria es un modelo más completo y complejo que la psiquiatría. La salud mental es sólo un aspecto del desarrollo global de la comunidad.

SALUD PÚBLICA

1. Plantea específicamente cuáles son los elementos preventivos de cualquier intervención de salud.
2. Es un modelo derivado absolutamente de la medicina, por lo tanto, tiene énfasis bastante fuerte en el polo de la enfermedad.

3. La responsabilidad y la planificación de actividades se hace vertical y centralizadamente.

Tiene gran capacidad sintetizadora de resultados, aplican sus buenas experiencias.

<i>Área</i>	<i>Psicología comunitaria</i>	<i>Psiquiatría comunitaria</i>	<i>Salud pública</i>
<i>Campo de acción</i>	Problemas psicosociales.	Salud mental.	Salud.
<i>Finalidad</i>	Cambio social (potenciadora).	Preventiva.	Preventiva y curativa.
<i>Destinatarios</i>	Comunidad en general.	Personas en riesgo.	Toda la comunidad.
<i>Tipo de actividad</i>	Actividades sociales, indirectas, políticas.	Reestructuración de la atención psiquiátrica*.	Fundamentalmente asistencial

* Hay distintas alternativas para reestructurar la atención psiquiátrica:

1. Atención generalizada - atención especialista.
2. Hospital psiquiátrico - hospitales generales.
3. Modelo integrales - modelos integrados.
4. Modelos verticales - redes de servicio.
5. Atención individual - atención grupal.

1.3 Dimensión psicosocial de la salud mental

Uno puede definir pobreza sólo desde el punto de vista económico o desde las encuestas que usa el INE. Sin embargo, hay otras definiciones que involucran los factores psicológicos.

"Un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los

mecanismos de integración social y quizás la adscripción a una escala particular de valores" (Altimir).

Guissi distingue dos tipos de pobreza:

1. *Pobreza absoluta*: en sí misma, independientemente de que las personas afectadas tengan o no conciencia de ella, sufran o no su malestar. No pueden satisfacer las necesidades básicas para el desarrollo y conservación de la vida: nutrición, vivienda, salud, vestuario, educación y ocupación.
2. *Pobreza relativa*: no es pobreza en sí misma, sino sólo en comparación con otros y con el nivel de aspiraciones. Por consiguiente, está en pobreza relativa aquél que se considera y/o es considerado pobre en relación a otro.

Es importante psicológica y sociológicamente. Los pobres absolutos lo son también relativamente y desde el punto de vista psicológico, una persona puede sufrir o frustrarse más por su pobreza relativa que por la otra.

NECESIDADES SOCIOECONÓMICAS	NECESIDADES PSICOLÓGICAS
Alimentación	Biológicas
Vivienda	Seguridad
Vestuario	Posesión y afecto
Salud	Autoestima
Educación Ocupación	Autorrealización

Necesidades de seguridad: si hay frustración absoluta o relativa de una o más de las necesidades socioeconómicas, habrá también frustración de las necesidades de seguridad.

Necesidades de posesión (pertenencia): sentido psicológico de comunidad. La gente se define como pobre en un afán asistencial, que no es muy productivo o movilizador.

Necesidades de autoestima: satisfacción de necesidades socioeconómicas como símbolo de status. La autoestima está muy ligada con el logro. El éxito relativo se mide en términos socioeconómicos: vestuario, electrodomésticos, etc. La baja autoestima tiene 4 condicionantes:

- a. *Rol - status bajo*: valoración de la función social, rol ocupacional.
- b. *Percepción y actitud de gente de otras clases*: símbolos de status negativo; discriminación y paternalismo.
- c. *Frustración socioeconómica*.
- d. *Autopercepción de símbolos de status negativo*.

"Las desventajas materiales son asociadas a limitaciones psicológicas (intelectuales, emocionales y volitivas) y a limitaciones morales" (**Allport**)

La cultura pretende asociar los méritos y la situación socioeconómica, incentivada por las tasas epidemiológicas de la pobreza.

Autoimagen popular e intraestratificación.

Necesidad de maximizar las diferencias de la intraestratificación de los sectores populares: la identidad se mejora, la dignidad y la autoestima sube y las privaciones, frustraciones y carencias se hacen relativas. Actúa sobre la forma y no sobre el fondo de la pobreza.

Compensación en el consumo: relativización psicológica de la pobreza, mejorando la autoimagen con precarios símbolos de status.

Reacción a la frustración en las clases populares.

Dentro de las reacciones posibles (compensación, agresividad, etc.) una de las más comunes es la resignación. La resignación consiste en aprender a vivir en la frustración de modo que constituye más bien una reacción tardía a ésta. Implica automoldeamiento con respecto a las alternativas y aspiraciones, atenuando la frustración crónica.

La resignación en clases populares se ha asociado a fatalismo, sentimiento de impotencia, pasividad, visión pesimista del mundo y bajo nivel de aspiraciones.

1. MODELO DE DESESPERANZA APRENDIDA (**Seligman**)

En las personas sometidas a frustración intensa y crónica se produce un déficit motivacional, emocional y cognitivo que los lleva a reaccionar menos de lo que realmente es posible. Es desadaptativa.

- Factor motivacional: menor intención de actuar para intentar un cambio.
- Factor cognitivo: menor capacidad de distinguir las opciones.

La desesperanza se empieza a generalizar hacia el pasado y el futuro: *inmersión en el presente* (**Lewis**), donde todo lo que tienen es el presente y disminuye su sentido de previsión.

"Porque el futuro está bloqueado es que los sujetos desesperan del futuro ... los pobres tienen una orientación temporal dirigida primordialmente hacia el presente, capacidad

relativamente reducida de aplazar la realización de deseos o de planear para el futuro, resignación y fatalismo".

Percibir el control como externo se traduce en percibir y sentir el futuro como no programable, en la vivencia que las experiencias más importantes (trabajo, salud, etc.) dependen de la suerte, el destino, etc. (**Rotter**).

	Internas		Externas	
	<i>Estables</i>	<i>Inestables</i>	<i>Estables</i>	<i>Inestables</i>
Global	Bajo CI	Cansancio	Fatalidad	Suerte
Específica	Fuerza	Fiebre	Escuela mala	Profesor malo

1.4 Epidemiología: problemas psicosociales y psiquiátricos relevantes ...

EPIDEMIOLOGÍA

Disciplina que se preocupa de la frecuencia y de la distribución de los procesos de salud - enfermedad en las comunidades humanas (epidemiología descriptiva) y de identificar los factores que influyen o intervienen en dicha distribución (epidemiología analítica).

NIVEL I :Morbilidad psiquiátrica en la comunidad (prev. comunitaria).

FILTRO I :Decisión de consultar.

NIVEL II :Morbilidad total en el nivel primario.

FILTRO II :Reconocimiento del caso por el médico general.

NIVEL III :Morbilidad psiquiátrica conspicua o aparente.

FILTRO III :Decisión de derivar.

NIVEL IV :Pacientes vistos en servicios psiquiátricos.

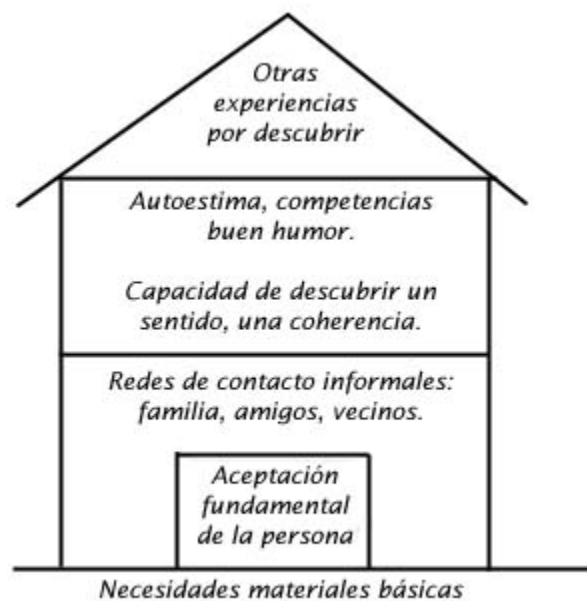
FILTRO IV :Decisión de hospitalizar.

NIVEL V :Pacientes internados en unidades psiquiátricas.

Propósitos

E. CIVIL					X	X			X
CLASE			X		X	X		X	X
URB-RURAL			X		X	X	X		X
ALCOHOL	X	X	X	X	X	X	X		X
DROGAS		X	X		X	X	X		X
S/CASA			X	X					
EMPLEO			X	X	X	X			X

MODELO DE DESARROLLO DE RESILIENCIA



DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1. Definición de frecuencia o magnitud
 - a. Números absolutos: pueden no representar una proporción dentro de la población. Sólo permite lograr un impacto.
 - b. Tasas (prevalencia, incidencia): número de afectados en relación a la población expuesta. Indica riesgo.
 - c. Proporciones: para evaluar la importancia relativa de un problema. Relaciona el número de afectados en relación a la población total.
2. Variaciones observadas
 - a. en el tiempo.

- b. entre las personas.
- c. en el espacio.

PRINCIPALES DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

- I. Diseños de observación
 - a. Estudios de prevalencia
 - b. Estudios de casos y controles: población en riesgo y normal, comparada según varios factores. Estudio retrospectivo.
 - c. Estudios de cohorte: estudios longitudinales partiendo del factor de exposición para ver el desarrollo de una condición determinada. Estudio prospectivo.
- II. Diseños de intervención
 - a. Estudios experimentales.

UNIDAD II: LA SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

2.1 Políticas de salud mental del ministerio de salud: propósito, áreas prioritarias, acciones.

Objetivos de salud

1. Resolver las inequidades del sistema, mejorando el acceso a la salud.
2. Enfatizar la promoción y la prevención.
3. Mejorar la eficiencia del sector público.
4. Descentralizar la gestión de salud.
5. Fortalecer el rol asesor y normativo del ministerio.

Objetivos de salud mental.

1. Desarrollar esfuerzos especiales en áreas de fomento y promoción de la salud mental en la población general.
2. Planificar equilibradamente las acciones necesarias para beneficiar a los enfermos mentales y sus familias, los grupos de mayor riesgo y también a la población en general.
3. Proveer servicios de una manera accesible y oportuna en cualquier lugar del país. Paralelamente se dará énfasis en la calidad de las acciones de salud mental.
4. Temas prioritarios: drogodependencia, trastornos emocionales, psicosis, trastornos del desarrollo psicosocial, maltrato.
5. Considerar y validar la existencia de grupos verdaderamente vulnerables.
6. Promover la participación comunitaria, favoreciendo la toma de responsabilidad en la población.

7. Trabajo con recursos humanos (salud mental ocupacional). Funcionarios de salud como agentes.
8. Rehabilitación de pacientes crónicos.

Estrategias generales

1. Enfoque de riesgo: dirigido a grupos vulnerables
2. Refuerzo de participación social.
3. Coordinación intersectorial.

Estrategias específicas

1. Integrar contenidos y acciones de salud mental en todos los programas de salud. Inserción transversal.
2. Constituir unidades de salud mental en todos los servicios de salud.
3. Desarrollar componentes de salud mental en la atención primaria.
4. Capacitación continua de los equipos de salud.
5. Proteger la salud mental del recurso humano.
6. Generar propuestas legales tendientes a proteger los derechos de las personas.

DIAGNÓSTICO

1. Recursos sociales y asistenciales: organizaciones, consultorios, juntas de vecinos, etc.
2. Necesidades y problemas: se puede recurrir a fuentes primarias (afectados) o secundarias (otros vinculados).
 - a. Informantes claves: persona representativa de la comunidad, al que se le aplica una entrevista estructurada (FODA). Lamentablemente, esta información podría estar sesgada, por lo que se recurre a tres tipos de informantes: afectado, experto técnico y administrativo vinculado.
 - b. Grupos focales: potenciales usuarios, afectados por el problema. Se evita el sesgo individual y la distorsión de la fuente primaria. ¿Cuáles son los problemas más importantes?, ¿Recursos o servicios con los que se cuenta? y ¿Accesibilidad y calidad de los servicios?
 - c. Tasas de tratamiento : en el nivel terciario. Permite saber la gente que está bajo control, pero generaliza la diferencia entre tratados - no tratados. Infravalora el tema.
 - d. Encuestas poblacionales.
 - e. Indicadores sociales: pobreza, salud, esperanza de vida, desempleo, mortalidad.
3. Programas de intervención existentes.

ASIGNATURA: Salud Mental en la Atención Primaria

DOCENTE: Bertha Escobar A.

PERÍODO: II Semestre de 1998.