

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES" DURANTE EL PRIMER
AÑO DE ATENCIÓN

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MAYELLY AYALA RUIZ

DIRECTORA Y SUPERVISORA DEL INFORME:

LIC. MARIA ASUNCIO VALENZUELA COTA

INSTITUCIÓN RECEPTORA: CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO AL

TRABAJO COMUNITARIO CLAVE: 2006 12/23. -1996



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por el don de la vida, por la bendición de una familia y seres queridos a mí alrededor, y sobre todo por permitirme concluir esta etapa tan importante en mi vida.

A mis padres, por ser los dos ángeles que me han protegido, guiado y amado; porque con su lucha diaria me enseñaron que no hay mayor obstáculo a vencer que uno mismo. A mi Mamá por ser mi apoyo, por infundir en mí el carácter y la disciplina necesaria para salir adelante. A mi Papá por ser tan dulce, porque me enseñó a reír y disfrutar de la vida cuando ésta no parece tan buena.

A mis Hermanos que amo y admiro:

Humberto, por el amor, apoyo y comprensión; pues sé que gran parte de este triunfo es suyo, por ser un ejemplo de autosuficiencia.

Prudencio, por enseñarme que a veces las cosas es mejor no tomarlas tan a pecho para así poder resolverlas, que la vida es más que problemas y enojos.

Lupe, pues ha sabido usar su carácter fuerte en su provecho para conseguir sus metas, por ser un ejemplo de fortaleza.

Alfredo, porque siempre ha estado a mi lado, por todo lo compartido y por su protección, pues debajo de ese gran caparazón sé que hay un corazón noble.

Jocelin, mi hermanita del alma, por ser mi compañera y cómplice de alegrías y tristezas.

Miguel, el más pequeño de los hermanos pero de espíritu grande, por enseñarme que hay que luchar con el corazón por las cosas que son importantes para nosotros.

A Mi abuelita Mica, por el cariño y cuidado que me regaló sin tener necesidad de hacerlo. Gracias por adoptarme como su nieta postiza.

A la maestra María Asunción Valenzuela Cota por la comprensión, cariño y paciencia. Por permitirme ser parte de este gran proyecto que es el CCAP, por ser más que mi directora, mi guía y amiga. Por todo lo compartido, Te quiero.

*A la máxima casa de estudios del país, la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por abrirme sus puertas, por mi formación profesional y porque gracias a ella “mi espíritu habla”.*

*A la **Facultad de Psicología** porque en ella tuve experiencias que me ayudaron a madurar y crecer como persona, y a todos mis maestros, pues gracias a ellos aprendí amar la psicología.*

*Al **CCAP “Los Volcanes”**, a las maestras que colaboran en él, a mis compañeros de servicio social, a las personas que colaboraron amablemente en las entrevistas, a la Señora Rosalía; y especialmente a **Amalia Sandoval** por su colaboración invaluable, por su apoyo y acompañarme en este arduo proceso..*

*A mis amigos de la **Preparatoria 9**: Claudia, Tania, Benjamín, Ámbar, Arturo y César, pero sobre todo a Giovanni y Paco, por ser más que amigos, hermanos; su apoyo es muy importante nunca lo olviden.*

*A todas mis amigas y amigos de la **Facultad de Psicología**, por todo lo vivido y compartido, por su cariño y apoyo en esta parte de mi camino: Luisa, Nora, Mariangel, Lulú, Sandra, Marcela, Rosario, Miriam, Carmen, Natalia, Alejandra, Yendy, Jaime, Rafa, Glory, Ily, Elena y Janette.*

A Sofía, por recordarme que tengo las alas y que solo era cuestión que me decidiera a VOLAR.

A Maricel, por ser hermana, por el apoyo incondicional y porque a pesar de todo siempre ha estado a mi lado.

A Moni, por sus consejos llenos de sabiduría y amor, por ser el equilibrio en muchas cosas.

A Lili, por las risas, las fiestas y porque en los momentos difíciles ha estado para mí, apoyarme y darme su fiel consejo.

A Lucy, por ser amiga y cómplice, por ser optimista aún en contra de sus creencias.

A Gaby, por su sonrisa, cariño y preocupación, por el apoyo en este trabajo.

A Ana y Ruth por su cariño y comprensión, y por ser amigas incondicionales a pesar del tiempo y la distancia.

A los padres Alberto Rubio, Juan Carlos Lucas (mi padrino adorado) y Jesús Barajas por su preocupación e interés en mi persona.

A las familias Barajas Valencia, Guzmán Escobar, Rodríguez de la Rosa, Ibarra Guerrero, Regalado Pérez, Flores Martínez, Cortés Rosalinda y Ramírez Quiroz por su hospitalidad y cariño.

Y a todas las hojas de mi árbol...

GRACIAS TOTALES

EL ÁRBOL DE LOS AMIGOS

Existen personas en nuestras vidas que nos hacen felices por la simple casualidad de haberse cruzado en nuestro camino. Algunas recorren todo el camino a nuestro lado, viendo muchas lunas pasar, más otras apenas las vemos entre un paso y otro. A todas las llamamos amigos y hay muchas clases de ellos.

Tal vez cada hoja de un árbol caracteriza uno de nuestros amigos. El primero que nace del brote es nuestro papá y nuestra mamá, nos muestra lo que es la vida. Después vienen los amigos hermanos, con quienes dividimos nuestro espacio para que puedan florecer como nosotros.

Pasamos a conocer a toda la familia de hojas a quienes respetamos y deseamos el bien.

Más el destino nos presenta a otros amigos, los cuales no sabíamos que irían a cruzarse en nuestro camino. A muchos de ellos los denominamos amigos del alma, de corazón. Son sinceros, son verdaderos. Saben cuándo no estamos bien, saben lo que nos hace feliz.

Y a veces uno de esos amigos del alma estalla en nuestro corazón y entonces es llamado un amigo enamorado. Ése da brillo a nuestros ojos, música a nuestros labios, saltos a nuestros pies, cosquillitas a nuestro estómago, etc.

También existen aquellos amigos por un tiempo, tal vez unas vacaciones o unos días o unas horas. Ellos acostumbran a colocar muchas sonrisas en nuestro rostro, durante el tiempo que estamos cerca.

Hablando de cerca, no podemos olvidar a los amigos distantes, aquellos que están en la punta de las ramas y que cuando el viento sopla siempre aparecen entre hoja y otra.

El tiempo pasa, el verano se va, el otoño se aproxima y perdemos algunas de nuestras hojas, algunas nacen en otro verano y otras permanecen por muchas estaciones.

Pero lo que nos deja más felices es darnos cuenta que aquellas que cayeron continúan cerca, alimentando nuestra raíz con alegría. Son recuerdos de momentos maravillosos de cuando se cruzaron en nuestro camino.

Te deseo, hoja de mi árbol, paz, amor, salud, suerte y prosperidad. Hoy y siempre... simplemente porque cada persona que pasa en nuestra vida es única. Siempre deja un poco de sí y se lleva un poco de nosotros. Habrá los que se llevaron mucho, pero no habrá de los que no nos dejarán nada.

Esta es la mayor responsabilidad de nuestra vida y la prueba evidente de que dos almas no se encuentran por causalidad.

RESUMEN.....	4
1. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO	
1.1 Características generales de la población y el tipo de programa de servicio social.....	5
1.2 Objetivos del CCAP "Los Volcanes".....	6
1.3 Programas que se desarrollan en el CCAP "Los Volcanes".....	6
1.4 Objetivos personales.....	7
1.5 Justificación.....	8
2. SOBRE SALUD, SALUD MENTAL Y PSICOLOGÍA COMUNITARIA	
2.1 Definición de salud.....	11
2.2 Factores de riesgo.....	14
2.3 Factores protectores.....	14
2.4 Salud Mental.....	16
2.5 Comunidad y salud comunitaria.....	16
2.6 Psicología Comunitaria.....	19
2.7 El psicólogo en la comunidad.....	24
3. PREVENCIÓN: SU IMPORTANCIA EN LA SALUD MENTAL COMUNITARIA	
3.1 La importancia de la Prevención.....	25
3.2 Prevención Primaria.....	27
3.3 Prevención Secundaria.....	28
3.4 Prevención Terciaria.....	29
3.5 Un modelo alternativo de prevención.....	31
3.6 Un modelo psicológico de prevención de enfermedad.....	32
4. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS E INTERVENCIÓN	
4.1 Estrategias generales de intervención.....	35

4.1.1 Atención Clínica.....	35
4.1.1.1 Caso Clínico.....	40
4.1.2 Promoción y difusión del Centro.....	45
4.1.3 Investigación.....	45
4.2 Estrategias metodológicas específicas relacionadas con la realización del IPSS.....	46
5. RESULTADOS.....	48
5.1. Datos recuperados a través de los expedientes y registro de usuarios atendidos durante el primer año de actividades del CCAP "Los Volcanes".....	49
5.1.1 Sexo, edad y estado civil de los usuarios.....	49
5.1.2 Escolaridad.....	51
5.1.3 Ocupación.....	51
5.1.4 Número de integrantes por familia y tipo de vivienda.....	52
5.1.5 Ingreso mensual.....	52
5.1.6 Motivos de Consulta.....	52
5.1.7 Relación entre motivo de consulta, edad y sexo.....	54
5.1.8 Otros Tratamientos (actuales o previos).....	55
5.1.9 Tipo de tratamiento, número de sesiones y <i>status</i> de los pacientes.....	55
5.2. Evaluación de la atención clínica a través del seguimiento de los usuarios.....	56
5.2.1 Tipo de seguimiento.....	56
5.2.2 Descripción de los participantes en el seguimiento.....	57
5.2.2.1 Sexo y edad.....	57
5.2.2.2 Escolaridad.....	57
5.2.2.3 Estado civil y ocupación.....	57
5.2.3 Motivo de consulta reportados por el usuario.....	58
5.2.4 Promoción del servicio.....	58

5.2.5 Percepción de respuesta a su problema.....	58
5.2.6 Tratamiento psicológico recibido.....	59
5.2.7 Motivos por los que dejaron de asistir al Centro.....	59
5.2.8 Calidad del tratamiento psicológico.....	60
5.2.9 Situaciones que facilitaron o dificultaron la asistencia al Centro.....	60
5.2.10 Valoración de los servicios que el Centro brinda.....	61
5.2.11 Posibilidad de acudir nuevamente al Centro en el futuro.....	62
5.2.12 Recomendación del Centro.....	62
5.2.13 Sobre la importancia del seguimiento.....	62
5.2.14 Propuestas para el seguimiento.....	63
5.2.15 Sugerencias y comentarios.....	64
5.3 Reingresos.....	65
6. CONSIDERACIONES FINALES.....	66
REFERENCIAS.....	72
ANEXOS	
Anexo 1.....	74
Anexo 2.....	76
Anexo 3.....	78
Anexo 4.....	79

RESUMEN

Este Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) presenta un primer trabajo de evaluación del servicio de atención clínica que se presta en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes", a partir de la revisión de los casos recibidos durante el primer año de actividades de Agosto del 2005 a Agosto del 2006, realizada a través del análisis y evaluación de los expedientes clínicos y una entrevista de seguimiento diseñada para tal fin.

Este trabajo surgió ante la necesidad de evaluar el servicio que se presta a los usuarios de la colonia Los Volcanes y zonas aledañas, tanto en los aspectos de diagnóstico como de intervención (orientación, psicoterapia, canalización), en un primer acercamiento al impacto que la instalación de este Centro ha producido en esta población. El trabajo incluyó el análisis detallado de los diferentes aspectos sociodemográficos y clínicos contenidos en los expedientes y el seguimiento tanto por entrevista directa como por vía telefónica de los 153 casos atendidos en el lapso señalado. En esta primera evaluación se observó que la percepción de los usuarios con respecto al servicio recibido, ya fuera evaluación o tratamiento; se ubicó en las categorías de *adecuado* a *muy adecuado*, categorías que hacen referencia a una evaluación positiva del servicio. Con esta investigación fue posible retroalimentar los diferentes programas del Centro para brindar un mejor servicio, así como enfatizar la importancia del trabajo con los expedientes y el adecuado manejo del archivo clínico.

1. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

1.1 Características generales de la población y el tipo de programa de servicio social

En el programa general del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" (CCAP) se estipula que:

El CCAP fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004 como parte de un convenio establecido por parte de la Facultad de Psicología UNAM, y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C, a raíz del interés de este último por los problemas que rodean a su comunidad y la preocupación por el desarrollo de sus diversos grupos sociales.

El CCAP se encuentra ubicado en Volcán Cofre de Perote esquina Volcán Fujiyama s/n, Colonia Los Volcanes, Tlalpan, México DF. Por su ubicación y contexto socioeconómico y cultural, se trata de una zona con alto nivel de marginalidad, bajo nivel de empleo, carencia de servicios y con grandes necesidades referentes a servicios de salud y específicamente salud mental, ya que presentan importantes problemas relacionados con estrés, ansiedad, depresión, violencia domestica, trastornos emocionales, alcoholismo, drogadicción, por mencionar algunos (Valenzuela, 2006).

Con alrededor de 3,385 habitantes, la colonia "Los Volcanes" se encuentra en un alto nivel de marginalidad. De las 22 manzanas que conforman esta colonia, una de ellas se encuentra en un nivel de marginación muy alto, mientras que nueve en el nivel alto¹. En cuanto a la atención en salud, solo el 50% de esta población es derechohabiente a un servicio de salud, y por tanto, la otra mitad no tiene acceso a este tipo de servicio, ni de ningún tipo.

El programa de servicio social que se lleva a cabo en el CCAP "Los Volcanes" "*De fortalecimiento al trabajo comunitario*" surgió ante la necesidad de atender la demanda de atención clínica en la población comunitaria que se encuentra dentro del área de influencia de este centro (Los Volcanes, San Pedro Mártir, Los Hornos, El Mirador, Tlalcoligia, San Miguel Topilejo, Tepeximilpa, San Andrés, Pedregal de las Águilas; colonias pertenecientes a la delegación Tlalpan.)

¹ Delegación Política de Tlalpan, Programa Integrado Territorial para el desarrollo Social 2001-2003. Nivel de Marginalidad (basado en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000).

1.2 Objetivos del CCAP "Los Volcanes"

El objetivo principal del Centro es el de contribuir a la formación profesional de estudiantes de psicología a través de su participación en actividades preventivas, psicoterapéuticas y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, y desde diversos campos y enfoques teórico-metodológicos de la Psicología. Además de permitir la utilización de estos conocimientos en un escenario real (Valenzuela, 2006).

Los objetivos específicos son: proporcionar servicios de evaluación, orientación, psicoterapia, rehabilitación, seguimiento y canalización, tanto a nivel individual, familiar y grupal, a usuarios de la colonia Los Volcanes y zonas aledañas; realizar actividades preventivas para contribuir al fomento de la salud, a la reducción de la incidencia de problemas psicológicos y a la promoción del desarrollo integral de la comunidad, buscando su participación activa; y desarrollar actividades de investigación tendientes a la detección y comprensión de las necesidades de salud, emocionales y psicosociales, para incidir en la solución mediante adecuadas propuestas de intervención (Valenzuela, 2006).

1.3 Programas que se desarrollan en el CCAP "Los Volcanes"

En el CCAP Los Volcanes se desarrollan los siguientes Programas:

Programa Clínico-Asistencial: El programa clínico funciona de lunes a viernes de 10 a 15 horas. Es atendido principalmente por estudiantes en servicio social bajo la estrecha supervisión de profesoras (psicólogas clínicas y psicoterapeutas) que cuentan con competencias profesionales de alta especialización en psicoterapia. Las actividades incluyen entre otras: entrevistas de evaluación individual y familiar, psicodiagnóstico, orientación individual y familiar, psicoterapia breve, psicoterapia de juego, intervención en crisis, canalización a instituciones y seguimiento de casos. La principal demanda corresponde a problemas de aprendizaje, emocionales y de conducta diversas expresiones de violencia y desintegración familiar, abuso sexual, depresión, trastornos de ansiedad y de carácter; alcoholismo y adicción a drogas. Los niños constituyen el grupo que más solicita el servicio pero también se atiende a adolescentes, adultos y adultos mayores.

Supervisión Clínica: Actividad fundamental en el CCAP que se realiza tanto individual como colectivamente.

Programa de Servicio Social: El Servicio Social ha sido y seguirá siendo sin duda, un programa central del CCAP. Resulta fundamental ya que el servicio de atención psicológica de este centro funciona principalmente a través de los prestadores de servicio social, bajo la supervisión de los docentes y psicoterapeutas, de la facultad de psicología de la UNAM (Valenzuela, 2006).

Prácticas Profesionales y Voluntarios: Estas actividades sólo se desarrollan a partir de programas de práctica supervisada.

Programa de Prevención: Se han llevado a cabo actividades preventivas (conferencias y talleres) de manera aislada, por lo que actualmente se trabaja en el desarrollo de un programa preventivo integral, dirigido a la educación, fomento y promoción de la salud mental comunitaria.

Docencia Curricular y Extracurricular: El campo de práctica del CCAP presenta ciertas limitaciones de espacio para la actividad docente, pero aún así se ha facilitado para las prácticas de Entrevista y psicopatología del desarrollo.

Programas de Investigación: Actualmente se apoya la realización de Tesis y la elaboración de Informes Profesionales de Servicio Social (IPSS).

1.4 Objetivos personales

En cuanto al objetivo central que como prestadora de servicio social esperaba alcanzar, fue el poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera, para aplicarlos en la solución de necesidades y desarrollarme profesionalmente adquiriendo experiencia en el área Clínica.

Para alcanzar esto me propuse, antes que todo, tener disposición y flexibilidad ante los requerimientos profesionales que se me presentaran, además de participar en una serie de actividades determinadas por el programa de servicio social establecido en el CCAP con los siguientes objetivos particulares:

- ✦ Poner en práctica los conocimientos a través de las actividades que contempla el programa de servicio social del CCAP, en donde más allá de “practicar” se pudieran diseñar estrategias para mi desarrollo profesional como por ejemplo: la realización de entrevistas; la aplicación, evaluación e interpretación de pruebas psicológicas; psicoterapia breve; e intervención en crisis, principalmente en los que mi práctica era escasa o solo teórica.
- ✦ Tomar parte en la supervisión clínica que fue un aspecto muy importante, pues como he mencionado, a veces solo se cuenta con el conocimiento teórico y al ponerlo en práctica la situación parece rebasarnos, por lo que una supervisión constante y no necesariamente directiva, apoya la formación profesional y ética.
- ✦ Participar en los cursos de formación profesional que ofrece el Centro fue muy importante porque hay conocimientos y habilidades que no se pueden adquirir durante la carrera o que no fueron aprovechados de la mejor manera. También el apoyo bibliográfico fue una herramienta importante, pues favorece la actualización y formación, para así poder responder adecuadamente a las demandas del servicio.
- ✦ Ampliar mis conocimientos acerca del trabajo comunitario en el área clínica, pues el conocimiento que tenía era principalmente acerca de la práctica privada.

1.5 Justificación

Al desarrollar las diferentes actividades que implicó el servicio social en este Centro, fue posible estar al tanto de las circunstancias bajo las cuales se formó éste, el tipo de trabajo que se realiza y la forma del mismo, surgió la motivación y la necesidad de colaborar en una investigación que implicara la evaluación misma del servicio de atención clínica. Es preciso considerar que se conjuntó la necesidad personal y la del Centro con respecto a la importancia del desarrollo de esta investigación, permitiendo el desarrollo personal en esta área y beneficiando al Centro con la información recabada.

El presente trabajo de investigación surgió ante la necesidad de evaluar el servicio de atención psicológica que se presta en este Centro, tanto en los aspectos de diagnóstico como de

intervención. A través de ésta, se procuró identificar el tipo de población que acude al Centro (aspectos sociodemográficos), el tipo de demanda o motivo de consulta que trae a los pacientes, el tipo de tratamiento aplicado y el impacto de éste en la vida del paciente, así como un seguimiento, de ser posible, a través de una entrevista directa o de lo contrario vía telefónica.

Aún cuando en las últimas décadas se han intentado generar modelos de apoyo e intervención que fomenten la salud psicológica, en la prevención y la rehabilitación, y cuando estos esfuerzos han tenido aportes relevantes, se sabe poco acerca de sus estrategias de implementación y de sus resultados y proyecciones. Tal como plantea Asún (1993 en Contreras et al, 1997), es difícil lograr una visión acabada de las practicas de acción psicológica en el ámbito clínico, educativo y comunitario porque se edita y circula poco.

Aunque es ampliamente reconocida la necesidad de evaluar las acciones implementadas y los proyectos desarrollados, tanto para aumentar su efectividad como para generar modelos atingentes y factibles a nuestra realidad. Queda de manifiesto que dicha evaluación es infrecuente o su difusión es escasa. Esto puede ser atribuido a la escasez de recursos económicos o de tiempo, por una parte, y a la complejidad de los fenómenos y procesos involucrados en el quehacer psicológico y psicosocial. Lo mencionado anteriormente tiene importantes repercusiones metodológicas cuando se trata de proponer estrategias de evaluación. El modelo médico parece insatisfactorio, al igual que la utilización exclusiva de métodos cuantitativos, siendo ambos los más utilizados hasta ahora, para medir logros en salud mental (Contreras et al, 1997).

También es necesario considerar algunas deficiencias en la formación profesional de los/as psicólogos/as, en el sentido de una escasa entrega de herramientas que se adecuen a la realidad del país y la tendencia a privilegiar un enfoque curativo, individual y unisectorial, desconsiderando lo preventivo, social y multisectorial (Morales, 1998; Lira, 1994 en Contreras et al, 1997).

Si tomamos en cuenta que los sectores populares constituyen la mayoría de la población en América Latina, específicamente un 47% según estudios de la CEPAL de 1990, y que estos sectores viven con una serie de necesidades básicas sin cubrir o parcialmente cubiertas, esto sin lugar a dudas repercute en la salud psicológica e integración psicosocial (Contreras et al, 1997).

La importancia de esta investigación radica en que la evaluación resulta fundamental en todo tipo de programa de asistencia clínica y especialmente en este Centro, dado el tipo de población que atiende, los recursos profesionales con los que se cuenta que mayormente son de servicio social y sobre todo porque como parte de un Centro de Atención de la Facultad de Psicología de la UNAM se requiere considerar el desarrollo de sus funciones sustantivas: docencia, difusión y prestación de servicios e investigación. Y con esto lo que Estévez (en Contreras et al, 1997) menciona "mayores niveles de efectividad de los programas y acciones de salud psicosocial podrán ser alcanzados cuando se consideren las siguientes dimensiones: el logro de los objetivos propuestos (eficacia); el óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles (eficiencia); la consideración de satisfacción y clima laboral; y, por último, las posibilidades de crecimiento personal y profesional de los integrantes de los equipos de trabajo".

La finalidad de esta evaluación es retroalimentar la prestación de servicios de atención clínica, los programas de supervisión clínica, el tipo de intervención, así como la organización, el diseño y establecimiento de programas de prevención tomando en cuenta características, necesidades y recursos con los que cuenta la población de influencia del Centro.

2. SOBRE SALUD, SALUD MENTAL Y PSICOLOGÍA COMUNITARIA

2.1 Definición de salud

Según la OMS, la "salud es un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez" (San Martín y Pastor, 1988 p.13).

Para San Martín y Pastor (1988) en este concepto de salud hay varios aspectos a considerar:

- el estado de salud no puede ser absoluto, porque es inseparable del ambiente ecológico y social de la comunidad, el cual es esencialmente variable, principalmente por la actividad del Hombre; también el Hombre es un ser esencialmente variable;
- no existe, por la misma razón, un límite neto entre la salud y la enfermedad, sino grados y expresiones diversas mezcladas;
- en el concepto de salud hay, al menos 3 componentes a considerar: un componente subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función); y un tercer de tipo psico-ecológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo).

Para Duchene (en Knobel, 1987), la salud debe ser considerada en cada momento del individuo y en función simultánea de su medio y de su historia previa, como una resultante de fuerzas contradictorias donde es posible apreciar no sólo el carácter positivo o negativo, sino también la dirección en relación con los objetos futuros fijados por los juicios de valor.

De acuerdo con Flores (2005) la noción de salud es relativa, depende del desarrollo de un organismo en determinada época, ambiente político, económico y cultural en el que se encuentre inmerso. No se debe olvidar que existen ciertas poblaciones que consideran saludables algunas prácticas que en nuestra cultura no lo son. Así mismo existen conceptos que a lo largo del tiempo han cambiado de ser pecado a enfermedad y de ahí, a ser estilos de vida.

En definitiva, la salud ya no depende sólo de lo que tenemos o no, en el sentido de substrato biológico, sino también y de forma principal de cómo interpretamos, sentimos y respondemos a las distintas demandas que nos plantea la vida, lo que supone que podemos jugar un papel activo y responsable en el control de los factores que afectan a nuestra salud. La salud ya no es equivalente a ausencia de enfermedad, sino que puede concebirse como adaptación, en un sentido ontogenético, haciendo énfasis en el balance homeostático entre los individuos y sus

respectivos entornos o en la congruencia persona-ambiente. De este modo, y a diferencia del modelo biomédico, la salud es definida por lo que es y no por lo que no es. Distinguiéndose entre salud y enfermedad: equilibrio y ruptura del mismo (Ballesteros et al, 2004).

Piña López (en Ballesteros et al, 2004) nos ofrece una definición de salud, que es entendida como: "*Condición del organismo en la que los sistemas biológicos de respuesta mantienen un nivel bajo de vulnerabilidad, en su estructura y función al entrar en contacto e interactuar con el ambiente o en sus partes -objetos, eventos u otros organismos- modulado por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla.*

Es así como la salud es comprendida como algo continuo o dinámico, donde la enfermedad es un extremo y la salud el otro, se puede pasar de uno al otro gradualmente.

Una contextualización ecológica facilita la idea de que existe un continuo desde la salud a la enfermedad en el que pueden reconocerse muchos puntos intermedios en la medida en la que podamos tener la capacidad de identificar la situación del sujeto en el marco de sus relaciones (Martínez, 2002).

Un modelo que engloba todo lo anterior es el llamado "Modelo biopsicosocial" (Brannon y Feist, 2001), que se propuso como un modelo alternativo que toma en cuenta los aspectos sociales, psicológicos, fisiológicos e incluso espirituales de la salud de una persona. Este visualiza la salud desde una dimensión individual hasta una dimensión colectiva y confiere un mayor protagonismo y responsabilidad al paciente con respecto al cuidado de su salud (Contreras y González, 2001).

También para Godoy (citado en Simón, 1999) la salud queda definida como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicoculturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales.

En la actualidad, se considera que la salud tiene un periodo degenerativo llamado Historia Natural de la Enfermedad, la cual se divide en 4 etapas (Vega, 1992 en Contreras y González, 2001):

1) Salud, es un periodo silencioso de incubación en el que no hay presencia de síntomas pero si hay variación biológica y de adaptación-desadaptación a su ambiente.

2) Periodo prepatógeno, el sujeto esta variando del estado de salud al estado de enfermedad debido a una desadaptación física, mental o social, hay cierta sintomatología a la que el paciente puede o no dar importancia y el médico puede o no descubrir.

3) Periodo patógeno, es la enfermedad avanzada en la que la desadaptación de un organismo por un agente extraño provoca, una reacción intensa como defensa, interfiriendo con su función normal.

4) Periodo de solución, ya existe un padecimiento grave o enfermedad permanente, en la cual el daño del organismo ya es irreversible y solo se puede trabajar en la rehabilitación o en la orientación a bien morir.

Es así como la salud deja de ser sinónimo de ausencia de enfermedad y de sistema sanitario eficaz, para ser promoción de un ambiente y unas condiciones de vida saludables; se enfatiza un concepto positivo relacional y procesual de la salud (Ballesteros et al, 2004).

Es difícil establecer un concepto de salud dado que es dinámico y depende de múltiples variables. Además de esto hay que agregar lo que Knobel (1987, p.2) dice "nuestra sociedad anula toda posibilidad de un completo bienestar tanto físico como mental y, desde luego, social", pues las altas exigencias sociales nos llevan a vivir bajo grandes niveles de estrés.

2.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se poseen asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente (Backet, y cols. citado por Morales, 1999). Existen aspectos del medio ambiente que tiende a exacerbar la conducta y que hacen más probable que el sujeto o grupo experimente un problema particular. Se asocian a muchas enfermedades y no operan en forma aislada.

Algunos factores de riesgo son biológicos y otros son conductuales. En este último caso, el término de patógeno conductual se ha empleado para hacer referencia a todos aquellos comportamientos que incrementan la susceptibilidad de la persona a las enfermedades de mayor prevalencia (Matarazzo, 1982).

Los factores de riesgo se agrupan en (Matarazzo, 1982):

1. *Conductas habituales poco saludables* que se presentan en exceso o así mismo la ausencia de estas conductas habituales saludables.
2. *Alteraciones de la salud* como la hipertensión o la diabetes.
3. *Carcinógenos ambientales*
4. *Elevados niveles de estrés*

Para finalizar Hay que tener en mente lo que Levy (1985 en Martínez 2002) dice, que un factor de riesgo que esta asociado con un problema de salud, no necesariamente causa la enfermedad.

2.3 Factores protectores

Muchos factores de riesgo resultan de la forma en la que las personas viven o se comportan, por lo tanto, estos factores de riesgo pueden ser reducidos por los mismos individuos, haciendo diversos cambios en su conducta (Flores, 2005).

Las características y condiciones asociadas con la prevalencia y mantenimiento de la salud se les denominan "factores protectores". Estos abarcan todas aquellas condiciones, situaciones, contextos y características que promueven el mantenimiento de la salud de los individuos (Matarazzo, 1982).

En general, al hablar de conductas de salud se puede hacer una diferencia entre:

- a. Conductas de salud propiamente dichas, las cuales incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general.
- b. Conductas reductoras de riesgo, las cuales contribuyen a minimizar el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades.

La importancia de las conductas de salud radica en que puede convertirse fácilmente en hábitos de salud, es decir, son conductas aprendidas. Los hábitos de salud se refieren a la conducta relacionada con la salud, que esta firmemente establecida, arraigada y en forma automática se pone en marcha dentro del repertorio comportamental del individuo (Flores, 2005).

También existen aspectos en el medio ambiente que hacen menos probable que se presente dicho proceso patológico o un problema en particular. Estos factores se encuentran en función de los factores de riesgo y de los factores sociales y personales (Contreras y González, 2001).

Los factores sociales son los determinados por las primeras experiencias de socialización vinculados al contexto familiar; la pertenencia a una cultura o a un grupo socioeconómico donde existe un tipo de normas y los precedentes de las influencias de grupo como los amigos o compañeros. Mientras que dentro de los factores personales encontramos: auto percepción de síntomas, factores emocionales y creencias y actitudes. No cabe duda, que la identificación de ambos tipos de factores permite el diseño y la ejecución de estrategias preventivas que hagan frente a situaciones de riesgo (Martínez, 2002).

Es importante mencionar a la Psicología de la salud, ya que en este aspecto juega un papel importante, pues estos factores (tanto protectores y de riesgo) son retomados y trabajados en esta. Es definida como la rama de la psicología que se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Se ocupa de temas como la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo las mejoras del sistema sanitario y la sensibilización de la opinión pública a los temas relacionados con la salud (Brannon y Feist, 2001).

El origen de la psicología de la salud radica en el cambio experimentado por el concepto de salud, y que el interés por el papel que desempeñan los procesos psicosociales en el binomio salud-enfermedad corre parejo al análisis de la crisis de los sistemas sanitarios; crisis que es más conceptual que práctica (Ballesteros et al, 2004).

2.4 Salud mental

Según Sivadon (1973 en Knobel, 1987), la salud mental es un equilibrio dinámico de la personalidad. Lo fundamental de ese equilibrio sería el hecho de reproducirse y crecer. De esta manera los criterios que tendríamos para juzgar si una persona esta mentalmente sana estarían dados por tres aspectos fundamentales: 1) adaptación al medio social; 2) aceptación de la sexualidad; 3) aptitud para la felicidad o el goce.

2.5 Comunidad y salud comunitaria

Para hablar de salud comunitaria primero debemos entender lo que es una comunidad.

Ander-Egg (1983) define una comunidad como una agrupación organizada de personas que se perciben como una unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con una conciencia de pertenencia y situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí.

Para San Martín y Pastor (1988) comunidad es una agrupación de población en la que los miembros de ella están o pueden estar en contacto directo los unos con los otros; tienen intereses sociales comunes; están ligados por aspiraciones comunales, ciertos valores y objetivos comunes. Las comunidades pueden ser geográficas, territoriales, socio-económicas, profesionales, o simplemente tradicionales.

Carranza y Almeida (1995) explican que en psicología comunitaria el término comunidad se emplea en referencia al ambiente social, la presión común, la temporalidad y el liderazgo, al ecosistema, al grupo, al objeto de la acción transformadora, al conflicto, al espacio de la interacción social. Es decir, el término comunidad conlleva un excesivo contenido ideológico.

Una comunidad es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc.) comunes, y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes; la comunidad puede o no ser autosuficiente (San Martín y Pastor, 1988).

Pese a sus limitaciones, el término comunidad se mantiene como un concepto estratégico y operativo que permite a las ciencias sociales establecer un vínculo y un compromiso con los sectores más postergados de la sociedad, en la realización de proyectos de intervención y transformación social. En muchos casos, la comunidad no existe como realidad objetiva por que los siglos de explotación y de opresión han acabado con ella (Carranza y Almeida, 1995).

Tanto los conceptos relacionados con la noción de comunidad como los emparentados con el bienestar social constituyen herramientas útiles para el trabajo comunitario, ya que procuran un marco conceptual y metodológico útiles para procesos concretos de intervención y transformación social (Musitu et al, 2004).

Mayoritariamente, los conceptos de comunidad utilizados en la actualidad hacen referencia, por un lado, a los elementos que conforman la comunidad (individuos y contexto físico que definen su naturaleza: residencia, laboral, recreativa, política, religiosa, etc.) y, por otro lado, a los procesos que se desarrollan en estos componentes (psicológicos, sociales, culturales) (Musitu et al, 2004).

Moreno (1998 en Musitu et al, 2004) acuñó una definición concreta de comunidad. Así pues, dice que la comunidad: "Se trata de un grupo social dinámico histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexiste a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines"

La comunidad, sin embargo, no debe ser entendida como un círculo cerrado con límites que puedan establecerse claramente; es decir, como una unidad homogénea con intereses iguales entre todos sus miembros. La comunidad y sus límites se definen y se redefinen constantemente en situaciones específicas, como localización de significados contradictorios, componentes y con límites imprecisos. En el seno de la comunidad se construyen significados con relación a qué es

la propia comunidad y sus características y, al mismo tiempo, sobre cuales son sus necesidades y recursos (Musitu et al, 2004).

La atención a la salud y desarrollo psicológico de una sociedad no puede permanecer aislada en relación a la estructura social en que se inserta, ya que el proceso salud-enfermedad mental es expresión dialéctica de los modos de relación del individuo, la familia, el grupo o las instituciones (Valenzuela, 1995).

Se puede hablar de "salud comunitaria" cuando los miembros de una comunidad, conscientes de construir una agrupación con intereses colectivos comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los problemas locales de salud. En realidad, lo que llamamos "salud comunitaria" es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades específicas de cada comunidad, ejecutado por la participación de la comunidad. Se trata, entonces, de una "estrategia" para aplicar localmente los programas de salud pública, y no de una especialidad nueva de la salud pública, y menos de la medicina (San Martín y Pastor, 1988).

Sin embargo, si vemos que muchas veces los miembros de la comunidad no están concientes de su pertenencia es difícil creer que participen activamente en la resolución de problemas de salud comunitaria, por lo que es importante el trabajo a nivel preventivo en el que se pueda crear esta conciencia.

La psicología comunitaria vista como Salud Mental Comunitaria se define como un enfoque que destaca el papel de las fuerzas ambientales en el desarrollo y tratamiento de los problemas de la conducta humana. En este sentido se caracteriza al psicólogo de comunidad como agente de cambio, analista de sistemas sociales, consultor sobre asuntos de comunidad y un estudioso del hombre en su relación con la totalidad de sus ambientes (Zax y Specter, 1979).

La higiene mental, el bienestar psicosocial y la salud mental comunitaria se facilitan al fomentar las redes y soportes psicosociales. La red social es el conjunto de personas, grupos e instituciones con las cuales se relaciona de modo frecuente y/o importante una persona ("red social personal"), familia, grupo o comunidad (Gissi, 1993).

Toda red con instituciones y grupos implica red con personas, pero no toda red con personas implica red con instituciones. Además, la red social puede y suele ser intergrupal o interinstitucional, pero no implica necesariamente redes personales de cada uno de los miembros de tal familia, grupo o institución. En las redes sociales hay intercambios afectivos, intelectuales, económicos, de ayuda, éticos, conductuales. Red psicosocial -más estrictamente que red social- aquella en que lo psíquico es importante (Gissi, 1993).

En conclusión, sin olvidar su origen y considerando sus características, limitaciones y posibilidades, puede afirmarse que la psicología comunitaria, entendida como salud mental comunitaria, tiene un papel fundamental dentro de un proyecto social de transformación; puede constituir un lugar natural de concientización recíproca entre los trabajadores de la salud mental y los miembros de los sectores populares y también puede ser un espacio en donde confluyen en desarrollo la salud mental y las reivindicaciones sociales (Carranza y Almeida, 1995).

Malinowski¹ decía que las instituciones eran funcionales a las culturas, grupos y personas porque satisfacen las necesidades de estos: económicas, cívicas de organización, religiosas de orientación, etc. En otras palabras: la amplitud e intensidad de redes-soportes permite y aconseja relacionar las necesidades y funciones psicosociales.

2.6 Psicología comunitaria

Se puede hablar de la Psicología Comunitaria como la “comprensión de los procesos psicológicos comunitarios, que incluyen, para explicar su ocurrencia y modalidad de presentación, las condiciones de la estructura social en que emerge y plantea que la intervención psicológica que busque tanto el desarrollo y bienestar, como la solución de problemas, necesariamente ha de expresar los intereses de la comunidad para definir y promover su propio cambio” (Valenzuela, 1995).

Desde sus orígenes, la psicología comunitaria ha seguido en sus diversas tendencias un paradigma clásico: “El que aquellas personas que participan en los programas de acción comunitaria, sirven de catalizadores de cambios benéficos para la comunidad, sin imposiciones y sin la actitud de la “persona que sabe más”, procurando aglutinar las fuerzas vivas de la comunidad, para obtener de ellas las especificaciones de los problemas que más la afligen, y llegar con ella a la solución de los mismos (Viloria y Barajas, 1993).

¹ que propuso una teoría científica de la cultura (en Gissi, 1993)

En la década de los sesenta en Norteamérica se origina una vertiente que aparece estrechamente ligada a la reorientación del campo de la salud mental y a los esfuerzos por dar cobertura social e institucional a las presiones y demandas los grupos minoritarios (Carranza y Almeida, 1995).

En América Latina aún cuando existía una participación implícita de la psicología social en los modelos de desarrollo económico-social, se empieza a manejar la psicología comunitaria en la década de los sesenta. Su origen y trayectoria corren dependientes y paralelos a las tendencias que existían en los Estados Unidos. Sin embargo, su fuente principal es la Psicología Social y sus preocupaciones dominantes, el cambio social (sea éste estructural o funcional) y la intervención en los problemas derivados de la dependencia y el subdesarrollo (Carranza y Almeida, 1995).

La psicología comunitaria se ha descrito como un enfoque de la salud mental que subraya la función de las fuerzas ambientales en la creación y alivio de los problemas (Zax y Specter, 1974 en Trull y Phares, 2003).

Se caracteriza a la psicología comunitaria como una psicología para el desarrollo, ya que es el proceso mediante el cual el hombre adquiere más control sobre su medio ambiente. Las transformaciones comunitarias deben comenzar por la transformación de las personas, haciendo que éstas se sientan más responsables de su destino y más confiadas en poder cambiarlo (Rodríguez, 1976, en Vilorio y Barajas, 1993).

La psicología comunitaria es una psicología práctica que, además, surge y toma sus contenidos del entorno cultural en el que se aplica e investiga. Por ello, existen prácticamente tantas psicologías comunitarias como entornos culturales podemos encontrar (Musitu et al, 2004).

Los problemas psicológicos se deben fundamentalmente a frustraciones de necesidades básicas y éstas fundamentalmente a tres factores de estrés o "estresores": crisis culturales, pobreza, "sucesos severos" en la vida de personas, grupos, comunidades y/o sociedades enteras. Para la psicología y psiquiatría comunitaria los estresores culturales y/o de pobreza son más graves social y existencialmente que las causas individuales en cuanto a sus efectos conflictivos y/o patológicos (Gissi, 1993).

Alrededor de la noción de Psicología Comunitaria se agrupan distintas y múltiples consideraciones que reflejan una variedad de enfoques teóricos y metodológicos y una diversidad de prácticas. La psicología comunitaria se entiende, por una parte, como una forma de psicología aplicada que encuentra su relevancia social cuando aporta soluciones a problemas de la sociedad. Por otra parte, se visualiza como una rama de la psicología que busca precisar la relación de las estructuras sociales con el comportamiento social e individual, establecer un objeto psicológico propio y construir esquemas teóricos y metodológicos para abordarlo (Carranza y Almeida, 1995).

Rappaport (1977) encuentra más útil hablar de la psicología comunitaria como una perspectiva en lugar de intentar una definición formal (en Trull y Phares, 2003). Los aspectos principales de esta perspectiva son la relatividad cultural, la diversidad y la ecología (la correspondencia entre las personas y el ambiente).

En la opinión de Rappaport (1977) tres conjuntos de preocupaciones definen la perspectiva de la psicología comunitaria: desarrollo de recursos humanos, actividad política y ciencia (en Trull y Phares, 2003).

La psicología comunitaria, desde una perspectiva de la psicología social, se considera una rama de la psicología, cuyo objeto de estudio son los factores psicosociales que permiten fomentar, desarrollar y mantener el control que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que les aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en las estructuras sociales (Montero, 1982 en Carranza y Almeida, 1995).

Para Valenzuela (1995), se puede considerar tres aproximaciones al abordar a la comunidad: 1) La Psicología en la comunidad, enfatiza la instalación de servicios sin incluir a la comunidad en la definición de sus objetivos y necesidades; 2) La Psicología de la comunidad, esta se convierte en un objeto de estudio, que se aborda para ser descrito, ubicado o clasificado; y 3) La Psicología Comunitaria, incluye programas de trabajo que se definen con y desde la comunidad. Esta definición resulta útil para determinar la forma en la que se articula los objetivos con las actividades y establece la relación de trabajo considerando a la comunidad como agente activo y responsable, o simplemente receptor de cambio.

En cuanto al objetivo de estudio de la psicología comunitaria, se enfoca en poder intervenir en un primer nivel de atención dentro de esta dimensión colectiva "comunidad" para lograr la protección y promoción de la salud, tratando los problemas de conducta humana acentuando su papel en la manipulación de factores de riesgo y factores protectores (Contreras y González, 2001).

Esta interdependencia entre cultura y psicología comunitaria constituye una de las principales características de esta disciplina, ya que la psicología comunitaria es muy sensible a los patrones culturales, creencias y prácticas de la sociedad que investiga y en la que interviene (Musitu et al, 2004).

Cabe mencionar los supuestos que Sánchez (1998 en Musitu et al, 2004) sintetizó en:

- Las fuerzas y sistemas sociales desempeñan un papel relevante en la determinación de la conducta humana, sin olvidar otros factores que pueden influir en dicho comportamiento (por ejemplo, los personales).
- El entorno social no es algo necesario o únicamente negativo y fuente de problemas y conflictos para individuos y grupos, sino también fuente de recursos y potencialidades positivas, es decir, impone limitaciones pero también aporta recursos. Incluso en los entornos más deprivados el enfoque comunitario sostiene que es posible encontrar recursos con los que iniciar un proceso de intervención.
- La localización de problemas de salud mental y psicosociales reside, en parte al menos, en los sistemas sociales y en la relación del individuo con ellos, no tanto en los individuos.
- La prevención se relaciona directamente con la potenciación o desarrollo comunitario. El incremento de la competencia tiene un efecto de prevención en el desarrollo de los problemas psicosociales.
- El rediseño del entorno y el cambio social produce un efecto significativo en la reducción de las disfunciones psicosociales de los individuos y grupos, en tanto que la no-modificación de esos entornos mantendría esas disfunciones.
- Para desarrollar o alcanzar el sentido psicológico de comunidad, es preciso que todos los miembros de la comunidad tengan acceso a los recursos y servicios que esta proporciona.

La importancia de la psicología comunitaria en las últimas décadas, se debe precisamente a factores mixtos culturales y económicos. Más allá del biologismo y psicologismo, ha sido denominada "la tercera revolución en salud mental". En Estados Unidos está claro que la correlación entre número de agentes de salud mental y número de problemas psiquiátricos graves parece inversa. Esta constatación ha provocado un énfasis en la salud mental comunitaria, en la prevención, y en las terapias expansivas y de amplia cobertura (Gissi, 1993).

En América Latina tenemos muchos problemas psicosociales por influencia norteamericana, muchos otros por limitaciones culturales hispanocoloniales y muchos otros por la pobreza masiva. Tales tres factores se superponen, y necesitamos desarrollar los diagnósticos y diseños de intervención de psicología comunitaria, además de lo anterior, por la falta crónica de recursos humanos y presupuesto para salud general, mental y física (Gissi, 1993).

La psicología social comunitaria en Latinoamérica se ha centrado en la acción, basándose en procesos de concientización y desarrollo del sentido de comunidad. De este modo, el desarrollo de referentes teóricos propios ha quedado relegado a un segundo plano, por lo que difiere de la desarrollada en el contexto anglosajón, donde la investigación-acción participativa -IAP- es el modelo metodológico predominante (Musitu et al, 2004).

Actualmente, la psicología comunitaria en Latinoamérica, después de una primera fase eminentemente activa, se encuentra inmersa en el proceso de intentar desarrollar modelos teóricos propios, procesos más evidente en países como Venezuela, Brasil o Puerto Rico (Musitu et al, 2004).

2.7 El psicólogo en la comunidad

Existen por lo menos dos posturas: un punto de vista que señala que el psicólogo debe convertirse en un agente de cambio; esta postura exige del psicólogo habilidades y roles convencionales (consultor, por ejemplo) y a la vez, el desarrollo de destrezas políticas,

administrativas, de organización y movilización comunitaria. Lo más importante es ser capaz de abastecerse de adoptar posiciones de poder y suficiencia, y de imponer sus metas a la comunidad. El psicólogo como agente de cambio debe convertirse en catalizador del cambio social, permitir la amplificación cultural de la comunidad al promover su desarrollo interno, respaldando y ampliando sus recursos y habilidades (Carranza y Almeida, 1995).

La acción del psicólogo social comunitario (Marín, 1980, citado en Carranza y Almeida, 1995) debe incidir en la evaluación de las necesidades presentes en la comunidad, diseñar la intervención psicosocial y evaluar sistemáticamente los resultados de esa intervención. En este proceso el psicólogo debe actuar manteniendo una relativa distancia de la comunidad para tener movilidad y percibir la realidad más objetivamente; por su parte, los miembros de la comunidad deben captar "participativamente" los programas diseñados para su "desarrollo".

3. PREVENCIÓN Y SU IMPORTANCIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

3.1 La importancia de la Prevención

El término "prevención", según el diccionario, significa anticipar, preceder, imposibilitar con medidas anticipadas (Materazzi, 1991).

La OMS ha definido como metas de la salud mental: prevenir las enfermedades y los desórdenes mentales; fomentar la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, y organizar los servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación, acciones todas en las que ha de buscarse la participación activa de la colectividad (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

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 (Calderón, 1984).

La idea de prevención es el principio rector que desde hace mucho está en el núcleo de los programas de salud pública en Estados Unidos. De manera básica, el principio afirma que, a la larga, las actividades preventivas serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual administrado después del inicio de las enfermedades o problemas (Felner, Jason, Moritsugu y Farber, 1983, en Trull y Phares, 2003).

En Psicología la prevención es manejada como concepto y como práctica sólo desde hace un tiempo relativamente reciente. Inicialmente se incluyó a la salud mental dentro de su dominio, y recientemente está comenzando a surgir la psicología preventiva como un tópico importante y muy relevante (Vivas, 1992).

La clasificación tradicional de prevención -primaria, secundaria y terciaria- ha sido recientemente ampliada para incluir las variaciones individuales de vulnerabilidad y, por tanto la intensidad de la intervención requerida (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997). Si bien, los tres niveles de prevención son separables teóricamente, la experiencia lleva a considerarlos dinámicos y en un continuo interjuego (Materazzi, 1991).

Para emprender las acciones preventivas en el campo de la salud mental es necesario conocer las características de los problemas y su incidencia. Sin esta información, no es posible planificar acciones efectivas. También son necesarias las investigaciones en la utilización de los servicios de salud, el valor real de los programas preventivos. La investigación es tanto más necesaria cuanto que hoy en día el progreso de las ciencias básicas ha revelado mecanismos fundamentales del funcionamiento mental normal y patológico y hay avances notables en el conocimiento del sustrato cerebral molecular de algunas de las enfermedades y trastornos mentales más frecuentes (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

La OMS ha propuesto un enfoque innovador para la salud mental en el contexto de la salud pública. Este representa la reorganización a fondo de las formas como se prestan los servicios (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

En el pasado, el cuidado de la salud tuvo como centro el asilo, el paciente individual y el tratamiento de la enfermedad. Lo que la OMS propone es la integración de la salud mental en la atención primaria, tomando como objetivos a la familia y a la comunidad y poniendo el acento en la prevención. Este modelo satisface las necesidades racionales y de solidaridad social y es una posibilidad de hacer llegar los servicios a las poblaciones rurales y marginadas, ha tropezado, en los países cuyas necesidades son siempre inferiores a los recursos, con obstáculos derivados de la escasez y del arraigo de las viejas estructuras (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

Estas recomendaciones suponen cambios de fondo en los sistemas de salud, así como el reconocimiento de que los propios enfermos y sus familias son responsables y por lo tanto pueden colaborar. Sin embargo, este modelo, requiere ser adaptado al contexto de cada país y tiempo para ser incorporado, sin hacer a un lado las características socioculturales (actitudes y costumbres) de cada comunidad en lo que se refiere a salud.

Un concepto importante que han expresado los expertos de la OMS es que la mejoría de las condiciones de sanitarias de las poblaciones y su educación en materia de salud, incluyendo la salud mental, son en sí mismas un instrumento poderoso para cambiar las condiciones socioeconómicas. La ignorancia, los prejuicios y la apatía pública son los obstáculos principales para lograr una atención de la salud más efectiva (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

3.2 Prevención Primaria

Este es el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Es el primer nivel de contacto de los individuos, de las familias y de las comunidades con el Sistema Nacional de Salud, por medios que les sean aceptables, con su propia participación y a un costo soportable (OMS, 1978; San Martín, 1989 citados en Flores, 2005). Consiste en acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos a través de procedimientos específicos de promoción y educación para la salud. La tarea de la prevención primaria, es la de favorecer la adquisición por parte de los individuos de conductas saludables y modificar aquellas otras que, suponen un riesgo para la salud (Flores, 2005).

Tiene como finalidad disminuir la tasa de trastornos emocionales en la comunidad y actúa en contra de los factores sociales nocivos que pueden originar enfermedad mental, mediante una actuación efectiva y oportuna en su contra. El programa de prevención primaria debe necesariamente agrupar a miembros importantes de la comunidad tales como médicos, maestros, sacerdotes, dirigentes laborales, etc., y a instituciones tales como escuelas, iglesias, agencias sociales y, en forma muy especial, a la propia familia del individuo, así como a otras personas que desempeñan una actividad importante (Calderón, 1984).

Este tipo de prevención representa la desviación más radical de las formas tradicionales de afrontar los problemas de salud mental. La esencia de la noción de *prevención primaria* puede verse en el interés de Caplan (1964) en "contrarrestar las circunstancias perjudiciales antes de que hayan tenido oportunidad de producir enfermedad" (en Trull y Phares, 2003).

Algunos ejemplos de prevención primaria incluyen programas para reducir la discriminación laboral, mejorar los planes de estudio escolares, mejorar la vivienda, enseñar habilidades de crianza de los hijos, etc.

Las principales acciones de prevención primaria en el área de la salud mental caen bajo la responsabilidad directa del médico general familiar, el obstetra, el pediatra, etc. Nos referimos a acciones tales como la vigilancia del embarazo, la conducción del parto y el cuidado del recién nacido (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997). Hay otras acciones preventivas primarias que se sustentan en los conocimientos sobre las formas de transmisión hereditaria de algunas enfermedades y defectos mentales.

Otro sector de problemas mentales y conductuales en los que la prevención es posible es el relacionado con el abuso de alcohol y otras sustancias que modifican la conciencia y la conducta, y que son adictivas. Estos problemas pueden ser significativamente reducidos mediante educación, la limitación de su disponibilidad y otras medidas legales (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

En el campo de la salud mental, las acciones educativas tanto las dirigidas a la población en general como a grupos específicos, son eficaces en el grado en que los principios son asimilados, generan actitudes saludables y son incorporados por la cultura (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

3.3 Prevención Secundaria

Entendemos por prevención secundaria la identificación temprana de los procesos psicopatológicos o de los trastornos funcionales resultantes de conflicto intra o interpersonales. Esta actividad permite el tratamiento oportuno de los mismos. El tratamiento oportuno permite resolver situaciones que de no ser oportunamente atendidas, determinarán una problemática psicopatológica creciente (Calderón, 1984).

Este nivel de atención se dirige a disminuir la prevalencia de la enfermedad, reduce la evolución y la duración de la enfermedad a través del seguimiento y vigilancia de los grupos de riesgo y de individuos. El medio que utiliza es la educación sanitaria (sistemática y específica) y el tratamiento de los individuos (OMS, 1978; San Martín, 1989, en Flores, 2005).

Ésta abarca programas que promueven la identificación temprana de problemas de salud mental e impulsan el tratamiento de los problemas en una etapa temprana de modo que no se desarrollen los trastornos mentales. La idea básica de la *prevención secundaria* es atacar los problemas mientras todavía son manejables, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención (Caplan, 1961; Sanford, 1965, en Trull y Phares, 2003).

Un ejemplo de prevención secundaria sería la detección temprana y tratamiento de depresión en personas que son candidatos a presentarla por diferentes circunstancias.

Una parte importante de las intervenciones en el campo de la salud mental se dirige a identificar oportunamente y a alterar en una dirección favorable el curso de alguna de las enfermedades y desórdenes psiquiátricos más severos y frecuentes (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

Aún cuando las causas de muchos trastornos mentales siguen siendo desconocidas, su incidencia y frecuencia, así como los sufrimientos y las incapacidades que causan, podrían reducirse en buena medida mediante la aplicación de los recursos disponibles (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

Los profesionales de la salud mental pueden contribuir a la capacitación, supervisión y apoyo del resto del personal de salud trasmitiéndole información y poniendo a su disposición las técnicas adecuadas para la identificación y el manejo de estos trastornos. En el primer y segundo nivel del cuidado de la salud hay posibilidades de establecer contacto con algunos de los problemas más frecuentes y contender con ellos (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

3.4 Prevención Terciaria

La función de este nivel es la de disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población a través del tratamiento y la rehabilitación (OMS, 1978; San Martín, 1989, en Flores, 2005).

La meta de la prevención terciaria es la reducción de los efectos residuales que se presentan después de que los trastornos mentales han terminado. Ésta implica el papel crucial de los servicios de rehabilitación, los cuales permiten al ex paciente funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible después de ser dado de alta. Esta atención tiende a evitar recaídas y nuevos internamientos (Calderón, 1984).

Por tanto, difiere de la prevención primaria y secundaria en que su objetivo no es reducir la tasa de casos nuevos en trastornos mentales, sino los efectos de los trastornos mentales una vez diagnosticados (Trull y Phares, 2003).

El primer y el segundo nivel de atención conciernen a la salud pública, mientras que el tercer nivel a la medicina curativa.

Un foco importante de muchos programas terciarios es la rehabilitación. Sin embargo, es importante recordar que todas las formas de prevención se distinguen por sus intentos de reducir las tasas de trastornos mentales, o los problemas asociados con ellos, en toda comunidad o población (Trull y Phares, 2003).

Ciertos trastornos mentales graves como la esquizofrenia, y las enfermedades degenerativas del sistema nervioso conducen, cuando no son debidamente atendidos, a un deterioro del funcionamiento mental y de la conducta, a un "síndrome de deterioro social". Sus síntomas que tienen algunas semejanzas cualquiera que sea la enfermedad mental subyacente, gira en torno a la pérdida de los hábitos y los motivos que son necesarios para la interacción y la comunicación social. Esta degradación de la condición humana no es totalmente resultado de la evolución del proceso morbo, sino en buena medida parte del abandono y el aislamiento, de la privación de contactos y estímulos sociales. Medidas preventivas y de rehabilitación pueden prevenirla o reducirla (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

La rehabilitación psicológica y social de quienes sufren enfermedades psiquiátricas crónicas es tan importante como su manejo farmacológico. La rehabilitación es un proceso activo, programado, mediante el cual se intenta revertir en el grado posible las incapacidades resultantes de la enfermedad o bien compensarlas mediante el desarrollo de otras habilidades. Si las metas que se fijan son realistas y si se es perseverante, se puede obtener una mejoría apreciable en la calidad de vida de los enfermos (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

Las posibilidades de prevención de las enfermedades y los trastornos mentales dependen no sólo de los recursos técnicos con que se cuenta para alterar favorablemente el curso del trastorno, sino de que estos recursos sean usados por quienes los requieren (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

El desarrollo de programas de salud mental en los centros de salud general permite llevar la salud mental al seno de las comunidades. Los servicios en centros de primer nivel de atención a la salud son eslabones en la red de servicios en los que la prevención, el acercamiento a la comunidad y el acento en la educación son centrales. La experiencia ha demostrado las ventajas

de los servicios psiquiátricos en centros de asistencia general de primero y segundo niveles (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

La educación para la salud mental de los padres, maestros y otras personas que tienen trato con niños, adolescentes y ancianos les permite identificar en su inicio reacciones patológicas y facilita las intervenciones oportunas (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

3.5 Un modelo alternativo de prevención

El modelo de prevención primaria-secundaria-terciaria propuesto por Caplan, sin duda, ha sido el que con frecuencia se cita, no obstante, hay propuestas de clasificación alternativas. Una estructura para prevenir trastornos mentales es la propuesta en el reporte de 1994 del Instituto de Medicina (Institute of Medicine; IOM, en Trull y Phares, 2003).

Este modelo adopta términos propuestos por R. Gordon (1983, 1987 en Trull y Phares, 2003). Basado en el concepto costo-beneficio, según el cual el riesgo de que un individuo desarrolle una condición debería ser valorado frente al costo y los problemas secundarios derivados de la intervención preventiva. Propuso tres categorías de intervención: *a) universales*, de bajo costo, deseables para toda la población y por lo general de gran aceptación y con pocos riesgos secundarios; *b) selectivas*, aplicables sólo a aquellas personas cuyo riesgo de desarrollar la enfermedad está por encima del promedio, se recomienda cuando el costo no excede un nivel moderado y los efectos negativos de las medidas no existen o son mínimos, y *c) indicadas*, dirigidas a personas que presentan una condición clínicamente anormal (en De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

El valor de este modelo es que coloca a la prevención, el tratamiento del trastorno mental y el mantenimiento en un continuo que representa la gama completa de intervenciones para los trastornos mentales. La figura 1 permite ver y entender claramente este modelo y sus conceptos.

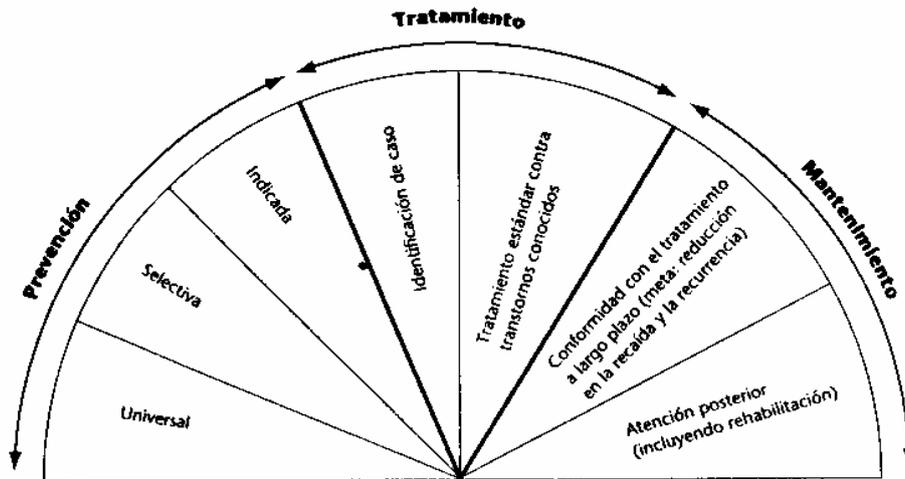


Figura 1. La prevención en un continuo de servicios que abordan las necesidades de la salud mental.

Fuente: IOM (1994). Summary: Reducing risks for mental disorders. Washington, DC:

National Academy Press, p.8 en Trull y Phares, 2003.

3.6 Un modelo Psicológico de prevención de enfermedad

El hecho de que una persona se mantenga sana o enferme, mejore o empeore de una dolencia concreta, depende, esencialmente de dos cosas: ciertamente del grado de agresividad de las condiciones patógenas a las que su organismo se encuentre expuesto, pero también de la mayor o menor vulnerabilidad del mismo. Aún en condiciones óptimas de infección, si el hombre fuera invulnerable, no enfermaría (Bayes y Ribes, 1992 en Martínez, 2002).

Con el fin de prevenir hasta donde sea posible la enfermedad, se plantea el establecimiento de programas preventivos de intervención individual que, para hacer frente a las situaciones de riesgo o enfermedad, tengan como objetivos (Bayes y Ribes, 1992 en Martínez, 2002):

- ☑ Obtener el máximo grado de control posible sobre los comportamientos instrumentales susceptibles de evitar, facilitar o dificultar el contacto físico del organismo con un medio patógeno concreto.
- ☑ Obtener el máximo grado de control posible sobre el grado de vulnerabilidad de los organismos expuestos, de forma que seamos capaces de mantenerlo en el mínimo posible.

El modelo psicológico de prevención de enfermedad propuesto contempla dos aspectos: a) Procesos y b) Resultados (Ver figura 2).

La etapa de *Procesos* incluye:

- Los factores históricos de la interacción del individuo con el ambiente
- Las condiciones presentes de interacción
- La modulación por las variables ambientales, a través de la interacción del individuo con ellas, de los sistemas neurovegetativos, neuroendocrino y neuroinmunitario del propio organismo.

La etapa de *Resultados* incluye:

- La vulnerabilidad biológica del individuo a la enfermedad, como producto de la interacción de los elementos que participan en la etapa del proceso; la disponibilidad de conductas de riesgo o prevención.
- El estado de enfermedad o salud resultante
- Las conductas asociadas a enfermedad tales como: ansiedad, depresión, dolor crónico, etc.

En este sentido, si un individuo evita comportamientos de riesgo y/o practica comportamientos de prevención eficaces pero mantiene alta su vulnerabilidad tendrá mayor probabilidad de adquirir alguna enfermedad. Así mismo, si un individuo posee bajos niveles de vulnerabilidad pero no practica comportamientos de prevención eficaces ni evita peligros, puede proporcionar la practica de conductas que lo lleven a la presencia de enfermedades (Martínez, 2002).

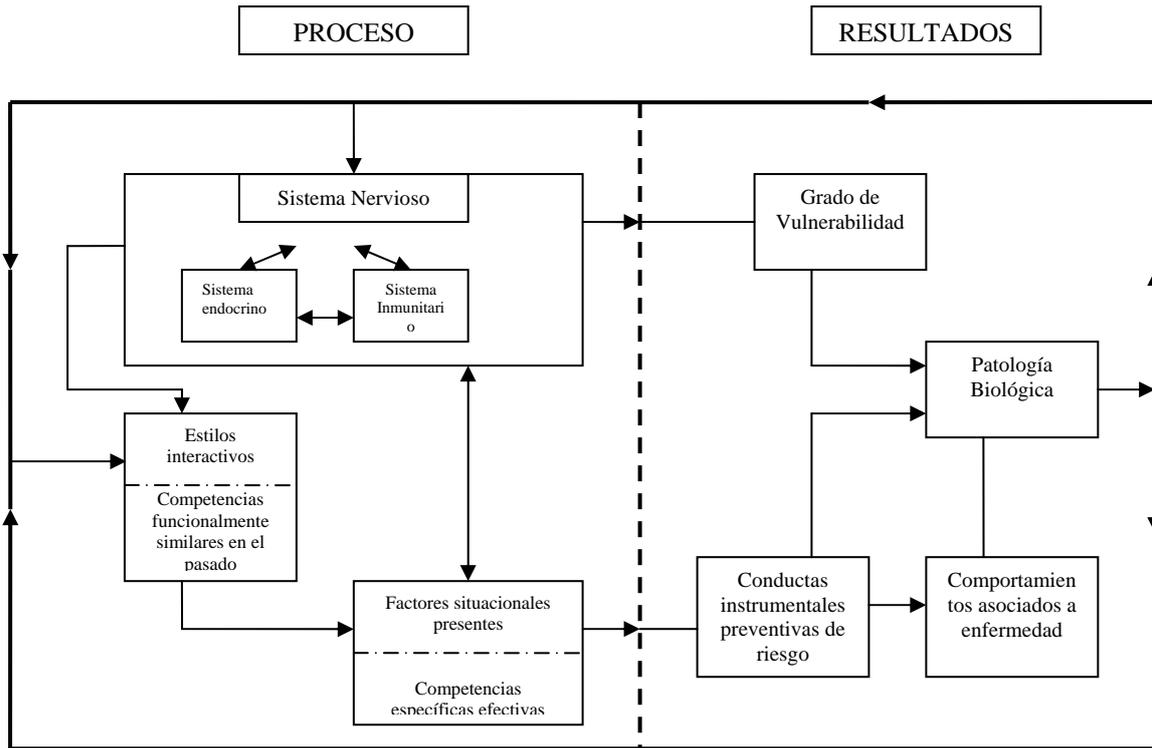


Figura 2. Modelo de Prevención de Enfermedad (Bayes y Ribes, 1992 en Martínez, 2002).

4. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS E INTERVENCIÓN

4.1 Estrategias generales de intervención

Como prestadora de servicio social asistí al CCAP "Los Volcanes" de Lunes a Viernes en los horarios de 10 de la mañana a 3 de la tarde. Me presenté desde Marzo del 2006 con el objetivo de incorporarme gradualmente a las actividades que se realizan; comencé formalmente mis actividades en mayo del mismo año y en diciembre concluí oficialmente mi servicio social.

Las actividades que realicé se pueden agrupar en tres áreas:

- Ψ Atención Clínica
- Ψ Promoción y difusión del Centro
- Ψ Investigación

4.1.1 Atención Clínica

Consistió en:

- concertar las citas
- realizar preconsultas
- realización de las entrevistas iniciales
- entrevista de evaluación clínica
- establecimiento de objetivos terapéuticos
- diseño de intervención
- psicoterapia breve con objetivos focalizados
- canalización
- elaboración de psicodiagnóstico
- altas, bajas o seguimiento, dependiendo del caso
- Además de participar en las supervisiones individuales y colectivas en las que colaboraba retroalimentando a mis compañeros o exponiendo abiertamente mis dudas para poder mejorar mis intervenciones terapéuticas.

Los casos atendidos fueron 20 y sus características son muy variadas en cuanto a problemática y aspectos sociodemográficos (Tabla 1).

Caso	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Motivo de consulta	TX	Sesiones	Status del paciente
1	Femenino	11	Soltera	Primaria	Estudiante	Problemas escolares y de conducta	Entrevista inicial, evaluación y diagnóstico (aplicación de pruebas), psicoterapia breve con objetivos focalizados. Cierre del tratamiento.	10	Alta por mejoría
2	Masculino	11	Soltero	Primaria 6ª	Estudiante	Aislamiento y bajo rendimiento escolar.	Entrevista inicial y evaluación.	1	Deserción.
3	Masculino	19	Soltero	4º semestre de Licenciatura	Estudiante	Explosiones de agresión por celos de pareja	Entrevista inicial y evaluación.	1	Deserción
4	Masculino	12	Soltero	1º Secundaria	Estudiante	Bajo rendimiento escolar	Entrevista inicial, evaluación y diagnóstico. Orientación terapéutica individual y familiar. Cierre del tratamiento.	6	Alta por mejoría.
5	Femenino	15	Soltera	3º Secundaria	Estudiante	Problemas de conducta escolares, familiares y Drogadicción	Entrevista inicial y de evaluación, orientación y canalización externa.	2	Canalización al "Centro de Integración Juvenil" por problemas de drogadicción
6	Femenino	49	Unión Libre	Bachillerato	Comerciante	Depresión y ansiedad	Entrevista inicial y de evaluación, Psicoterapia Breve con objetivos focalizados. Sesiones con la hija.	17	Alta por mejoría
7	Femenino	27	Soltera	3º semestre de Lic. Química	Recepcionista	Problemas para relacionarse con los hombres	Entrevista inicial y de evaluación, Psicoterapia breve con objetivos focalizados.	4	Alta por mejoría, sin concluir tratamiento por resistencia al mismo
8	Femenino	11	Soltera	6º Primaria	Estudiante	Problemas de atención sin hiperactividad	Entrevista inicial y de evaluación. Supervisión clínica, llamada de seguimiento	1	Baja por inasistencia, se observo resistencia por parte de la madre
9	Femenino	30	Casada	Carrera técnica	Ama de casa	Depresión y ansiedad por pérdida de la salud y trabajo	Entrevista inicial y de evaluación, Psicoterapia Breve con objetivos focalizados en la	8	Alta por mejoría

							aceptación de su nuevo estilo de vida. Cierre del tratamiento. Canalización interna al taller de autoestima en los hijos. Supervisión clínica.		
10	Femenino	30	Casada	Primaria	Ama de casa	Problemas de pareja	Entrevista inicial y de evaluación, orientación terapéutica. Supervisión clínica.	2	Alta por leve mejoría observando resistencia al tratamiento
11	Femenino	24	Casada	Primaria	Ama de casa	Depresión	Entrevista inicial y de evaluación, Psicoterapia breve con objetivos focalizados en mejorar relaciones familiares. Canalización interna al grupo terapéutico. Supervisión clínica	5	Alta por mejoría, sin concluir por problemas de salud
12	Masculino	7	Soltero	2° Primaria	Estudiante	Problemas escolares y de conducta	Entrevista inicial y de evaluación, evaluación y diagnóstico (aplicación de pruebas), entrega de reporte, canalización interna al grupo de terapia de integración sensorial "TIS". Cierre por finalización de la evaluación supervisión clínica.	7	Alta por fin de evaluación. Canalización al grupo de terapia integración sensorial "TIS".
13	Masculino	14	Soltero	3° Secundaria	Estudiante	Problemas de la conducta sexual.	Entrevista inicial evaluación y diagnóstico (aplicación de pruebas) orientación terapéutica. Supervisión clínica.	5	Alta alcanzando objetivos de evaluación, sin concluir tratamiento, observando resistencia de la madre
14	Masculino	16	Soltero	Bachillerato 3er semestre	Estudiante	Problemas escolares y de conducta.	Entrevista inicial y de evaluación, orientación terapéutica. Supervisión clínica. Llamada de seguimiento.	2	Alta sin concluir el tratamiento por cambio de residencia
15	Masculino	7	Soltero	2° primaria	Estudiante	Encopresis	Entrevista inicial, evaluación, juego diagnóstico y terapia de juego	6	Alta alcanzando objetivos de evaluación e intervención sin concluir por inasistencia. requiere Tx especializado
16	Masculino	21	Soltero	3° semestre de licenciatura	Estudiante	No hay un motivo claro	Entrevista inicial y evaluación	2	Alta no hubo cooperación para establecer objetivos terapéuticos

17	Masculino	12	Soltero	1° secundaria	Estudiante	Agresividad en la escuela	Entrevista inicial, evaluación y orientación terapéutica	4	Derivado para continuar proceso terapéutico
18	Masculino	7	Soltero	2° primaria	Estudiante	Bajo rendimiento escolar	Entrevista inicial, elaboración de la historia del desarrollo y psicodiagnóstico	2	Derivado para continuar en el proceso de evaluación (psicodiagnóstico)
19	Masculino	12	Soltero	1° secundaria	Estudiante	Agresión sexual a un compañero	Preconsulta, entrevista inicial, evaluación a través de pruebas y terapia familiar y de pareja para los padres.	7	Alta alcanzando objetivos de evaluación e intervención sin concluir observando resistencia en los padres y paciente
20	Femenino	14	Soltera	3° secundaria	Estudiante	Depresión por duelo no elaborado de separación de los padres	Preconsulta, entrevista inicial, entrevista familiar, psicoterapia breve y orientación familiar	10	Alta por mejoría

Tabla 1. Registro de pacientes atendidos en el periodo de Marzo a Diciembre del 2006.

De las características sociodemográficas se pueden resaltar cinco importantes: edad, sexo, etapas del desarrollo, escolaridad y ocupación. Las edades van desde los siete años a los cuarenta y nueve. En cuanto a las etapas, atendí: seis niños, ocho adolescentes y seis adultos. La escolaridad en general va desde la primaria hasta nivel licenciatura (sin concluir). La ocupación en los niños y adolescentes es estudiante, y por lo tanto la que predomina, y en los adultos es notable que la actividad que predomina son las labores domésticas y solo se observa un caso de recepcionista. Los hombres son el grupo que predominó, pues de los veinte casos doce son hombres, sin embargo, todos ellos son estudiantes.

Los motivos de consulta son diversos, sin embargo, podemos agruparlos en: cinco casos de depresión; uno con problemas de pareja; otro por problemas para relacionarse con los hombres; en cuanto a los adolescentes y niños se observa problemas escolares y de conducta principalmente; solo se presentó un caso de drogadicción; y otro por agresividad con celos, además del caso de encopresis.

El tratamiento en general incluyó la entrevista inicial, una evaluación del caso y el planteamiento de objetivos terapéuticos para alcanzarlos en el menor tiempo posible (psicoterapia breve). Como se ilustra en la Tabla 1 hay 14 casos que se dieron de alta, ya sea porque se cubrieron

total o parcialmente los objetivos terapéuticos; en estos casos hubo cambios positivos con respecto a las problemáticas, sin embargo, en los casos en los que se cubrieron parcialmente los objetivos no se concluyó el tratamiento debido a circunstancias que pueden ser entendidas como resistencias al mismo. Se canalizó el caso de drogadicción a un Centro de Integración Juvenil dada la complejidad del caso. Dos casos fueron considerados como deserción debido a que sólo asistieron a la entrevista inicial y no volvieron a presentarse ni fue posible localizarlos; un caso se dio de baja por inasistencia, pues se hicieron citas a las que no se asistía; y finalmente dos casos que fueron derivados internamente para finalizar la evaluación.

En lo que se refiere al tipo de intervención se realizó un psicodiagnóstico; la orientación que generalmente fue con los adolescentes y padres; la psicoterapia breve se realizó en adultos y sólo con uno de ellos se dio orientación y contención, además de terapia de juego.

Todos los casos estuvieron supervisados individual y colectivamente; esto es, la supervisora a la que fui asignada revisaba conmigo los casos y resolvía dudas en cuanto a la forma de trabajo e inclusive la bibliografía a la que tendría que referirme o de ser necesario las instituciones a las que se podía canalizar. Las supervisiones colectivas se hacían con todos los prestadores de servicio social y las supervisoras del Centro; en esta actividad tenía la posibilidad de exponer mis puntos de vista, resolver dudas en cuanto a la forma en la que trabajaban e incluso proponer técnicas o métodos de trabajo.

La gran mayoría de los casos fueron acompañados de búsqueda bibliográfica, pues en cuanto a las problemáticas había características que desconocía y que a través de la información revisada podía diseñar un mejor plan de intervención.

De estos casos, uno se presentó en la "Segunda Jornada Clínica del CCAP Los Volcanes", lo expongo brevemente, a manera de ejemplo, para que quede más claro el tipo de trabajo que realicé en este Centro.

4.1.1.1 Caso Clínico

Ficha de identificación

Nombre: José

Edad: 14 años

Fecha y lugar de nacimiento: 21/02/92 México DF

Estado civil: soltero

Ocupación: estudiante

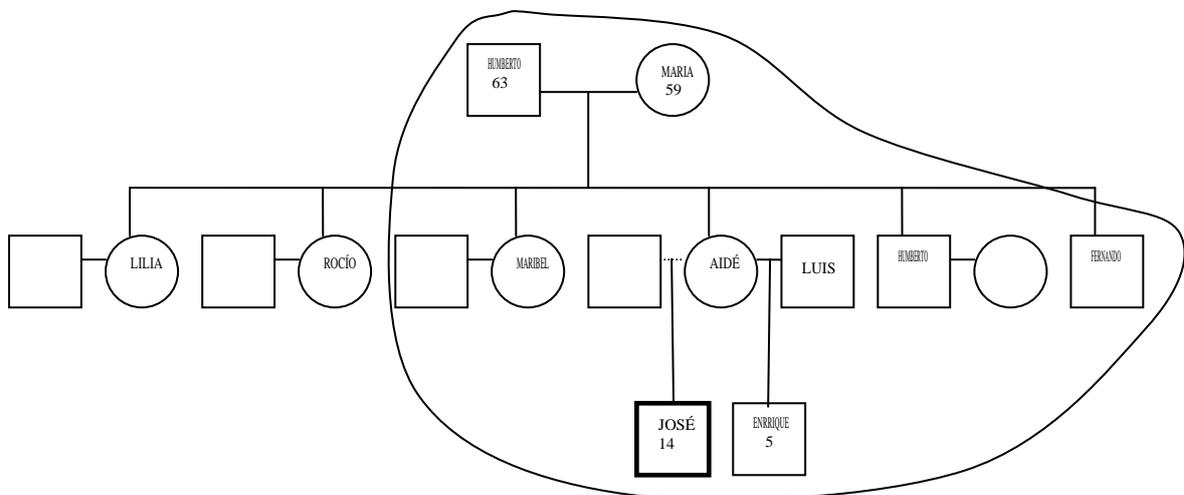
Escolaridad: 3º de secundaria técnica

Número de sesiones: 5

➤ Motivo de Consulta

José llegó al Centro referido por la escuela secundaria debido a (cito textualmente): "Lo mandan de la escuela por que nalguea a las compañeras, el dice que no es cierto. Su mamá es adicta a las drogas".

➤ Familiograma



➤ Descripción del problema

La cita para José fue hecha por su tía Maribel vía telefónica, donde se le explica que tiene que asistir un tutor legal de José por ser menor de edad y ella acepta.

A la entrevista inicial asisten Maribel y la abuela materna junto con José, donde explican que la madre no pudo asistir, pero que esta de acuerdo, explican que en realidad José es hijo de la

abuela pues esta registrado con los mismos apellidos que los tíos y la madre, por lo que ella queda como responsable de José.

En la entrevista conjunta la tía es la que explica el motivo de consulta; que esta conducta la presentó José el ciclo escolar pasado, pero que la madre no hizo nada y fue en este nuevo año que la trabajadora social volvió a insistir en que asistiera al psicólogo. En este punto pregunta si va a haber un momento en el que hable con José solo, pues ella supone que el puede explicar mejor la situación si esta solo.

En el formato de entrevista inicial Maribel y José resaltaron la drogadicción de la madre de éste. Al explorar esto con la abuela y la tía dicen que no saben desde cuando se droga pero suponen que fue desde los 11 años, pues fue cuando empezaron a notar cambios en su conducta. Explican que esta situación es difícil de aceptar por el abuelo, aunque en realidad para ella también, y por este motivo no han metido a Aidé a una clínica de rehabilitación, pues justifican diciendo que en la mayoría de los lugares maltratan físicamente a las personas.

Al entrevistar a solas a José le pido que explique con sus propias palabras el por qué lo mandaron al Centro y dice que "porque nalgueo a mis compañeras y eso...". Se le pide que explique mejor, y dice que ésta situación era solo con dos compañeras con las que se llevaban él y su amigo, que hubo ocasiones en las que ambos (José y su amigo) se bajaron el cierre del pantalón y les mostraron el pene a estas compañeras. Fueron algunas ocasiones en las que hicieron esto (no queda claro en cuántas y cuáles ocasiones sucedió), pero lo que hizo que ellas los acusaran fue una situación que no tiene relación directa con este hecho, pues según José, su compañero manchó de sangre (de una cortada en el dedo) a una de ellas y ésta se molestó. Manejaron una versión en la que decían que además de que se sacaban el pene, se masturbaban y les aventaban el semen. Esta última parte la niega José y dice que sólo se mostraban frente a ellas. Comenta que esta acción la llevaban a cabo los dos por "común acuerdo".

➤ Historia Personal

Dentro de estas cinco sesiones asistió la madre de José para explicar muchos de los datos que a continuación expongo.

José está registrado legalmente como hijo de madre soltera, por lo que la tutora legal es únicamente la madre. Es producto de una relación que Aidé sostuvo con un hombre casado, por lo que al saber del embarazo la deja.

Su infancia la vivió y fue criado por sus abuelos, mientras la madre trabajaba. Dentro de sus recuerdos está el hecho de que él se sentía un tanto rechazado por su tía Maribel, pues él veía que tenía preferencia por otros sobrinos y no por él, además de que le molestaba mucho que le pusiera sobrenombres. Durante su vida escolar en la primaria no tuvo problemas de conducta.

Recuerda que desde que él tenía ocho años su madre se drogaba (esto concuerda con información que da la madre). Esta situación a él le genera vergüenza, pues dice que no le gusta que su madre lo haga, además de que él ve cómo lo hace en ocasiones pues ha ocupado su cuarto para drogarse (lugar que propiamente es un espacio común, pues explica que es en la cocina-comedor donde se encuentra su cama, pues su casa consta únicamente de dos cuartos).

La relación con ella dice que es buena, de mucha confianza y es aquí donde se le pregunta si esto que sucedió en la escuela lo platicó con ella y dice que no, pues le da pena lo que le pueda decir cosas como: que es "un cochino".

La relación con su padrastro no es buena, pues muchas veces se mete a defender a su mamá cuando tiene problemas y esto hace más difícil la relación. Se siente rechazado por Luis, pues solo tiene detalles con Enrique y no con él.

En su primer año en la secundaria tuvo problemas estomacales muy serios por lo que seis meses no asistió a la escuela y vivió de diferente forma el cambio de primaria a secundaria. Sin embargo, en este primer año tuvo problemas de conducta con la maestra de educación cívica, pues relata que le estaba viendo las piernas y ésta al darse cuenta le llamó la atención, y mandó a llamar a su madre; asistió la tía Maribel, pero no hubo represalias.

Cuando se presentó el problema por el que llegan al Centro, la madre vuelve a tener una actitud pasiva en la que solamente le dice que esto que hizo no era normal, pero me dice en sesión "yo no sé si es normal o no, en esta época no se sabe".

➤ Aspectos relevantes en cuanto a la madre

- Hace 6 o siete años que probó la droga (Piedra)
- Atribuye su dependencia a las drogas a el esposo que la maltrata verbalmente
- Tiene un intento suicida con pastillas (hace un año aproximadamente)
- A principios de Septiembre tuvo un aborto (de cuatro meses)
- Estuvo a punto de entrar al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino" pero se arrepintió argumentando que pensó en sus hijos, y así, con otras opciones de ayuda, siempre encuentra una justificación.
- El problema de José en parte lo atribuye a la "mala voluntad de la trabajadora social", pues ha tenido discusiones con ella.

➤ Pruebas Proyectivas aplicadas

- Machover
- Familia de Corman y en movimiento
- Persona bajo la lluvia

Se encontró:

- Le cuesta hacer una diferenciación psicosexual (figuras muy parecidas), sin embargo, carga de símbolos fálicos a las figuras como una necesidad de mostrar su propia sexualidad.
- Las figuras pequeñas que indican minusvalía
- Por la posición en la hoja se observa que hay dependencia de la figura materna
- Hay una marcada demanda de afecto
- Los ojos vacíos que hablan el no querer ver hacia fuera por que puede percibirse desagradable, por lo que es mejor mirar hacia adentro. Esto sugiere que su adolescencia la esta viviendo como caótica (por la historia previa)
- Hay dificultad para describirse, hablar y reconocerse a sí mismo

➤ Impresiones Diagnósticas

- La conducta que José presentó, sugiere que se trata de un caso de Exhibicionismo, el cual, a decir verdad, no sé cómo trabajar.
- Se plantea el hecho de que esta conducta la pudo presentar por "contagio" o identificación con su amigo.
- La relación con su madre es un factor importante que se ha empezado a trabajar.
- El embrollo acerca de quién era la madre, deja ver que José no tiene un lugar en esta familia.

- La educación sexual al igual que la drogadicción de su madre son temas que no se hablan en la familia, por lo que no hay claridad en lo que respecta a éstos.

➤ *Status* del paciente

Después de asistir a las sesiones de evaluación, José deja de hacerlo, por lo que se le llama esperando saber qué era lo que había pasado.

Se logró hacer el contacto con la abuela por teléfono, la cual explica que ella no sabe por qué dejó de asistir; que lo que le dijo su hija (madre de José) que se había quedado dormido la última vez y que por eso no asistió, pero que ella vería la forma de convencer a José de que asistiera al Centro para que explicara la razón. El acuerdo con la abuela fue que José llamaría para pedir cita y asistir.

Algunos días después se presentó la madre de José buscándome para hablar con respecto a su hijo; sin embargo, me encontraba en sesión con otro paciente, por lo que decide decirle a la recepcionista que "su hijo ya no quería seguir asistiendo y que por favor dejáramos de llamar a su casa y decirle a su madre". Razón por la cual se decide no llamar nuevamente y *cerrar el expediente*.

4.1.2 Promoción y difusión del Centro

Mi participación en la promoción y difusión del Centro fue a través de actividades como:

- La asistencia a la Feria de los Centros Comunitarios de la Facultad de Psicología realizada en el mes Abril del 2006, donde estuve dando informes acerca de este Centro y para lo mismo participe en el diseño de dos trípticos que proporcionaran este tipo de información para facilitar la promoción (Anexo 1 y 2).
- Colaboración en el diseño e impresión de folletos que ayudan a promover los servicios que se ofrecen entre la comunidad del Centro, así como para la comunidad estudiantil con la finalidad de informar e invitar a participar en el trabajo comunitario. También en la elaboración de carteles para colocar en puntos estratégicos de reunión en la

Comunidad. Además del diseño digital de un cartel para la promoción del servicio social en la Feria del Servicio Social (Anexo 3).

- Asistencia a reuniones con los representantes de la comunidad para pedir su colaboración en la promoción y difusión del Centro a través de las actividades que ellos realizan.
- Repartición del material promocional en lugares concurridos por la comunidad como mercados, deportivos y escuelas.
- La participación en la organización de la "Segunda Jornada Clínica del CCAP Los Volcanes", así como la ponencia en la misma acerca de uno de los casos con los que trabajé y que consideré interesante en todos los sentidos, desde la problemática hasta la conclusión del caso.

4.1.3 Investigación

La participación en la investigación surgió ante la necesidad de conocer más acerca de la población con la que se estaba trabajando y con la que se esperaba trabajar. Dadas las circunstancias en las que se estableció el Centro y se atendió la demanda inicial de la comunidad no se había tenido la oportunidad de evaluar el servicio y detectar las necesidades de los usuarios.

Tomando lo anteriormente expuesto surgió el interés personal de realizar un análisis y evaluación del servicio prestado durante el primer año de actividades en este Centro, con el fin de conocer más a la comunidad con la que se trabajaba y el impacto de este trabajo en la misma.

Con la información obtenida, se esperaba, además de tener un panorama más amplio en cuanto a la Comunidad, retroalimentar los diferentes programas del Centro permitiendo proporcionar un mejor servicio y que los futuros prestadores de servicio social tengan una mejor formación al trabajar en, con y para la comunidad y que, además, obtengan más herramientas en cuanto al trabajo comunitario.

4.2 Estrategias metodológicas específicas relacionadas con la realización del IPSS

Las estrategias metodológicas para desarrollar el IPSS fueron:

- 1) Identificar el número total correspondiente al primer año de actividades del Centro
- 2) Revisar los 153 expedientes correspondientes, localizando aspectos tales como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de integrantes por familia, tipo de vivienda, ingreso mensual, motivos de consulta, tipos de tratamiento, número de sesiones, *status* de los pacientes y otros tratamientos.
- 3) Se elaboraron entrevistas de seguimiento aplicadas en forma directa o utilizando un formato de entrevista semiestructurada, que fue elaborada con la ayuda de la directora de este informe, una compañera del Centro y la sustentante de este IPSS, en el cual se abordan los aspectos más importantes que pueden brindar información acerca de la calidad del servicio que se está dando (Anexo 4).
- 4) En 72 casos se logró realizar el seguimiento de los cuales, 10 fueron de manera directa y los 62 restantes se elaboraron vía telefónica.
- 5) Con la información obtenida tanto de los expedientes como de los seguimientos se elaboró una base de datos para el análisis estadístico y cualitativo correspondiente.
- 6) Se utilizó la estadística descriptiva haciendo uso de frecuencias y tablas de análisis, para elaborar un análisis cuantitativo y cualitativo del fenómeno, es decir, del impacto del servicio en el paciente tanto a nivel individual como familiar.
- 7) A través de los datos que se encentraron en los formatos de entrevista se obtuvo un panorama general en cuanto a los datos sociodemográficos. De esta información se tomaron ejes de análisis que reflejan mejor las condiciones de la población que asiste al Centro como: número de integrantes de la familia (que vivan juntos), las condiciones en las que viven (casa propia, rentada, prestada, terreno común, etc.), ingreso mensual y antecedentes en cuanto a otros tratamientos.
- 8) Con la información que se obtuvo a través de los seguimientos se formaron otros ejes de análisis que tienen que ver más con la atención clínica y la percepción del Centro en general tales como: promoción del servicio, calidad de los servicios prestados, recomendación del Centro, entre otros.

Las personas a las que se les realizaron las entrevistas fueron las que, con base en los datos encontrados en los expedientes tenían posibilidad de ser localizadas y posteriormente mostraron disposición para contestar la entrevista en cualquiera de las dos formas.

Estas entrevistas se realizaron prácticamente durante diciembre, enero y principios de febrero, estableciendo, en primera instancia el contacto vía telefónica y posteriormente, las personas que accedieron a la entrevista personal se les citó en las instalaciones del Centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos en la prestación del servicio social en esta institución, se pueden ver en el cumplimiento de los objetivos personales e institucionales.

Los objetivos personales, fueron alcanzados completamente, pues al poner en práctica los conocimientos y poder adquirir otros, me pude desarrollar profesional y éticamente gracias a la experiencia en la atención clínica lograda en este Centro. Esto, a través de la supervisión, cursos de formación y actividades tales como: realización de entrevistas, aplicación de pruebas, intervención, canalización, por mencionar algunas.

Así mismo, los objetivos del CCAP "Los Volcanes" fueron logrados, ya que contribuyó a mi formación profesional participando en actividades preventivas, de psicoterapia y de investigación. También favoreció al desarrollo de diferentes competencias en mi formación y a la práctica de éstas en un escenario real. Con la participación en las diferentes actividades se ayudó en parte, al fomento de la salud mental en esta comunidad, buscando la participación activa de la misma, en la solución de estos problemas buscando propuestas de intervención adecuadas desde el punto de vista psicológico.

A través de la investigación desarrollada, se colaboró con uno de los objetivos del Centro que es el de fomentar actividades de investigación. Específicamente con este trabajo, lo que se buscó fue retroalimentar los diferentes programas a través de las propuestas que serán expuestas más adelante, por lo que se cumplió también este objetivo. A continuación se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos que se encontraron, para que, a través de ellos se pueda ver más claramente algunos logros.

Se reportan los resultados a partir de tres tipos de información:

1. Datos recuperados a través de los expedientes y registro de usuarios atendidos durante el primer año de actividades del CCAP "Los Volcanes".
 2. Evaluación de la atención clínica dada por los usuarios que respondieron la entrevista de seguimiento.
 3. Reingresos.
- 5.1 Datos recuperados a través de los expedientes y registro de usuarios atendidos durante el primer año de actividades del CCAP "Los Volcanes".

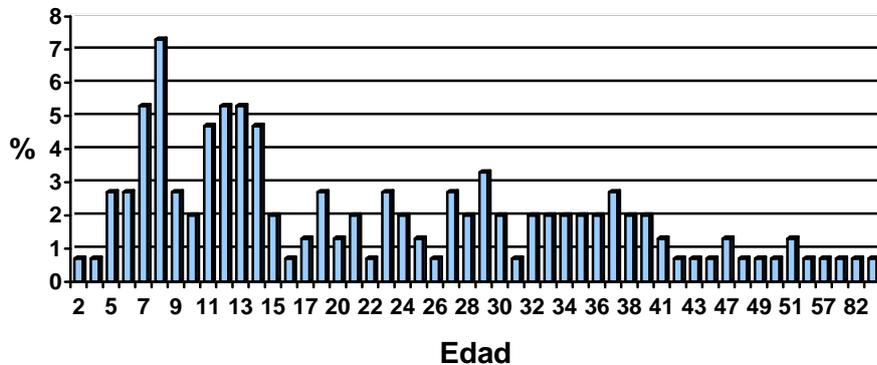
Los datos se obtuvieron, en primera instancia, de la información contenida en el registro de usuarios. Sin embargo, fue necesario hacer el análisis de los 153 expedientes manualmente, para rescatar datos como: el tipo de intervención, otro tipo de tratamientos (psicológicos o médicos), tipo de vivienda, ingresos y datos que no se encontraban en el registro de usuarios, debido a diferentes circunstancias, pues al ser el primer año de actividades de este Centro (Agosto 2005 - Agosto 2006) no había un procedimiento único para el llenado de formatos y registro de usuarios. Se observó que había algunos expedientes faltantes, que en otros la información estaba incompleta o poco clara, y algunos en los que la única información era el formato de entrevista inicial (incompleto).

5.1.1 Sexo, edad y estado civil de los usuarios.

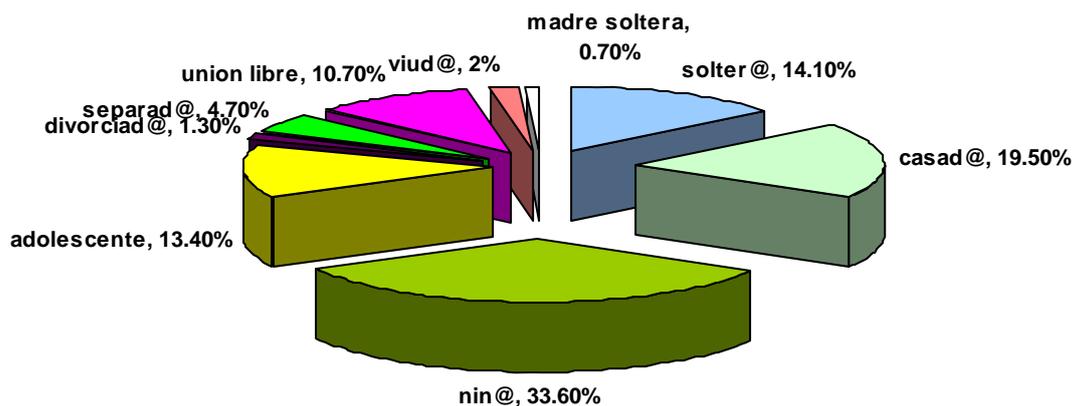
De los 153 casos recibidos durante el primer año de actividades del CCAP "Los Volcanes" se encontró que el 60.5% de la población son mujeres, mientras que un 38.2% son hombres, y finalmente encontramos sólo un caso de familia y otro de pareja como tales.

Las edades de los pacientes que asistieron al Centro oscilan entre los 2 y los 86 años de edad, concentrándose mayoritariamente entre los 7 y 14 años (36.6%), rango en el cual se encuentra

la edad con mayor porcentaje, 8 años con 7.2%. Lo anterior se ve reflejado también en el estado civil, donde se hizo una categoría para los niños y adolescentes, y se observa que son los niños la población más representativa con un 33.6% (Gráfica 1 y 2).



Gráfica 1. Porcentaje por edad de las personas atendidas durante el primer año de actividades.



Gráfico

2. Estado civil en porcentaje de los pacientes recibidos durante el primer año de actividades.

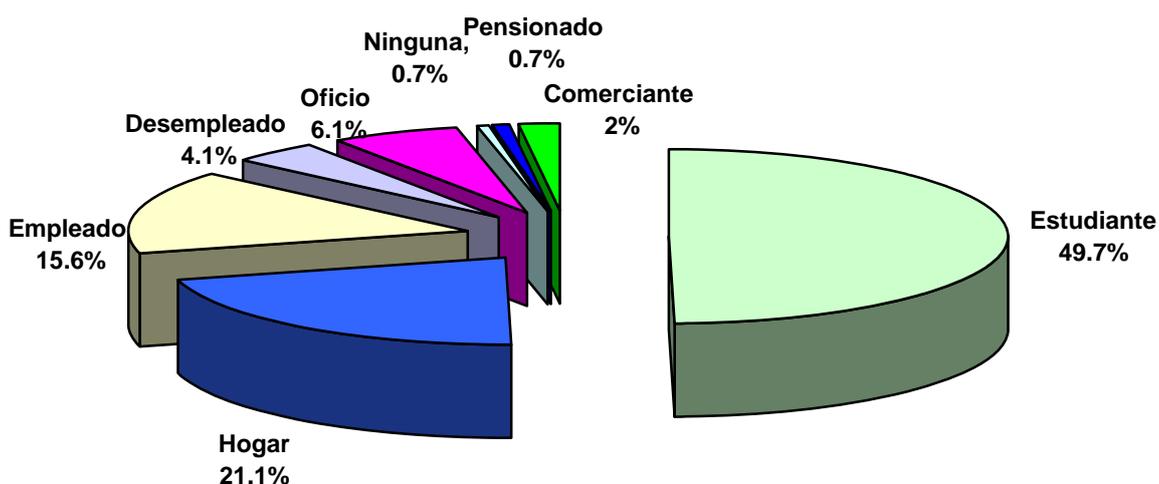
5.1.2 Escolaridad.

Fluctuó entre ninguna instrucción y nivel licenciatura. Como es de esperarse, por tener población muy joven, la escolaridad que predominó fue la primaria con un 35.7%, seguida por la

secundaria y el bachillerato completos (con un 28.7 % y 9.8% respectivamente). El cuarto lugar lo ocupa la carrera técnica, que es relevante pues, por el nivel socioeconómico, se puede suponer que hay menos oportunidades para tener un mejor nivel educativo. Se encontró, incluso que hay pacientes con nivel licenciatura completa e incompleta (6.5%) y los que menos se observaron fueron las personas sin ninguna instrucción (1.4%) y solo un caso con curso para leer y escribir.

5.1.3. Ocupación

Casi el 50% de los usuarios son estudiantes, mientras que el 21.1% se dedica al hogar y un 15.6% son empleados. También dentro de los usuarios se encuentran con bajo porcentaje: desempleados, pensionados, comerciantes y personas que desempeñan algún oficio por su cuenta propia (Gráfica 3).



Gráfica 3. Ocupación de los usuarios del CCAP "Los Volcanes"

5.1.4 Número de integrantes por familia y tipo de vivienda.

Las familias en esta comunidad, en promedio son de cinco integrantes, no obstante, se registraron personas que viven solas y personas con familias de 10 integrantes. El tipo de

vivienda de estas personas es mayoritariamente casa propia o de los padres, también viven en casas prestadas o en terreno común y el tipo de vivienda que menos se presenta es departamento o casa rentada y cuarto. Sin embargo, se puede observar en la comunidad, que los materiales con los que las casas son construidas son de mala calidad y además, que gran parte de estas, se encuentran en obra negra.

5.1.5 Ingreso Mensual.

En lo referente a los ingresos mensuales, se pudo observar que la gran mayoría de los pacientes omiten esta información, esto tal vez por temor a ser evaluados económicamente para establecer las cuotas o simplemente debido a la inseguridad que en general se percibe en la sociedad. De las 47 personas que proporcionaron esta información, se observó que el ingreso mínimo es de 300 pesos y el máximo es de 9000 pesos. En promedio las familias de esta comunidad tienen un ingreso mensual de 3000 pesos. Esta información nos sugiere que, efectivamente el nivel socioeconómico, pues en promedio el gasto familiar es de 100 pesos por día.

5.1.6 Motivos de Consulta

Los motivos de consulta por los que los pacientes requieren los servicios de este Centro (expresados por ellos mismos) se observa que son muy diversos, las categorías fueron múltiples dada la complejidad de los mismos, por lo que fue difícil agruparlos; aparecieron 35 categorías entre las que destacan los problemas de conducta con un 11.8% y condiciones vividas como duelos o pérdidas (separación de la pareja, de los padres o no especificado) igualmente con un 11.8%, en segundo lugar están los problemas de pareja (9.2%), seguidos por los problemas familiares (8.5%) y depresión (7.2%). El porcentaje de ocurrencia de los 30 motivos de consulta restantes va de uno a cinco casos por cada uno (Tabla 2).

MOTIVOS DE CONSULTA	N. de casos	Porcentaje
problemas escolares	6	3.9
problemas de conducta	18	11.8

problemas de pareja	14	9.2
abuso sexual	9	5.9
depresión	11	7.2
duelo	18	11.8
enuresis	5	3.3
problemas familiares	13	8.5
baja autoestima	6	3.9
problemas escolares y de conducta	8	5.2
la demanda no corresponde	2	1.3
problemas de adaptación	1	.7
alcoholismo	3	2.0
orientación	5	3.3
agresividad	1	.7
problemas de atención	3	2.0
ansiedad	3	2.0
problemas emocionales	2	1.3
violencia familiar	2	1.3
problemas alimenticios	2	1.3
problemas con la sexualidad	2	1.3
agresividad con problemas de atención	1	.7
receptora de violencia	3	2.0
problemas de lenguaje	1	.7
problemas del desarrollo motor	1	.7
drogadicción	2	1.3
problemas de aprendizaje	1	.7
problemas del desarrollo motor	1	.7
dificultad para relacionarse con los hombres	2	1.3
maltrato infantil	1	.7
problemas con la figura materna	2	1.3
poca tolerancia	1	.7
irritabilidad	1	.7
problemas de aprendizaje y del desarrollo motor	1	.7
problemas de lenguaje y desarrollo motor	1	.7

Total	153	100.0
-------	-----	-------

Tabla 2. Motivos de consulta durante el primer año de actividades del CCAP "Los Volcanes"

5.1.7 Relación entre motivo de consulta, edad y sexo

Como se mencionó, los niños son la población que más acude al Centro, sin embargo, es importante destacar algunos aspectos que tienen que ver con los grupos de edad, los motivos de consulta y el sexo.

Los motivos de consulta por los que principalmente los niños llegan al CCAP "Los Volcanes" son: problemas de conducta, escolares y familiares, aunque también llama la atención que se presentan por depresión, enuresis y abuso sexual. En este grupo de edad, el sexo que predomina es el masculino.

En lo que se refiere a los adolescentes, los motivos de consulta, al igual que los niños, son esencialmente: problemas de conducta, escolares y familiares. Sin embargo, otros motivos que se muestran pero en menor frecuencia son: enuresis, baja autoestima, problemas de la conducta alimentaria, situaciones vividas como duelos y abuso sexual.

En el grupo de los adultos predominó el sexo femenino, y los motivos de consulta cambian drásticamente con respecto al de los niños y adolescentes, y básicamente fueron: problemas de pareja, violencia familiar (incluyendo receptoras de violencia), depresión, abuso sexual y situaciones vividas como duelo. Se presentan, aunque en menor proporción: drogadicción y alcoholismo, no obstante, es importante hacer notar que los hombres fueron los que llegaron con este tipo de demandas.

5.1.8 Otros Tratamientos (actuales o previos)

De los 153 casos recibidos, se tiene registro que 40 de estos estaban llevando un tratamiento médico al momento de solicitar el servicio. Las razones por los que llevaban este tratamiento fueron principalmente: gastritis, diabetes, migraña, depresión, lupus, "nervios" y 2 casos por

hipertensión y triglicéridos altos. Enfermedades que en su mayoría presentan una relación directa o indirecta con problemas de tipo psicológico.

En lo que se refiere a tratamientos psicológicos recibidos antes de asistir a este Centro se encontró que, 38 pacientes lo había recibido. Específicamente 11 de estos fueron atendidos en la práctica privada (individual, grupal o familiar), 4 tenían un tratamiento psiquiátrico (como paciente o familiar) y de igual forma 4 en Alcohólicos Anónimos (AA). Los casos restantes son de menor frecuencia y están relacionados con problemas escolares como estudios psicológicos o atención en CAPEP.

5.1.9 Tipo de tratamiento, número de sesiones y *status* de los pacientes.

En promedio, el número de sesiones que los pacientes tienen en el CCAP "Los Volcanes" son 5, y los rangos en cuanto a éste van de 1 a 17. Sin embargo, encontramos que el 24.3% de los pacientes solo asistió a 1 sesión y conforme aumenta el número de sesiones el porcentaje decrementa. Esta información se relaciona estrechamente con el *status* de los pacientes, pues el 25.4% de los pacientes no regresó (pacientes con más de una sesión) y por tanto, se les dio de baja por inasistencia, pero también se observa en segundo lugar que los pacientes son dados de alta por mejoría con un 19% y en tercero se encuentran las deserciones con un 17.5%(pacientes que solo asistieron a la entrevista de primera vez). Se observa también que se hacen canalizaciones a otras instituciones en un 15.9% y que algunas de las razones por las que los pacientes dejan de asistir son por: incompatibilidad de horarios, cambio de residencia, o simplemente porque la demanda no correspondía. Mientras que el 24% restante tuvieron evaluación y/o proceso terapéutico con más de 5 sesiones.

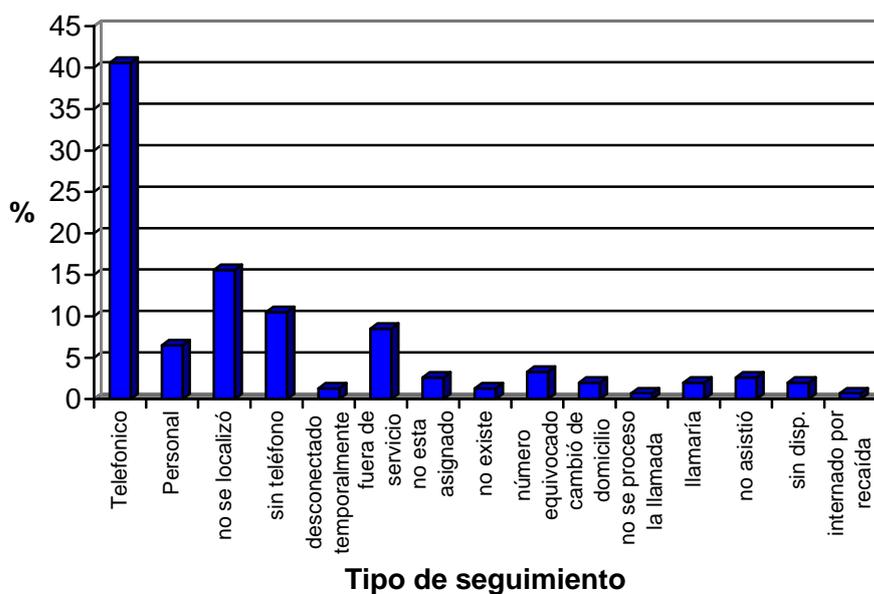
5.2 Evaluación de la atención clínica a través del seguimiento de los usuarios

Es importante recordar que el seguimiento se hizo en los casos que la información lo permitió. El primer contacto se estableció vía telefónica y fue así como se hacía la invitación a responder la entrevista en cualquiera de las dos formas: telefónicamente o personalmente.

Telefónicamente se respondió en ese mismo momento, o en los casos que no se contaba con el tiempo para hacerlo, se tuvo que establecer día y hora en la que pudieran hacerlo. El seguimiento personal, en la mayoría de los casos se tuvo que adaptar la cita al día y horario en el que los usuarios mostraban disposición.

5.2.1 Tipo de seguimiento

De los 153 casos, se realizaron 72 seguimientos, 62 se realizaron telefónicamente y solo 10 personalmente. Las razones por las que no se pudo hacer seguimiento en los casos restantes son variadas y van desde que no se localizaron, hasta que cambiaron de domicilio (Gráfica 4). El hecho de que se haya respondido más a la entrevista vía telefónica es porque las personas entrevistadas expresaban que no tenían disponibilidad de horarios (la mayoría eran amas de casa).



Gráfica 4. Tipo de seguimiento realizado a los pacientes recibidos durante el primer año.

5.2.2 Descripción de los participantes en el seguimiento

De las 72 entrevistas realizadas, más del 50% (42) fueron respondidas directamente por la persona que recibió el tratamiento y en los 30 casos restantes respondieron l@s tutores de los niños que fueron atendidos, siendo las madres principalmente las que los hicieron.

5.2.2.1 Sexo y edad.

La mayoría de las personas que contestaron las entrevistas de seguimiento fueron mujeres, pero ahora con un porcentaje mayor, comparado con la información recabada a través de los expedientes (90.3%), contestando solo 7 hombres (9.7%).

Las edades de quienes respondieron al seguimiento fluctuaron entre los 15 y 60 años, concentrándose mayormente en los treinta, esto es porque se prefirió que en los casos de menores de edad fueran las madres quienes contestaran.

5.2.2.2 Escolaridad.

La escolaridad en promedio fue la secundaria con un 27.8%, seguida por la primaria y licenciatura (con 13.9% respectivamente), sin embargo, el 45 % restante se distribuye en los diferentes niveles como bachillerato completo e incompleto, carrera técnica y ninguna instrucción.

5.2.2.3 Estado civil y ocupación.

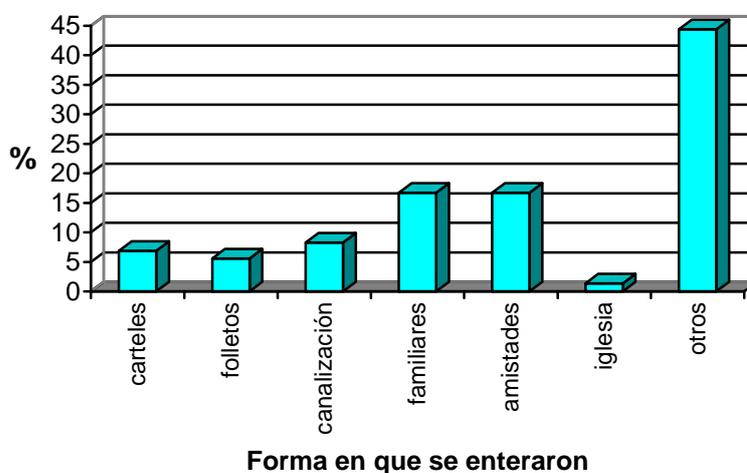
El 59.7% de las personas que respondieron refirieron ser casad@, mientras que el 19.4% dijeron ser solter@s, un 11.1% vive en unión libre, el 8.3% son separad@s y 1 persona que reportó su estado civil como madre soltera. La ocupación que más se presentó fue la de ama de casa (47.2%), lo cual se entiende, al participar más mujeres en esta muestra, sin embargo, también se pueden ver emplead@s (31.9%) y comerciantes (12.5%).

5.2.3 Motivo de consulta reportados por el usuario.

Las personas entrevistadas reportaron haber solicitado el servicio principalmente por: problemas de conducta en los diferentes entornos (escuela, familia y amigos); depresión; problemas familiares; condiciones vividas como duelos o pérdidas; y problemas escolares.

5.2.4 Promoción del servicio.

La forma en la que los pacientes se enteraron del CCAP “Los Volcanes” fue principalmente por familiares y amigos, aunque la mayoría de respuestas se concentraron en la categoría de *otros*, donde explicaban que viven cerca, pasaban o trabajan por allí (Gráfica 5).



Gráfica 5. Medios por los que se enteraron del CCAP “Los Volcanes” las personas con seguimiento.

5.2.5 Percepción de respuesta a su problema.

La mayoría de personas entrevistadas consideraron que sí recibieron respuesta a su problema en este Centro (69.4%), mientras que un tercio de esta muestra creen que no se les dio respuesta (30.6%).

En el análisis cualitativo, en cuanto a la percepción de haber recibido respuesta, se encontró que las razones por las que las personas consideraron haber recibido una respuesta, fue principalmente porque se sintieron apoyadas, tranquilas y que recibieron ayuda, explicando que hubo cambios en su comportamiento y entorno con resultados vigentes¹. En cuanto a las personas que consideraron no haber recibido respuesta a su problema, se observan circunstancias que tienen que ver con las resistencias del paciente como: el no haber visto cambios; considerar que no se les atendió en el número de sesiones “suficientes” o considerar que la persona que los atendió era muy joven; y aún así, llama la atención que dentro del discurso se pudo detectar que las personas percibieron cambios². Solo en uno de los casos se

¹ “siento que puedo ver otro punto de vista, el ver que a tu problemas hay varias respuestas y no solo una”

² “no veía cambios, en algunas cosas, no del todo”

valoró de forma negativa el servicio, debido a que se requirió la presencia de los padres como algo primordial por cuestiones legales, razón por la cual se califica al Centro como "injusto".

5.2.6 Tratamiento psicológico recibido.

El tratamiento psicológico recibido en el Centro fue valorado como adecuado por el 55.7% de los entrevistados, mientras que el 28.6% consideró el servicio como muy adecuado, el 14.3% como poco adecuado y solo una persona lo percibió como nada adecuado.

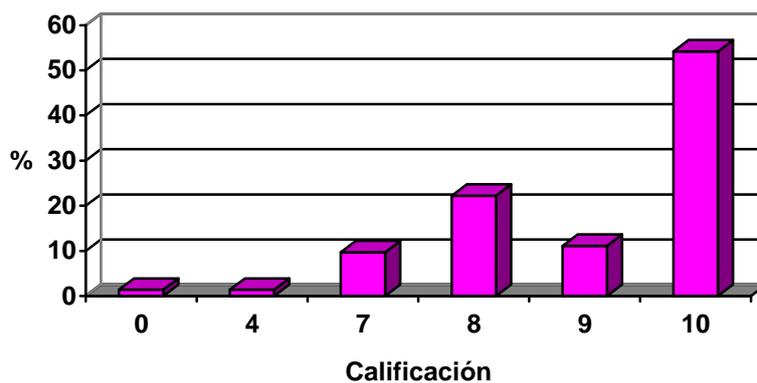
De las 9 personas entrevistadas que sólo acudieron a la entrevista inicial, su comentario con respecto a esa única ocasión fue que, 6 de estas percibieron haber tenido una aportación *regular* con respecto a su problema, 2 percibieron que se les aportó poco y solo una cree que nada.

5.2.7 Motivos por los que dejaron de asistir al Centro.

Las razones por las que dejaron de asistir fueron principalmente: que finalizaron el tratamiento (31.9%); y *otros* (25%). En esta última categoría comentaban: motivos de trabajo, problemas económicos o que simplemente dejaron de asistir. En tercer lugar se encontró la canalización (18.1%), seguido por personas a las que no les agradó la atención o que tuvieron incompatibilidad con los horarios del CCAP "Los Volcanes".

5.2.8 Calidad del tratamiento psicológico

La calidad del tratamiento psicológico recibido es calificada por más del 50 % con 10, y decrementa gradualmente hasta observar que solo una persona la califica con cero (Gráfica 6).



Gráfica 6. Percepción de la calidad del tratamiento psicológico recibido

5.2.9 Situaciones que facilitaron o dificultaron la asistencia al Centro.

En lo que se refiere a las circunstancias que se percibieron como facilitadores u obstáculos de la asistencia a Centro se encontraron algunos contrastes.

En primer lugar, las circunstancias que facilitaron la asistencia en algunos casos fue: lo económico, los horarios, la ubicación, la atención, la confianza y cuestiones personales como: el apoyo familiar; la flexibilidad en los horarios de trabajo y "el empeño personal".

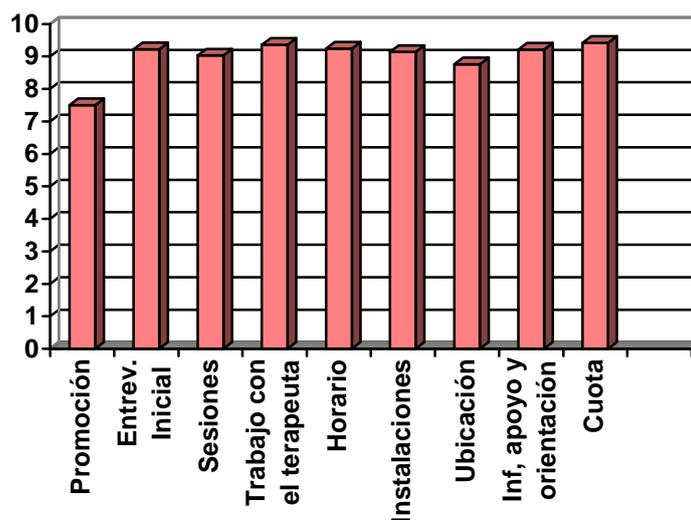
Lo que se reportó como dificultades fue, también, lo económico, el horario por cuestiones laborales o escolares, la falta de confianza y razones personales como: actitud negativa del esposo con respecto a su asistencia, la tarea de la escuela y "la falta de empatía".

5.2.10 Valoración de los servicios que el Centro brinda.

Los aspectos que se calificaron sólo de forma numérica fueron: la promoción y propaganda del Centro; entrevista inicial; número de sesiones; trabajo con el terapeuta; horario; instalaciones y ubicación del Centro; información, apoyo y orientación por parte del terapeuta; y la cuota. Esta información se observa mejor en la gráfica7, donde en promedio, las calificaciones son altas.

Tomando en cuenta que los rangos para calificar los servicios eran de *deficiente* a *muy adecuado*, se puede decir que los servicios que brinda el CCAP "Los Volcanes" son calificados ente *adecuados* y *muy adecuados*.

Los únicos aspectos que fueron calificados más bajos, con respecto a los demás, fueron la promoción y la ubicación. Sin embargo, si se relaciona esta información con la forma en la se enteran de los servicios del Centro, se entiende que es por medios "externos" y no directamente.



Gráfica 7. Calificaciones dadas a los diferentes Servicios brindados por el CCAP "Los Volcanes"

5.2.11 Posibilidad de acudir nuevamente al Centro en el futuro.

De las 72 personas entrevistadas, 69 indican que sí acudirían al Centro si presentaran un conflicto que requiriera de atención psicológica y solo 3 no lo harían.

Los argumentos que dan al explicar el por qué acudirían al Centro nuevamente son: principalmente que al conocer el trabajo tiene confianza y sintieron apoyo, porque les agradó la

atención, pues la consideran profesional y para ello dan ejemplos de su experiencia³. Las personas que consideraron que no regresarían al Centro explicaron que no lo harían por sentir que no le dieron respuesta a su problema y una de ellas reporta que prefiere la acupuntura, pues “ahí encontró mucha ayuda”.

5.2.12 Recomendación del Centro.

Recomendar el Centro en el futuro, solo a una persona no le pareció lo más adecuado, pues dijo, sería “una invitación que no haría”. Los 71 casos restantes consideraron recomendar el Centro en el futuro e incluso algunas personas reportaron haberlo hecho con familiares y conocidos. Explicaron que recomiendan o recomendarían el Centro, nuevamente, basándose en la experiencia personal, y exponiendo aspectos que también ya se había discutido como el horario, la cuota, el trato y la ayuda.

5.2.13 Sobre la importancia del seguimiento.

La mayoría coincidieron en que es conveniente realizar las entrevistas de seguimiento. Sólo una persona cree que deberían realizarse en casos específicos de personas que concluyeron su tratamiento, pues desde su punto de vista “serviría para saber como ha evolucionado”. La información de las personas que creen que es recomendable realizar las entrevistas de seguimiento se concentra básicamente en dos vertientes:

- La primera y principal es que los usuarios consideran que se retroalimenta el servicio. Además comentan que sirven para saber como se esta llevando a cabo el trabajo, mejorarlo, tomar en cuenta las opiniones, saber si esta funcionando y, en general, para evaluar el Centro y el trabajo de los terapeutas.
- La segunda remitió al usuario a sus propias necesidades, y cómo a través de estas entrevistas se dieron cuenta de lo importante que sería continuar con tratamiento psicológico, en el caso de quienes lo abandonaron, e incluso en el caso de personas que

³ “por su ubicación y costos, y porque se que sí me brindarían el servicio”.

fueron dadas de alta y que ahora presentan nuevas problemáticas. También hubo personas que se mostraron “motivadas” para regresar al Centro (preguntando horarios, cuotas y teléfono), pues decían “se nota que hay interés en el paciente”.

5.2.14 Propuestas para el seguimiento.

Las sugerencias para realizar las entrevistas proponen una flexibilidad en el procedimiento, pues el 54.2% de las personas entrevistadas recomendaron, que al igual que en esta ocasión, se diera la posibilidad de acudir personalmente o se respondiera vía telefónica. Aunque también hubieron quienes recomendaron la entrevista personal únicamente (34.7%) y la vía telefónica (11.1%).

En lo que se basaron los entrevistados que opinaron que es más conveniente realizar las entrevistas vía telefónica fue, básicamente el tiempo, pues consideran que “es práctico y tienen el mismo contenido”.

En este punto se observaron algunas divergencias, pues hubieron quienes opinaron que vía telefónica se es más fácil establecer confianza, mientras que otros creen que personalmente.

En la opción de realizarlas personalmente, se plantea que se puede tener más confianza, pues al ser cuestiones personales, consideran importante saber con quién se está hablando además de que se puede explicar más a fondo, plantear dudas y que se puedan dar posibles soluciones.

Los argumentos utilizados para plantear la posibilidad de que se efectúen las entrevistas dando opciones (vía telefónica y personalmente), es porque consideran que el tiempo y el horario son situaciones que influyen para tomar una decisión con respecto a la forma que se contestará. Saben que es importante que se realicen y por ello proponen cualquiera de las dos formas.

5.2.15 Sugerencias y comentarios.

De los 72 entrevistados solo 42 hicieron sugerencias y/o comentarios. Las sugerencias resultaron ser interesantes y propositivas. Estas fueron principalmente relacionadas a los horarios y promoción del Centro.

La propuesta de tener o cubrir el horario vespertino e incluso los fines de semana⁴, fue uno de los puntos más importantes, ya que no sólo fue mencionado aquí, sino a través de la entrevista.

La promoción se consideró significativa, pues reportan que hay gente que no sabe de la existencia del Centro y por ende, su localización. Aquí proponen que se realice en las escuelas e incluso se busque algún tipo de enlace para realizar actividades conjuntas como talleres.

También se resalta la necesidad de informar que “las terapias son breves”, lo cual hace referencia al tipo de procesos que son llevados en el Centro, (estas opiniones fueron dadas por personas que desde su punto de vista el tiempo que tuvieron de tratamiento no fue el adecuado).

Se opinó acerca de la forma de trabajo, donde 5 personas se refirieron a la entrevista inicial⁵ y al seguimiento de pacientes⁶. Además de que se pide contar con servicios especializados como terapia de pareja (con el que actualmente se cuenta) o la formación de grupos y talleres.

Finalmente, y no por ello menos importante, hay usuarios que felicitaron al Centro y los terapeutas por el trabajo realizado, así como por los seguimientos, pues se sienten agradecidos y tomados en cuenta.

5.3. Reingresos.

Como se mencionaba, algunas personas al ser entrevistadas se mostraron interesadas en retomar su tratamiento o regresar al Centro con alguna otra demanda.

De los 10 entrevistados personalmente, nueve dijeron haber accedido a esta forma porque querían exponer nuevamente sus casos. A todos ellos se les dieron sugerencias e información con respecto a sus dudas.

⁴ “es importante generar un horario vespertino, facilitaría la asistencia y el seguimiento del tratamiento”.

⁵ “no bombardear con tantos cuestionarios en la primera sesión, sino permitir que el paciente hable de sus problemas”.

⁶ “basándome en mi experiencia, sería importante que cada terapeuta que va a terminar tenga un seguimiento a cada paciente”

Dos de las personas entrevistadas fueron canalizadas al Grupo Psicoterapéutico que se lleva a cabo en el Centro, en el que actualmente continúan. A una persona se le canalizó con una de las especialistas para seguir trabajando un proceso de duelo por pérdida de la salud y una parte de su cuerpo. Mientras que otro de los casos en el que también se canalizó con una terapeuta y retomó el proceso, actualmente se reporta que dejó de asistir después de dos sesiones.

Y finalmente, cuatro personas a las que se les recomendó retomar su tratamiento al estudiar el caso, fueron canalizadas con terapeutas, accedieron e hicieron cita, pero no asistieron.

CONSIDERACIONES FINALES

El objetivo del servicio social en cuanto a la formación profesional fue que a través del desarrollo del mismo, se pusieran en práctica las capacidades y habilidades que durante la carrera de Psicología se van fomentando, además de apoyar el desarrollo de otras con las que el estudiante no contara. En este sentido puede decirse que:

Específicamente, el objetivo del IPSS fue, hacer una aportación al CCAP "Los Volcanes", con base en las necesidades detectadas durante la prestación de servicio social.

Los datos que se obtuvieron acerca del tipo de usuarios realizada a través de 153 expedientes permitieron contar con una visión más amplia respecto a las características de la población que asiste al Centro (tanto sociodemográficas, como específicas con respecto a las características psicológicas propiamente), para así tener una perspectiva general de la población y en la que se puede ver el impacto de la intervención realizada a partir de la instalación del mismo. En este sentido De la Fuente, Medina y Caraveo (1997) mencionan, que para emprender acciones preventivas en el campo de la salud mental, es necesario conocer las características de los problemas y su incidencia para planificar acciones efectivas.

El nivel socioeconómico efectivamente refleja la marginalidad de la población, pues son familias con ingresos económicos bajos, que a veces son muy extensas y que las condiciones con respecto a sus viviendas de la misma forma son precarias. Asimismo, de la población que acude al Centro y es económicamente activa, solo una cuarta parte tiene un empleo fijo, en el cual se tienen ingresos más estables, mientras que las tres cuartas partes restantes no perciben un sueldo o remuneración, o tiene ingresos muy inestables por el tipo de ocupación (oficios). Esto se relaciona con lo que Contreras (et al, 1997) menciona, pues al no estar cubiertas o solo parcialmente las necesidades básicas (como: vivienda, alimentación, educación, etc.), esto repercute en la salud psicológica e integración social de los individuos.

Si tomamos en cuenta que la mejoría de las condiciones sanitarias de las poblaciones y su educación en materia de salud, son en sí mismas un instrumento poderoso para cambiar las condiciones socioeconómicas (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997), y que por el contrario en esta población la educación y el acceso a los servicios de salud es bajo, esto se torna como un obstáculo que se tiene que superar y enfrentar con todos los medios disponibles. En este caso, el Centro a través de talleres, conferencias y trabajo comunitario contribuye a la educación en

salud mental, dando la pauta para buscar ese cambio que se espera, en las condiciones de la comunidad.

Los usuarios son, mayoritariamente niños y adolescentes, razón por la que los motivos de consulta más frecuentes son relacionados con el desempeño escolar. Sin embargo, esto no quiere decir que no se presenten otro tipo de problemáticas al mismo tiempo (como por ejemplo: violencia familiar, abuso sexual, depresión, etc.), por lo que es importante poner atención en esta comorbilidad y atender de forma acertada las problemáticas sin minimizar o magnificar algún síntoma.

Ahora se sabe más acerca del tipo de usuarios del Centro, que la población y los problemas van mayormente relacionados con la población infantil y problemas escolares, lo que sugiere una mayor atención a esta población, un trabajo enfocado a un diagnóstico adecuado para un tratamiento o canalización en la misma línea.

En general la población femenina es la que principalmente solicita el servicio en el CCAP, sin embargo, en la población infantil la demanda se da de manera más equitativa en cuanto a género, mientras que en los adultos la tendencia se inclina por las mujeres. Esto refleja un poco de la cultura mexicana, en la que a la mujer se le permite más hablar de sus problemas, mientras que a los hombres no se les permite o se les reprime.

Es importante destacar la detección de otro tipo de tratamientos actuales o previos en esta población, pues como se ha mencionado, por la marginalidad de esta comunidad es muy difícil acceder a los servicios de salud. La mayor parte de los tratamientos médicos que se encontraron, son los relacionados con enfermedades que directa o indirectamente tienen que ver con problemas del tipo psicológico (como la migraña y gastritis). El tipo de tratamientos psicológicos recibidos antes de llegar al Centro son muy generales pues en su mayoría, son relacionados con evaluaciones psicológicas o pequeñas intervenciones por problemas en el desempeño escolar, sin embargo, se encontraron algunos casos con un trabajo más específico como terapia familiar o grupal e incluso participación en tratamientos psiquiátricos

Asimismo, el poco acceso a los servicios de salud es un factor importante que ayuda a entender el por qué de la salud psicológica en esta comunidad (la complejidad de los casos). Sin embargo,

cabe mencionar lo que Ballesteros (et al, 2004) dicen al respecto, pues las personas pueden jugar un papel activo y responsable o pasivo e irresponsable en lo que se refiere a la propia salud. En estos seguimientos se reflejó lo activo o pasivo que pueden llegar a ser los miembros de esta comunidad, movidos sí por una demanda personal, pero que en el transcurso del proceso dejaron de lado el tratamiento, actuando tal vez de manera no muy responsable.

Las valoraciones que los usuarios dieron en los seguimientos nos permiten ver, que la atención psicológica brindada en este Centro se considera tanto *adecuada* como *muy adecuada*. Sin embargo, también se observan datos que sugieren trabajar más en algunos aspectos como: la importancia del trabajo realizado desde la entrevista inicial y el manejo de la información necesaria en los expedientes clínicos dentro de la institución, por poner algunos ejemplos.

Evidentemente hay usuarios que solo asisten una vez o dejan de hacerlo después de dos o tres sesiones sin motivos aparentes, habría que trabajar en supervisión clínica sobre qué es lo que esta pasando, si el trabajo realizado no se esta llevando de la mejor manera, o simplemente son las resistencias del paciente y dejarlo así asentado en el expediente. Personalmente creo que es multicausal el hecho de que un paciente deje de asistir, no obstante, al estar al tanto de las condiciones de esta población, es necesario que se plantee una forma de trabajo que permita tener una intervención oportuna desde la primera sesión.

La difusión por parte del Centro se ha hecho a través de carteles, folletos, trípticos, mantas e invitaciones por medio del contacto con líderes de la comunidad. A pesar de ello, los usuarios reportan haber llegado al Centro por recomendación de algún familiar o amigo y por otras circunstancias, lo que podría sugerir la necesidad de trabajar más en la difusión. Aún así, el hecho de que el trabajo clínico realizado en el Centro hable por sí mismo y sirva para promoverlo, es un aliciente para que la promoción se maneje como hasta ahora, pues además no es posible cubrir todas las áreas o atender un número mayor de pacientes debido a que el personal de planta es el de servicio social y a que se cuenta con pocos terapeutas docentes para brindar un servicio de atención especializada.

En general, fue bien visto el seguimiento por parte de los participantes, reflejando así que la evaluación de la atención clínica es una necesidad mutua, pues se reconoció que el resultado de esto sería en beneficio del Centro, pero también para todo aquel que demande sus servicios.

El apoyo en el archivo clínico del CCAP "Los Volcanes" para recabar información más precisa de los usuarios, da la pauta para proponer una reestructuración del manejo de éste. El hecho de que faltaran expedientes o información de los mismos indica que hace falta un formato que contenga la información básica de cada expediente, el cual será llenado al cerrar el expediente (bajo cualquier circunstancia: alta, baja, canalización) para que de manera breve contenga los datos más relevantes sobre el proceso y situación actual del caso. Para facilitar el trabajo del personal que en futuro colabore y que en caso de desarrollar una investigación, o simplemente para retomar un caso, y que el trabajo sea de calidad y se optimice el tiempo.

Los usuarios hicieron sugerencias que resaltan la demanda de cubrir un horario vespertino, que permita cubrir a una mayor parte de la población. Se sabe que actualmente se cuenta con poco personal académico (5 maestras y 5 prestadoras de servicio social), por lo que por el momento es irreal la posibilidad de cubrir otro horario que no sea el establecido. Tal vez en el futuro sea posible cubrir esta demanda, siempre y cuando se cuente con más profesionales de la Facultad de Psicología que quieran unir esfuerzos y colaborar en la gran labor que este Centro tiene.

Relacionado con lo anterior, está el hecho de que las instalaciones del Centro están reducidas, por lo que en algunas ocasiones no se ha tenido la capacidad para atender a la población en horarios que se saturan¹. Así, que, para considerar la posibilidad de atender un mayor número de personas, hay que tomar en cuenta estas deficiencias en los espacios y en cuanto a personal.

Se puede decir, que este Centro trabaja prácticamente en el primero y segundo nivel de prevención, señalados por De la Fuente, Medina y Caraveo (1997). El primer nivel es cubierto a través de los talleres, conferencias y el trabajo de difusión del Centro con el cual se informa acerca de lo que es el Centro y del trabajo de los psicólogos. Pues como ya se mencionó la prevención primaria implica el contacto con los individuos, las familias y la comunidad, con acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos a través de procedimientos específicos de promoción y educación para la salud (Flores, 2005). Con respecto al segundo nivel, por la forma de trabajo del Centro es el nivel en el que más se enfoca, pues con la detección y diagnóstico adecuado de las problemáticas, se da un tratamiento oportuno para disminuir la prevalencia de la enfermedad, reducir la evolución y duración de la enfermedad. Y si en este punto tomamos en cuenta lo que De la Fuente, Medina y Caraveo (1997) refieren, se sabrá que al trabajar en estos dos niveles

¹ Durante la realización de las entrevistas de seguimiento personalmente, hubo una ocasión en la que no había espacio para su aplicación.

principalmente hay posibilidades de establecer contacto con algunos de los problemas más frecuentes y contender con ellos.

Estas actividades preventivas que se desarrollan en el Centro de manera individual, a la larga, como mencionan nuevamente De la Fuente, Medina y Caraveo, (1997) serán más eficientes y efectivas, a pesar de hacerlo después del inicio de la enfermedad.

La importancia de esta investigación radica en que la evaluación resulta fundamental en todo tipo de programa de asistencia clínica y por lo tanto muy en especial en este Centro dado el tipo de población que atiende, por los recursos profesionales con los que se cuenta que mayormente son de servicio social y sobre todo porque como parte de un Centro de Atención de la Facultad de Psicología de la UNAM se requiere tomar en cuenta su labor dentro de la formación de recursos profesionales y el desempeño en la solución de problemas de salud mental. Además, son necesarias las investigaciones en la utilización de servicios de salud, para así poder ver el valor real de los programas preventivos (De la Fuente, Medina, Caraveo, 1997).

Esta evaluación, sirve para considerar no solo las fortalezas sino también las dificultades en la formación de psicólogos (Contreras et al, 1997) que se encuentran prestando su servicio social, pues como se dijo, este programa en especial resulta fundamental, ya que a través de él funciona el servicio de atención psicológica del Centro.

Los aspectos que se evaluaron ayudan, además de tener una primera evaluación de la atención clínica, a obtener un panorama más amplio con respecto a las condiciones de la comunidad que asiste a este Centro.

Es de real importancia la evaluación que se hizo en esta investigación, pues refleja que, efectivamente el nivel de marginalidad, es alto, los problemas son complejos y que las necesidades de la población son cubiertas parcialmente, por lo que se entiende que esto repercute en su salud psicológica (Contreras et al, 1997), presentando diversas condiciones de vulnerabilidad.

No se debe olvidar que este es un Centro de atención primaria y que por ello la capacidad para atender a toda la población es insuficiente, sin embargo, la labor que se hace en él es plausible, ya que en la mayoría de los casos se ha dado algún tipo de respuesta con la que se espera contribuir al bienestar de esta población, ya sea dando información, canalizando o atendiendo directamente.

El trabajo que se lleva a cabo en el CCAP "Los Volcanes" va de la mano con lo que la OMS propone, que es la integración de la salud mental en la atención primaria, tomando como objetivos a la familia y a la comunidad y poniendo acento en la prevención (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997). Como se puede observar la atención psicológica brindada hasta ahora, en este primer año, generalmente ha sido individual, pero el impacto se extiende hacia la familia y hacia la comunidad.

Definitivamente se puede decir que el nivel de efectividad de este programa se alcanzará gradualmente, pero que, se va por buen camino, pues de acuerdo con lo que mencionó Estévez (Contreras et al, 1997): la eficacia, es alcanzada por el logro de los objetivos del CCAP "Los Volcanes"; la eficiencia se consigue optimizando los recursos con los que cuenta este Centro, que aunque son escasos no han sido una limitante; y finalmente como lo refleja este IPSS se da la posibilidad de crecimiento personal y profesional.

Es de esperar que en el futuro, y que en la medida de lo posible, se puedan realizar mayores intervenciones preventivas como terapéuticas a nivel grupal, familiar y comunitario.

REFERENCIAS

- ❖ Ander-Egg, E. (1983). *Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad*. Buenos Aires. El Ateneo.
- ❖ Ballesteros, R., Barriga J., Herrera, S., León, R. y Medina A., (2004) *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. España. UOC
- ❖ Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo. España
- ❖ Calderón (1984). *Salud Mental Comunitaria*. México. Trillas.
- ❖ Carranza M., Almeida E., (1995). La Psicología Comunitaria. *Psicología Social Comunitaria*, en Almeida, E., Martínez, M., Varela, M. (1995). *Psicología social Comunitaria*. Facultad de Psicología, BUAP. Puebla, Puebla.
- ❖ Contreras, H., Winkler, M.I., Martínez, I., Aretio, C. (1997). Efectividad de intervenciones psicosociales percepción de agentes de salud mental. *Revista Interamericana de psicología*, 31(1), 57-76.
- ❖ De la Fuente, R., Medina M. y Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fondo de Cultura Económica.
- ❖ Delegación Política de Tlalpan, Programa Integrado Territorial para el desarrollo Social 2001-2003. Nivel de Marginalidad (basado en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000).
- ❖ Flores P. N. (2005). *Análisis Comparativo y Descriptivo del apoyo social y tipos de afrontamiento con relación a la salud en comunidades del DF*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.
- ❖ Gissi, J. (1993). Psicoterapia(s) y psicología comunitaria. *Psicología Iberoamericana*. 1 (1): 98-113
- ❖ Knobel, M. (1987). *Psicoterapia Breve*. Argentina. Paidós.
- ❖ Martínez R. M. (2002). *Identificación, descripción y comparación de factores de riesgo y factores protectores en comunidades urbanas y una comunidad suburbana de la ciudad de México*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.
- ❖ Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*. 37 (1): 1-14
- ❖ Materazzi, M. A. (1991) *Salud mental: una propuesta de prevención permanente*. 1ª edición. Argentina. Paidós.

- ❖ Morales, F. (2002). ¿Tenemos una Psicología de la Salud para América Latina?., en Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). *Psicología de la Salud*. Proyecto CONACYT Núm. 25185-H. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- ❖ Musitu O. G., Herrero O. J., Cantera E. L., Montenegro M. M. (2004) *Introducción a la psicología comunitaria*. España. UOC.
- ❖ Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). *Psicología de la Salud*. Proyecto CONACYT Núm. 25185-H. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- ❖ Roa, A. (1995). *Evaluación en la Psicología Clínica y de la Salud*. Ciencias de la Educación. Madrid, España.
- ❖ San Martín H. y Pastor V. (1988). *Salud Comunitaria Teoría y Práctica*. 2ª Edición. México. Díaz de Santos S.A.
- ❖ Simón, M. A., (1999). *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Biblioteca Nueva. Madrid, España.
- ❖ Stone, G. C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista latinoamericana de psicología*. 20(1), 5-26.
- ❖ Trull, T. y Phares, E., (2003) *Psicología Clínica*. 6ª edición. México. Thomson
- ❖ Valenzuela, M.A. (1995). Restrospectiva y Prospectiva de la Psicología Comunitaria en México., en Almeida, E., Martínez, M., Varela, M. (1995). *Psicología social Comunitaria*. Facultad de Psicología, BUAP. Puebla, Puebla.
- ❖ Valenzuela, C. (2006). *Programa general del centro comunitario de atención psicológica "Los Volcanes"*. México.
- ❖ Vilorio B. y Barajas B. (1993). Mil Cumbres: Una experiencia educativa en la formación profesional del psicólogo en el trabajo comunitario. *Psicología Iberoamericana*. 1 (1): 115-128
- ❖ Zax, M. y Specter, G. (1979) *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. México. El Manual Moderno.



¿QUIÉNES SOMOS?

Somos un grupo de psicólogos que trabajamos en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.

Este centro surgió como parte de un convenio de la Facultad de Psicología de la UNAM y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del sur A.C. con el interés de dar solución a diversos problemas psicológicos que afectan a los habitantes de la comunidad.



NUESTRO OBJETIVO

Proporcionar servicios de asesoría, orientación, psicodiagnóstico y psicoterapia de **alta calidad profesional** tanto a nivel individual, como familiar y grupal abarcando desde la población infantil hasta los adultos mayores.

Todo esto en un clima de confianza, respeto, interés, responsabilidad y al alcance de tus posibilidades económicas.

Principalmente dirigido a personas de la colonia Los Volcanes y colonias aledañas.



¿QUÉ PROBLEMAS ATENDEMOS?

- ✓ Depresión, Estrés, Ansiedad



- ✓ Desintegración familiar, violencia



- ✓ Problemas de conducta y aprendizaje



- ✓ Alcoholismo
- ✓ Drogadicción



- ✓ Problemas con la sexualidad



¿QUE ACTIVIDADES REALIZAMOS?

- Entrevistas de Evaluación
- Diagnóstico psicológico
- Evaluación Familiar
- Psicoterapia Breve
- Intervención en Crisis
- Psicoterapia de juego
- Grupo de Padres
- Grupos de orientación y Reflexión
- Canalización a Instituciones
- Talleres
- Conferencias



¿DÓNDE ESTAMOS?

Calle Volcán Cofre de Perote esq. Volcán
Fujiyama s/n, Colonia Los Volcanes,
Tlalpan , D.F.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 10
a 15 horas.

Teléfono 5655-9196



¿CÓMO PUEDO HACER UNA CITA?

Ya sea vía telefónica o acudiendo
personalmente a las instalaciones.



DIRECTORIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

Dra. Lucy María Reidl Martínez
Directora

Mtra. Gabriela Delgado
Secretaria General

Mtra. Beatriz Vázquez Romero
Coordinadora de los Centros de Servicios a
la Comunidad Universitaria y al Sector
Social

Lic. María Asunción Valenzuela Cota
Jefa del Centro Comunitario de Atención
Psicológica

**Movimiento Popular de Pueblos y
Colonias del Sur A.C.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*CENTRO COMUNITARIO DE
ATENCIÓN PSICOLÓGICA
"LOS VOLCANES"*





¿QUÉ ES UN PSICÓLOGO?

✓ CIERTO

Es un profesional encargado de estudiar el comportamiento de cualquier persona; las orienta a establecer y desarrollar habilidades para que por sí mismas tomen el control de su vida de manera más eficaz para su bienestar y felicidad. El psicólogo desarrolla métodos innovadores para ayudar a las personas a ser autosuficientes en el momento de enfrentar un problema y hacerlo de manera adecuada.

✗ FALSO

Es una persona que estudia a la gente que esta loca

¿QUIENES PUEDEN ACUDIR A UN PSICOLOGO?

- NIÑOS
- ADOLESCENTES
- ADULTOS
- FAMILIAS
- PERSONAS DE LA TERCERA EDAD



**EN GENARAL CUALQUIER
PERSONA QUE TENGA
PROBLEMAS**

¿EN QUE PROBLEMAS AYUDA LA ASESORÍA PSICOLÓGICA?

- RELACIONES SOCIALES
- PROBLEMAS FAMILIARES
- ESTRÉS
- AUTOESTIMA
- DEPRESIÓN
- CONDUCTAS ANTISOCIALES
- ABUSO SEXUAL
- VIOLENCIA

¿PARA QUE?

La asesoría psicológica es fundamental para lograr el bienestar psicológico de las personas, pues permite que desarrollen todas sus capacidades al máximo, con beneficio tanto para ellos como para sus familias y personas con las que conviven cotidianamente, ya sea en la escuela, amigos, trabajo y pareja.

¿DÓNDE ESTAMOS?

Calle Volcán Cofre de Perote esq.
Volcán Fujiyama s/n, Colonia Los
Volcanes, Tlalpan , D.F.

Horario de atención: Lunes a Viernes
de 10 a 15 horas.

Teléfono 5655-9196

¿CÓMO PUEDO HACER UNA CITA?

Ya sea vía telefónica o acudiendo
personalmente a las instalaciones
del centro.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*CENTRO COMUNITARIO DE
ATENCIÓN PSICOLÓGICA
"LOS VOLCANES"*



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

“LOS VOLCANES”

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

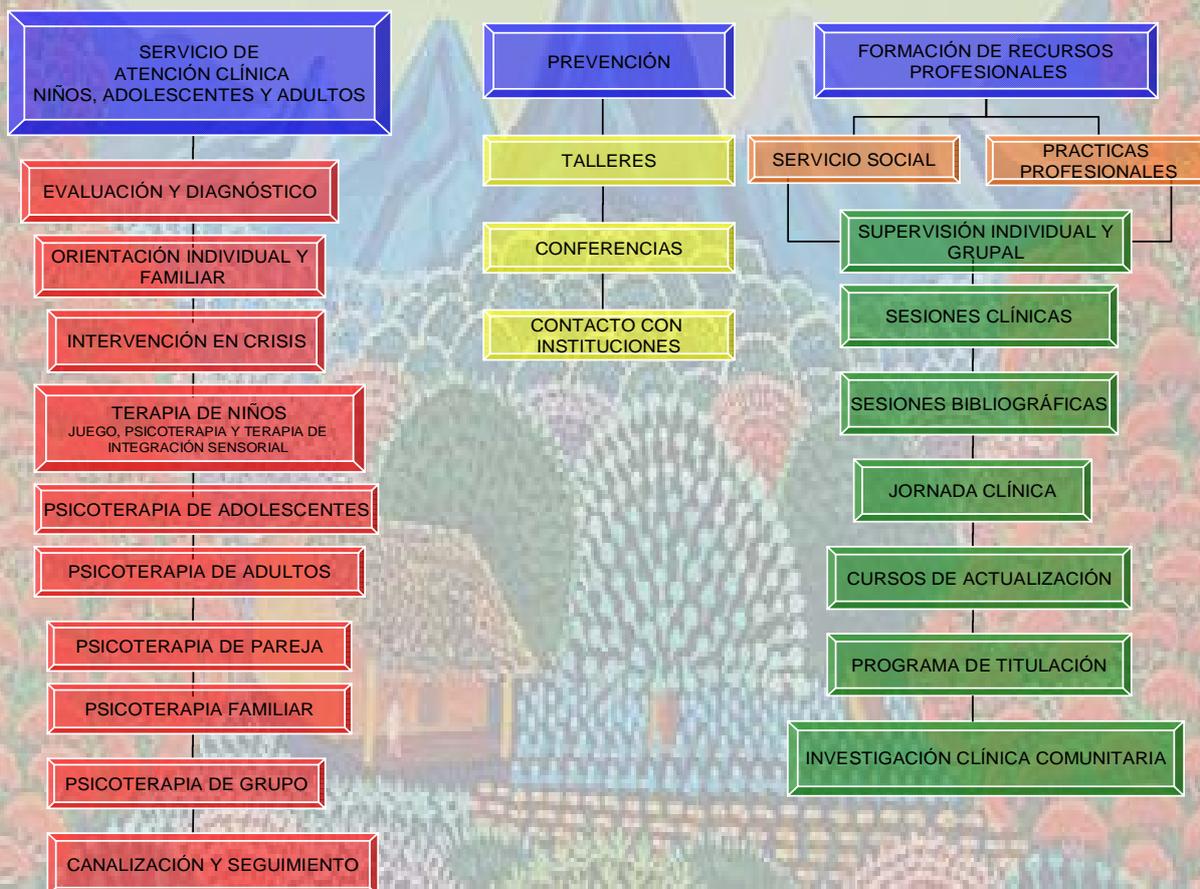
VISIÓN

Contribuir a la formación de psicólogos capaces de realizar una labor profesional de alta calidad en el campo de la salud mental comunitaria, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con la solución de problemas, la educación para la salud y la investigación.

MISIÓN

Ofrecer servicios de atención psicológica de calidad al alcance de la población que acude al Centro Comunitario en los aspectos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental.

EI CCAP“LOS VOLCANES”
FUE INAUGURADO EL 26 DE NOVIEMBRE DE 2004
POR CONVENIO ENTRE LA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM,
Y EL MOVIMIENTO POPULAR DE PUEBLOS Y
COLONIAS DEL SUR, AC



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
“LOS VOLCANES”
ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

Fecha de entrevista: _____

DIA / MES / AÑO

Antes del seguimiento el entrevistador debe revisar y anotar:

- N. de expediente.
- Nombre del supervisor
- Nombre del psicólogo@ que atendió.
- Fecha de la entrevista inicial

Nombre del entrevistado: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____ Ocupación actual: _____

Entrevista inicial () N. de sesiones () Canalización () Alta ()
 Baja ()

Con el motivo de mejorar el servicio que se presta en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, y para beneficio de la comunidad que solicita este servicio, se le pide que conteste lo más sinceramente posible el siguiente cuestionario.

1. ¿Cómo fue que se enteró del Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”?

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| a. Carteles () | Familiares () |
| b. Folletos () | Amistades () |
| c. Canalización () | Iglesia () |
| d. Otros: _____ | |

2. Motivo de consulta por el que solicitó el servicio.

3. Considera que se le dio respuesta a su problema.

SI ()

NO ()

¿Por qué?

4. El tratamiento que recibió en el centro fue:

Muy adecuado () Adecuado () Poco adecuado () Nada adecuado ()

Sólo en caso de que se haya recibido una sola entrevista

5. ¿Qué tanto le aportó el que haya asistido en esa ocasión?

Nada () Poco () Regular () Mucho () Demasiado ()

Preguntar solo en caso de que ya no asista al CAP.

6. Motivo por el cual no continúa asistiendo al CAP.

▪ Fin de tratamiento ()

▪ Baja ()

▪ Canalización ()

▪ Incompatibilidad de horario ()

▪ Costo ()

▪ No lo considero necesario ()

▪ No le agrado la atención ()

▪ Otros: _____

7. De 0 a 10 como calificaría la atención psicológica recibida en el Centro "Los Volcanes". Donde 0 corresponde a deficiente y 10 representa muy adecuada.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Qué facilitó y que dificultó su asistencia a este?

9. Del siguiente listado califique que tan adecuadas le fueron cada uno de los siguientes aspectos, por medio de la siguiente escala donde 0 corresponde a deficiente y 10 a muy adecuada.

- _____ 1. Promoción o propaganda del centro.
- _____ 2. Entrevista inicial.
- _____ 3. N. de sesiones.
- _____ 4. El trabajo con su terapeuta.
- _____ 5. Horario.
- _____ 6. Instalaciones del centro.
- _____ 7. Ubicación del centro.
- _____ 8. Información, apoyo y orientación por parte del terapeuta.
- _____ 9. Cuota.

10. Si presentara algún conflicto en este momento que requiera de atención psicológica, acudiría a este Centro.

SI () NO ()

¿Por qué?

11. En el futuro usted recomendaría el Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes"

SI () NO ()

¿Por qué?

12. Recomendaría que se sigan realizando las entrevistas de seguimiento a los usuarios

SI ()

NO ()

¿Por qué?

Si, pero solo en casos específicos como:

13. Sugiere que las entrevistas de seguimiento se realicen:

Personalmente ()

vía telefónica ()

ambas ()

¿Por qué?

Aquí concluimos la entrevista de seguimiento desea agregar, comentar o hacer alguna sugerencia que permita brindar un mejor servicio a la comunidad que asiste al Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes".
