

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DETECCIÓN DE NECESIDADES Y RECURSOS PARA LA SALUD MENTAL, EN UN
SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMUNITARIA:
CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA "LOS VOLCANES"**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

PRESENTAN:

**GABRIELA GONZÁLEZ CRESPO
VERONICA VARGAS ARRAZOLA**

DIRECTORA: LIC. MARIA ASUNCIO VALENZUELA COTA

REVISORA: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

SINODALES: LIC. MARÍA DEL ROSARÍO MUÑOZ CEBADA

MTRA. ANGELINA GUERRERO LUNA

LIC. MARÍA ISABEL MARTÍNEZ TORRES



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO 1 SALUD Y PREVENCIÓN: MODELO MÉDICO Y PSICOLÓGICO	
1.1 Salud – Enfermedad	7
1.2 Niveles de Atención y Prevención	13
1.3 Psicología de la Salud	19
CAPITULO 2 PSICOLOGÍA COMUNITARIA	
2.1 Panorama Histórico.....	23
2.2 Trabajo clínico en Psicología comunitaria.....	27
2.3 Importancia del diagnóstico en el trabajo comunitario.....	39
2.3.1 Indicadores a considerar dentro del diagnóstico comunitario.....	42
2.4 La inserción de la Psicología Comunitaria en las instituciones educativas.....	59
2.4.1 Desarrollo de programas de atención a la comunidad dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM	62
MÉTODO.....	67
RESULTADOS	74
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	99
SUGERENCIAS	122
REFERENCIAS	125
APENDICE.....	129

RESUMEN

La investigación se realizó en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, cuyo fin fue obtener un primer diagnóstico de las necesidades y recursos para la salud mental, a partir de la percepción individual, familiar y de comunidad de los usuarios que acuden al mismo; a través del diseño y aplicación de un cuestionario integrado por ocho áreas: Estudio socioeconómico, Salud, Redes de apoyo, Problemas de conducta, aprendizaje y emocional Percepción familiar, Violencia doméstica, Roles sociales (específicamente roles de género) y Formas de consumo de sustancias. El tipo de estudio fue *Descriptivo*; con un diseño *no experimental, transversal*; por lo que mediante la estadística descriptiva se realizó el análisis de datos. La muestra se seleccionó de manera *no probabilística, intencional y por cuota*.

Algunos de los resultados obtenidos fueron: a) el 83% de la muestra se conformó por mujeres; b) se registró mayores malestares físicos y psicológicos aislados; c) el 21% reportó presentar violencia principalmente emocional; d) El 61% aceptó consumir tabaco siendo las entrevistadas las principales consumidoras; etcétera. Es así, como se determinó los recursos y las necesidades que servirán para desarrollar actividades de promoción y prevención principalmente para el Centro.

Palabras claves: Psicología comunitaria, Recursos, Necesidades y Salud mental

INTRODUCCIÓN

En los últimos años en nuestro país, tanto en los sectores públicos como en los comunitarios, se presenta una creciente preocupación e interés por la salud de la población cuyo deterioro o cuidado está estrechamente ligada a los modos de vida social, a la vida productiva, a los riesgos y retos ambientales, y a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos que se presentan a nivel mundial y que en México no son la excepción (Costa, 1986).

San Martín y Pastor (1988), mencionan que actualmente existe una crisis en la situación de salud de la humanidad debido a que los sistemas de servicios de salud tradicionales no alcanzan a responder a las necesidades, problemas y riesgos existentes en las comunidades urbanas y rurales; la ignorancia de las poblaciones acerca de cómo proteger y fomentar su salud (individual y colectiva); y la falta de autonomía que existe en la gente para desarrollar una verdadera “cultura de la salud”. Por ello, el sector salud se ha visto en la necesidad de utilizar medidas no sólo con objetivos marcadamente individuales y asistencialistas, sino también con objetivos más comunitarios y sociales que abarquen perspectivas de prevención y educación en donde las personas tengan un mayor protagonismo y responsabilidad con respecto al cuidado de su salud sobretodo física (Musitu, 2004).

Con respecto a la salud mental, llama la atención que en nuestro país no se cuenta con un plan de desarrollo formal que combata el aumento que se ha venido dando en este campo y que sean los escenarios académico-institucionales quienes realizan acciones que permiten el entendimiento, comprensión y solución de dicha problemática como lo mencionan Carranza y Almeida (1995); un ejemplo de ello es la Universidad Nacional Autónoma de México, quien a través de las carreras de Medicina y Psicología brindan atención a la población. Específicamente la Facultad de Psicología ha desarrollado 6 programas de servicio clínico y social para la comunidad, uno de ellos es el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” cuyo objetivo principal es el contribuir a la formación profesional de estudiantes de Psicología a través de su

participación en actividades preventivas, psicoterapéuticas y de investigación en comunidad, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia y desde diversos campos y enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología. Este Centro desarrolla desde el 2005, el programa de servicio social de fortalecimiento al trabajo comunitario que funciona dentro de los paradigmas de la Psicología clínica comunitaria interviniendo dentro de la dimensión colectiva, buscando la protección y promoción de la salud y tratando los problemas de conducta humana a través de la manipulación de factores de riesgo y factores protectores (Contreras y González, 2001).

Una manera de identificar dichos factores de riesgo y protección es a través de un *diagnóstico de salud* como lo propone Ander-Egg (1991), ya que el diagnóstico permite determinar cuáles son los problemas y necesidades más urgentes de la comunidad, conocer los recursos con los que cuenta y saber el grado de sensibilización que tienen sus miembros sobre los problemas a los que se enfrentan.

Es así, como este Centro consideró la importancia de realizar una investigación cuya finalidad fue realizar un primer diagnóstico de las necesidades y recursos para la salud mental, a partir de la percepción individual, familiar y de comunidad de los usuarios que acuden al mismo; a través del diseño y aplicación de un cuestionario integrado por ocho áreas diferentes.

Por ello, el desarrollo del presente trabajo quedó integrado por cinco capítulos, en donde *el primero* se aborda información referente al continuo salud-enfermedad, a los niveles de atención y la prevención, además de aspectos generales de la Psicología de la salud; *el segundo capítulo* se enfoca a la Psicología comunitaria con respecto a su panorama histórico, a la importancia del diagnóstico comunitario, al trabajo clínico dentro de la misma, y a su inserción dentro de las instituciones educativas sobretodo en la Facultad de Psicología de la UNAM, a través del desarrollo de programas de atención a la comunidad; *el tercer capítulo* incluye el desarrollo del método para la presente investigación; *el cuarto capítulo* muestra los resultados obtenidos en cada una de las

ocho áreas; y *el quinto capítulo* presenta la discusión y conclusión de dichos resultados, la cual se divide en dos partes: *una específica*, en la que se analiza la información recabada en las diferentes áreas; y *otra general*, en donde se responde a la pregunta de investigación y objetivos específicos planteados para la misma, se da a conocer las necesidades y recursos encontradas en esta población y se sugirieron estrategias de trabajo que podría llevar a cabo el Centro para disminuir las necesidades y fomentar los recursos.

CAPITULO 1. SALUD Y PREVENCIÓN: MODELO MÉDICO Y PSICOLÓGICO

1.1 Salud – Enfermedad

A partir de los años 40, hubo la necesidad de repensar el concepto de salud y el origen de los problemas de salud–enfermedad en las sociedades humanas, debido a la ineficacia de los sistemas tradicionales que definían la salud exclusivamente en términos de la ausencia de enfermedad (San Martín y Pastor, 1988). Un ejemplo, es el “Modelo biomédico” que dominó buena parte del siglo XX cuyo fundamento esta enfocado principalmente en la enfermedad que se caracteriza por: estar situada solo en un nivel bioquímico sin considerar factores psicológicos ni sociales; buscar la etiología de los padecimientos para tratar los síntomas ya arraigados en lugar de prevenirlos; percibir al paciente como una persona pasiva y sin opinión, además de no dar la importancia que merece la relación médico-paciente; resolver los problemas biológicos en un nivel individual y jerarquizar los servicios de salud, en donde la clase médica ocupa el lugar más alto e importante, mientras que los demás profesionistas ocupan funciones subalternas.

La Organización Mundial de la Salud, en su Carta Magna Constitucional, en 1946 definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades” (San Martín, 1992, p. 12). Esta concepción contribuyó a rechazar la percepción que tenían los modelos tradicionales en cuanto a la salud, pero actualmente algunos autores plantean que la salud no puede ser tomada solamente como un estado de bienestar absoluto, completo y estático, debido a que representa una situación variable producto de todos los factores de la vida, siendo más un proceso dinámico en el que no existe un límite entre la salud y la enfermedad al tener diversas etapas que permiten el fomento a la salud, la prevención de la enfermedad y el diagnóstico temprano. Así que, desde la definición propuesta por la OMS, una persona (o una comunidad) estaría situada en algún lugar topográfico de un continuo en el que uno de sus extremos correspondería a la salud y el otro a la enfermedad (Godoy, 1999).

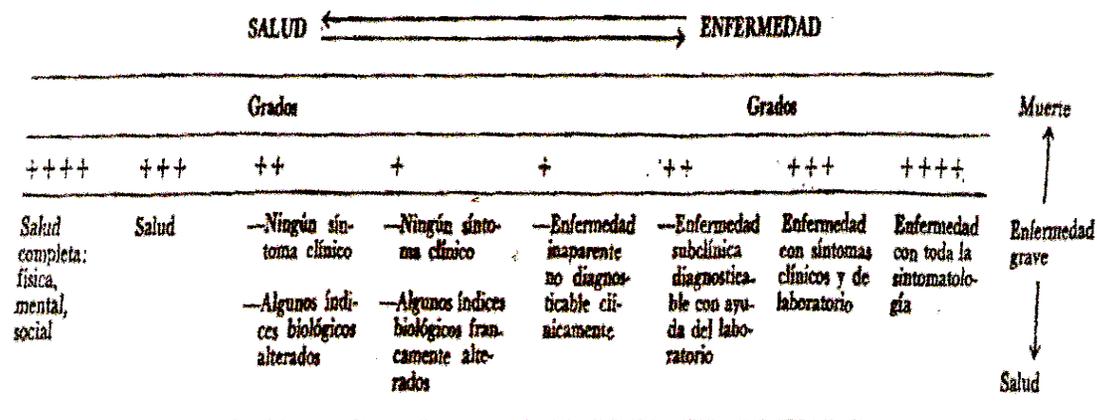
Por ello, se propuso una alternativa que toma en cuenta aspectos sociales, psicológicos, fisiológicos e incluso espirituales de la salud de una persona denominada “Biopsicosocial” (Brannon y Feist, 2001). Esta alternativa visualiza la salud desde una dimensión individual hasta una dimensión colectiva y confiere un mayor protagonismo y responsabilidad al paciente con respecto al cuidado de su salud (Contreras y González, 2001). Diferentes autores han propuesto varias definiciones de lo que es el continuo salud-enfermedad:

- Para Reynoso y Seligson (2002, p. 19), son “conceptos entrelazados que deben formar parte de una unidad indisoluble y se encuentran vinculados entre sí, a través de una serie de procesos, multicausales, constantes de adaptación a los cambios del ambiente (tanto biológico, como psicológico y social)”.
- San Martín (1992, p. 12), plantea la salud como un “estado relativo de salud-enfermedad, dinámico, variable, individual y colectivo, producto de todos los determinantes sociales y genético-biológico-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología; reposa sobre criterios objetivos (capacidad para la función) y subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir) y que aparece como un estado de tolerancia fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido. En esta forma la enfermedad es un desequilibrio biológico-ecológico o la falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto; este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo”.
- Godoy (1999, p. 67), menciona que 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.

- Según George Stone (1987, en Brannon y Feist, 2001 p. 20), las definiciones de salud pertenecen a dos categorías distintas: a) las que consideran la salud como un estado ideal, pues cualquier enfermedad es una desviación de la buena salud y el estado ideal puede restaurarse, eliminando la enfermedad y b) las que hablan de salud como un estado de bienestar positivo, continuo y multidimensional.

Con respecto a los estados de salud-enfermedad, existe una escala de variación con estados intermediarios que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación denominado *Historia Natural de la Enfermedad*: Comienza con un periodo silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades, puede ser muy corto o muy largo, este proceso ya es activo pero no se tienen los medios técnicos para descubrirlo; en una segunda etapa aún preclínica, se podría diagnosticar si se aplicaran técnicas de laboratorio y si la gente se realizara controles periódicos; en la tercera etapa ya hay síntomas mas o menos manifiestos a los que la gente puede o no dar importancia y que también el médico puede o no descubrir; en la etapa final la desadaptación provoca la reacción intensa del organismo en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo (San Martín, 1992). Esto se ejemplifica en el siguiente cuadro:



Nota: Esta dinámica entre el estado de salud y el de enfermedad, en sus diversos grados, es permanente en la población; ella permite el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y el diagnóstico temprano.

Es así, como en los últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud-enfermedad, pues esto constituye la síntesis que cada uno puede hacer de su estado a través de su percepción, personalidad, educación, ingresos económicos, experiencia y el valor que concede a la vida humana. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, al aceptar que los factores psicosociales, las desigualdades sociales existentes, el grado de instrucción de cada cual y el grado de participación social de las comunidades, afectan los sistemas corporales alterando la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. Por todo ello, ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar.

La *epidemiología*, es una de las áreas que se dedica al estudio y aplicación de métodos relacionados con la salud y la enfermedad a través de sus tres factores (San Martín, 1992): el agente (factores causales), el huésped (individuo afectado) y el ambiente (que los contiene a ambos). Hay que analizar minuciosamente estos factores para identificar asociaciones causales, ya que la mayoría de las veces, las enfermedades no se producen por un factor único aislado, sino por una cadena en donde se asocian circunstancialmente dichos factores para producir algún fenómeno. Por ejemplo, se ha encontrado que ciertas situaciones sociales como la pobreza, tensiones económicas, estrés, etc., perturban la relación del individuo con su ambiente y pueden favorecer el estallido de una enfermedad o influir en su evolución.

Existen dos tipos de factores que influyen en la predisposición de mantener la salud o en el peligro de enfermar:

a) *Factores de riesgo*, son aspectos del medio ambiente que no operan en forma aislada y que tienden a exacerbar la conducta haciendo más probable que el sujeto o grupo experimente un problema particular, al relacionar a los interesados a un riesgo de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente (Backett, Davies y Petrós-Batvasián, 1985 en Morales, 1999). Estos factores se clasifican en cuatro subgrupos (Buceta, 1989 en Latorre y Beneit, 1994): 1) Elevados niveles de estrés; 2) Conductas habituales, por exceso o por defecto (fumar, beber alcohol, no seguir una dieta adecuada o no hacer ejercicio de manera regular); 3) Alteraciones de la salud, como hipertensión o diabetes en las que a su vez, pueden influir variables

psicosociales; y 4) Carcinógenos ambientales, relacionados con los comportamientos ya señalados o con otras conductas.

b) *Factores protectores*, que son aquellos aspectos en el medio ambiente que hacen menos probable que se presente dicho proceso patológico o un problema en particular y se encuentran en función de los factores de riesgo (Backett y Cols, 1985 en Morales, 1999). Estos factores protectores se llevan a cabo a través de comportamientos que promueven un estado de salud general llamados *conductas de salud* (como seguir una dieta equilibrada, hacer ejercicio, manejar a baja velocidad, tener relaciones sexuales con preservativo, etc.), las cuales son independientes entre ellas (una persona que hace ejercicio, puede seguir fumando) e inestables en cuanto a tiempo. Dos grandes grupos de factores influyen en las prácticas de estas conductas como son los de *origen social* (contexto familiar, valores asociados a una cultura particular y los grupos de amigos) y los de *origen personal* (factores emocionales, creencias y actitudes), además de distinguirse varios tipos de conductas saludables en función de su grado de dependencia con respecto al sistema de salud (Taylor, 1986 en Latorre y Beneit, 1994): las que dependen enteramente del acceso del individuo al sistema de salud (vacunaciones o exámenes periódicos); las recomendadas por los profesionales sanitarios, pero los individuos no solicitan la ayuda de éstos para ponerlas en práctica (seguir una dieta controlada, dejar de fumar o practicar un deporte adecuado); y comportamientos de salud independientes del acceso a los sistemas de salud (seguridad en el trabajo o seguridad vial).

La identificación de ambos tipos de factores permite el diseño y la ejecución de estrategias preventivas que hagan frente a situaciones de riesgo, pues las intervenciones preventivas tienen como finalidad contrarrestar el efecto de los factores de riesgo y potenciar los de protección, eliminando los factores de riesgo y promoviendo competencia o intensificando las circunstancias protectoras (Coie, 1993 en Ezpeleta, 2005).

En cuanto a la salud mental el estudio de los riesgos permite conocer los mecanismos que facilitan una buena adaptación y permite diseñar procedimientos para

promover la salud, a pesar de estar expuesto al riesgo; en cuanto a los factores de protección en esta área se ha encontrado que son habitualmente características del individuo (como la buena autoestima) o del ambiente (como la buena relación y comunicación familiar) que ayudan a amortiguar los efectos de la adversidad. Carr (1999, en Ezpeleta, 2005), da algunos ejemplos de los factores de riesgo y de protección para la salud mental desde dos niveles:

- *Factores de riesgo personales.* Influyen factores biológicos (como la vulnerabilidad genética, complicaciones perinatales, lesiones o enfermedades tempranas) y los factores psicológicos (como inteligencia baja, temperamento difícil, baja autoestima, etc.).
- *Factores de protección personales.* También influyen los factores biológicos (como buena salud física) y los factores psicológicos (inteligencia alta, temperamento fácil, buena autoestima, estrategias de afrontamiento funcionales).
- *Factores de riesgo contextuales.* Influyen los factores paternofiliales tempranos (como dificultades en el vínculo, falta de estimulación intelectual, estilo educativo autoritario o permisivo, cuidados negligentes disciplina inconsistente), la exposición a problemas familiares (como problemas psicológicos en la familia, abuso de alcohol y drogas, violencia, desorganización familiar) y acontecimientos vitales (como duelos, separaciones abuso, desventajas sociales, crianza en instituciones).
- *Factores de protección contextuales.* Influyen factores del sistema de tratamiento (como la familia acepta que hay problemas, está decidida a resolverlos, acepta el plan y la formulación del tratamiento y hay una buena coordinación entre los profesionales implicados), factores del sistema familiar (como vínculos seguros, estilo educativo con autoridad, comunicación clara, organización flexible), factores de la red social (como buena red de apoyo social, estrés familiar bajo, apoyo de los compañeros, nivel socioeconómico alto, educación).

Es importante mencionar que un factor de riesgo puede ser común a diferentes patologías y que a su vez para que aparezca un trastorno pueden estar implicados más de un factor de riesgo, por lo que en prevención se deben modificar aspectos de riesgo que son comunes a diferentes trastornos (Pennington, 2002, en Ezpeleta, 2005).

1.2 Niveles de Atención y Prevención

Desde un panorama general, la atención a la salud constituye una prioridad importante para los países de América Latina. El modelo de salud pública en México está organizado en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria (Rojas, 1998 en Contreras y González, 2001):

- *La atención primaria*, es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud, comprende aquellas estrategias que se utilizan antes del que el trastorno aparezca buscando evitar que la enfermedad se presente por medio de la promoción de la salud y su protección específica (por ejemplo, la administración de vacunas, atención y cuidado durante el embarazo, campañas para evitar el consumo de sustancias etc.). Las acciones de salud actúan sobre los individuos, las familias y las comunidades en general. Los servicios se ofrecen en los centros de salud y unidades de medicina familiar.
- *La atención secundaria*, el trastorno ya está presente por lo que pretende detener el avance de la enfermedad y se sustenta en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno (por ejemplo, enseñanza de estrategias para evitar que los síntomas depresivos o ansiosos progresen, dietas adecuadas para personas con diabetes, etc.); facilita la adherencia del paciente a los tratamientos médicos, modificando su comportamiento y proporcionándole al paciente habilidades de afrontamiento ante su padecimiento. Los servicios se ofrecen en clínicas de especialidades y hospitales generales, se requiere del uso de tecnología de mediana complejidad.
- *La atención terciaria*, tiene como fin disminuir la discapacidad y ofrecer tratamiento y rehabilitación; participa evitando factores de riesgo que

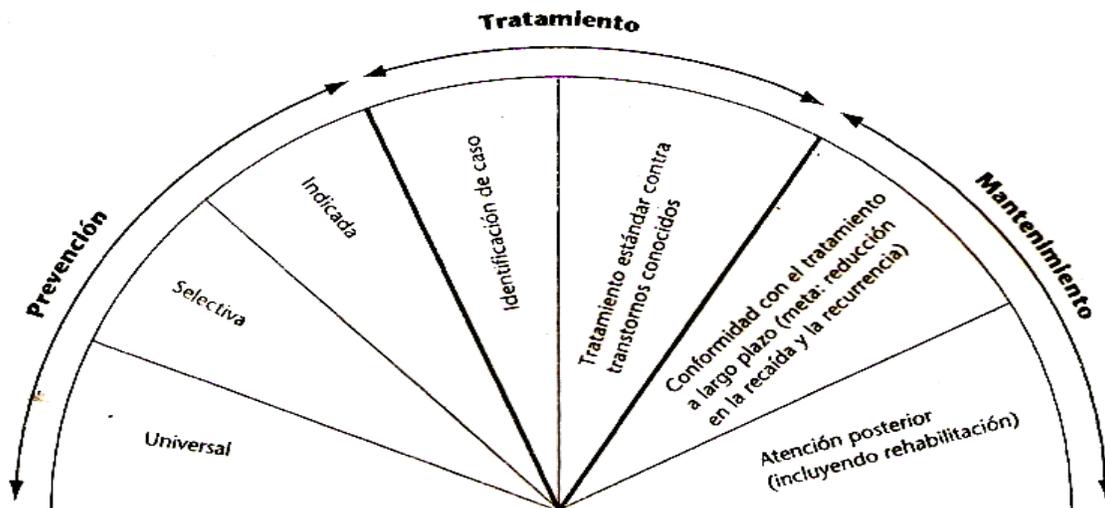
complicarían la rehabilitación del paciente, elevando su calidad de vida, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro de su enfermedad y mantener su independencia como su readaptación (por ejemplo, programas para las recaídas en el abuso de sustancias, etc.). Los servicios se ofrecen en unidades hospitalarias altamente especializadas a través de especialistas.

Gerald Caplan (1985), retoma del modelo de salud pública estos niveles de atención para aplicarlos al área de salud mental planteando que:

- *La prevención primaria*, se dedica a la creación de programas que disminuyan la tasa de trastornos (físicos o mentales) en término de incidencia. Es decir, los programas trataran con sujetos no enfermos intentando reducir el número de los que pueden enfermar interviniendo sobre los factores que provocan la enfermedad.
- *La prevención secundaria*, consiste en decir el tiempo de duración de la enfermedad y en tratar de reducir la tasa de enfermos en cualquier momento, es decir, si se realiza un corte temporal y se cuenta con el número de enfermos, este dato dependerá del número de casos de reciente aparición y también del número de casos de gente que sigue enferma. Si se reduce la duración, se reducirá también el número de personas que están enfermas en un momento determinado. De ahí se deriva la idea de diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo.
- *La prevención terciaria*, contempla la reducción de la cantidad de gente con trastornos residuales. Al hablar de enfermedad mental se debe tener en cuenta que muchos de sus aspectos negativos se deben no tanto a los síntomas que puedan tener los pacientes (alucinaciones, ansiedad, depresión, etc.), sino también a la ineficacia de estas personas ya que no pueden trabajar, amar,... vivir. Por lo tanto, si se quiere disminuir la sintomatología residual, se tiene que entrenar a las personas para que convivan con sus síntomas presentados, de manera que puedan funcionar normalmente. Este tipo de programas son los que se engloban en la prevención terciaria.

Es así, como para Caplan la prevención psiquiátrica es el “cuerpo de conocimiento profesional, teórico y práctico que se puede utilizar para planificar y llevar a cabo programas que reduzcan: a) la incidencia de los trastornos mentales en la comunidad; b) la duración de un significativo número de trastornos que ya ocurren, y c) la incapacidad que puede resultar de estos trastornos” (Caplan, 1985, pp. 16 y 17).

Aunque el modelo de prevención primaria-secundaria-terciaria tradicional es el que se cita con mayor frecuencia, este sistema de clasificación ha sufrido críticas por dos razones: a) por enfocarse más al trastorno y no a quién recibe la intervención y b) la dificultad de distinguir entre la ausencia o presencia del desorden, y por lo tanto entre prevención primaria y secundaria (Boyle, Oxford, Racine, Sanford y Fleming, 1996 en Martínez, Salazar y Ruiz, en prensa). Debido a estas limitaciones se han propuesto estructuras de clasificación alternas, considerando principalmente el riesgo del individuo para desarrollar un problema en particular (donde primero es la persona y después el tratamiento requerido) y el costo-beneficio de la intervención. Un ejemplo, es el modelo propuesto por Gordon (1987, en De la fuente, Medina y Caraveo, 1997), en el que planteó tres categorías adicionales incluidas en el primer nivel de atención (es decir, en el nivel preventivo de la intervención), llamadas “Universales, Selectivas e Indicadas” y un espectro amplio que incluye el tratamiento y el mantenimiento del paciente. Este modelo de las intervenciones preventivas queda ejemplificado en el siguiente esquema (Trull y Phares, 2003):



a) *Las Intervenciones preventivas universales*, se aplican a la población en general de un área geográfica en donde las personas no han sido identificadas en riesgo. Todos los sujetos de la zona son susceptibles de recibir el programa aunque no hayan buscado ayuda. Su objetivo, es evitar o retrasar el problema, son programas cortos, de bajo costo (aunque este puede aumentar cuando se aplica a toda la población), de gran aceptación, con pocos riesgos secundarios y menos intensivos que los programas selectivos e indicados. Las estrategias que se utilizan van desde dar información hasta la enseñanza de habilidades (por ejemplo, usar el cinturón de seguridad, campañas televisivas para incrementar hábitos de vida sanos, etc.).

b) *Las Intervenciones preventivas selectivas*, se dirigen a personas cuyo riesgo de enfermar está por arriba del promedio, ya sea aquellas personas que directamente presentan síntomas (por ejemplo, adolescentes que les preocupa en exceso la imagen corporal y el peso aunque no tengan anorexia, etc.) o aquellas personas que se encuentran en riesgo debido a factores ambientales (por ejemplo, hijos de padres con trastornos mentales o padres divorciados, adolescentes que viven en zonas donde hay un elevado nivel de disponibilidad de drogas). Su objeto, es disminuir factores de riesgo o incrementar los factores de protección. Utilizan la aproximación de entrenamientos en habilidades sociales para la vida, de comunicación, de resistencia, escolares, uso de tiempo libre, etc. Una de las ventajas de las estrategias selectivas es que se dirigen solamente a quienes necesitan desarrollar alguna de las habilidades que se consideran importantes para prevenir el problema y estas intervenciones permiten un uso más eficiente de los recursos.

c) *Las Intervenciones preventivas indicadas*, son implementadas en grupos específicos después de que se ha diagnosticado la enfermedad y son semejantes a los esfuerzos de tratamiento centrados en prevenir el aumento de algún problema. Solamente se emplean con personas identificadas que presentan el desorden y consecuencias relacionadas a éste y que han buscado ayuda por ello, como personas que ya han consumido drogas o que muestran otro tipo de comportamientos problemáticos relacionados. Estos programas son de alto costo al ser más largos e intensivos que los programas de selección, además de que las intervenciones son de persona a persona.

Por ejemplo, terapia familiar, grupos de asistencia para estudiantes, programas de consejo para jóvenes, grupos de padres con hijos problema, líneas telefónicas para jóvenes e intervención en crisis.

d) *El tratamiento*, incluye la identificación de casos y la intervención propiamente dicha; en tanto que *el mantenimiento*, se refiere a la adherencia al tratamiento de condiciones crónicas cuya meta es la reducción de las recaídas y la rehabilitación.

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 prevención ocurre antes de que se desarrolle un trastorno; el tratamiento se administra a los que satisfacen (o están cerca de satisfacer) criterios de diagnóstico para cierta condición y el mantenimiento representa intervenciones en individuos con un diagnóstico de trastorno mental cuya enfermedad continúa justificando la atención.

Con respecto a la atención primaria en particular un concepto que ya se ha venido manejando y que es de gran importancia es el de prevención de las enfermedades que hace referencia a la protección y promoción de la salud de la población, el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la eliminación de riesgos, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias y la protección de grupos de alto riesgo. Sus expectativas son evitar y/o reducir los problemas de salud de las estrategias universales y actividades selectivas entre grupos con mayor probabilidad de presentar tales problemas (Contreras y González, 2001). Kirscht (1974, en Reynoso y Seligson, 2002) señala que las conductas de prevención son las acciones que lleva a cabo una persona para mejorar o mantener su estado de salud, ya sea con el apoyo de los profesionales de la salud o bajo su propia iniciativa. El concepto cobra consistencia teórica en la influyente obra de Caplan “principios de psiquiatría preventiva” (1985) y recibe un empuje significativo por diversas directivas de la OMS, al definir como metas de salud: a) prevenir la enfermedades y los desórdenes mentales, b) fomentar la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, y c) organizar servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación,

acciones en que ha de buscar la participación activa de la colectividad (De la fuente, Medina y Caraveo, 1997).

De acuerdo con Beaglehole, Bonita y Kjellström (1994), se identifican cuatro niveles de prevención, que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad: *Prevención primordial*, busca evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad, es decir, son condiciones subyacentes que llevan a la causación de una enfermedad y se puede aplicar a toda la población y grupos seleccionados (por ejemplo, promocionar medidas de evitación contra el tabaquismo para evitar enfermedades de cáncer de pulmón); *Prevención primaria*, su objetivo es limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo, es decir, son factores causales específicos y se pueden aplicar a toda la población, grupos seleccionados y personas sanas (por ejemplo, el uso de condones en la prevención de la infección por el VIH); *Prevención secundaria*, su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria, entre el comienzo de la enfermedad y el momento en el cual suele hacerse el diagnóstico, por lo que se reduce la prevalencia de la enfermedad facilitando una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito (por ejemplo, las pruebas cutáneas y radiografías de tórax para el diagnóstico y posterior tratamiento de tuberculosis); y *Prevención terciaria*, su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones, en los trastornos crónicos reduce los efectos negativos de estos con el objetivo de mejorar la calidad de vida (por ejemplo, rehabilitación de los pacientes con poliomielitis, accidentes cerebrovasculares, lesiones, ceguera, etcétera).

En cuanto a la a *prevención específica de las enfermedades mentales*, ésta es perfectamente posible cuando se trata de lesiones orgánicas de etiología conocida, pero es difícil y de dudosa eficacia en el caso de las no orgánicas, pues en este caso, la prevención se realiza actuando sobre factores generales relacionados con la enfermedad como el fomento de la salud mental de la familia, mejoramiento de las relaciones entre padre e hijos, programas escolares de higiene mental, etc. Por ello, la

prevención exige un buen conocimiento del ambiente social comunitario que sirve de escenario de situaciones y conductas de riesgo. Este escenario está compuesto de elementos objetivos (legislación vigente, servicios sanitarios, sociales, educativos, sistemas de protección, etc.) y subjetivos (sentido de comunidad, valores y creencias sobre la salud y enfermedad, expectativas de control de los propios problemas, etc.). Desde este panorama, la prevención puede ser: a) *preactiva*, cuando procura evitar la aparición de los factores estresantes, y b) *reactiva*, cuando intenta reforzar los recursos de personas y grupos en situación de riesgo para afrontar experiencias estresantes (Cantera, 2004).

Es así, como la prevención llega a constituir una de las señas de identidad de la Psicología comunitaria (que más adelante se abordará), cuyo punto de unión radica en la fuente causal de trastornos potenciales dentro de un contexto sociocultural determinado, al realizar investigación e intervención preventiva comunitaria.

1.3 Psicología de la Salud

La Psicología ha estado relacionada con la salud física desde el comienzo del siglo XX. En 1911, la Asociación Psicológica Americana (APA), tuvo una reunión para analizar el papel de la Psicología en la educación médica, pero los colegios médicos lo rechazaron. La APA volvió a plantear el tema en 1928 y una vez más en 1950; por lo que la psicología comenzó colaborando con la Psiquiatría hasta que fue utilizada por otros departamentos de medicina y así formó parte de los estudios curriculares de las escuelas de medicina en la década de los setenta, comenzando también a desarrollar la investigación y el tratamiento, apuntando a la promoción de la salud y el análisis de las enfermedades crónicas (Brannon y Feist, 2001).

Posteriormente surgió la *Psicología médica* (Morales, 1999), al observarse que algunos factores psicológicos intervenían en distintas manifestaciones de la práctica médica. Su interés básico estaba centrado en situaciones de enfermedad, en los aspectos psicológicos de la condición del enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y en que el personal de asistencia tuviera una

buena comprensión de los pacientes. Esta disciplina influyó en la *medicina psicosomática*, (teoría basaba en el psicoanálisis y en supuestos acerca del papel que juegan en el desarrollo de las enfermedades, la represión y los conflictos psicosexuales) que analizaba los componentes emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas como la hipertensión, la artritis reumatoide, la úlcera, la colitis, la migraña y algunas enfermedades de la piel. El problema de la medicina psicosomática fue que basaba sus aseveraciones mayoritariamente en observaciones clínicas, mientras que la Psicología médica buscó un método más experimental, surgiendo así *la medicina conductual* (que se basa en el análisis experimental de la conducta) que resalta el papel de los comportamientos aprendidos, en el origen y la manifestación de las enfermedades. Agras (1982, en Morales, 1999) señala cuatro factores que influyeron en el rápido crecimiento de la medicina conductual: 1) la medicina psicosomática como antecedente de un cuerpo de investigación, 2) la terapia y análisis conductual como procedimiento para una variedad de trastornos físicos, 3) estudios epidemiológicos que identificaron un número de factores que incrementan el riesgo asociado con ciertas enfermedades y 4) ante el rápido aumento de los costos en el tratamiento de las enfermedades se produjo un aumento en el interés por la prevención en general y los factores psicológicos y sociológicos dentro del trabajo de prevención en particular.

Así, la medicina conductual se enfocó más al ámbito médico, mientras que la Psicología se relacionó con la salud a través del nacimiento de otra disciplina denominada “Psicología de la salud”. Esta disciplina ha sido conceptualizada por varios autores:

- Definida originalmente por Matarazzo (1980, en Reynoso y Seligson, 2002, p. 14) como “el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la identificación de correlatos etiológicos y diagnóstico de salud, enfermedad y disfunciones”.
- Reynoso y Seligson (2002, p. 17), definen la Psicología de la salud como “un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta, el cual se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y

la enfermedad física y su aplicación, es decir, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

- Brannon y Feist (2001, p. 30), definen la Psicología de la salud 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, la mejoría del sistema sanitario y la sensibilización de la opinión pública a los temas relacionados con la salud”.

Lo que es importante destacar es lo siguiente:

- La Psicología de la salud no es una Psicología diferente, es una rama aplicada de una disciplina más general.
- Le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, que se asume en su carácter multicausado con acciones que se producen por personas y para personas.
- Se ocupa no sólo de la atención o curación de los enfermos, sino también de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Weinman (1990, en Roa, 1995) señala que en la actualidad la Psicología de la salud se centra en el estudio teórico y aplicado de los siguientes temas:

- a) Los comportamientos como factores de riesgo para la salud
- b) El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos
- c) Las cognición, toma de decisiones y adherencia
- d) La comunicación, toma de decisiones y adherencia
- e) El medio ambiente en que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que se someta a los pacientes
- f) El afrontamiento de la incapacidad y la enfermedad

En cuanto al campo de intervención, la Psicología de la salud esta centrada en el nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria (por ejemplo a través de programas de salud). Los diferentes tipos de intervención están dirigidas a

(Labiano, 2004): 1) Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud; 2) Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad; 3) Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad; y 4) Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

Rodín y Estone (1987, en Roa, 1995) plantean que se puede dividir en dos planos diferenciados la intervención dentro de los espacios del sector salud: a) una Psicología clínica de la salud (más particular) que se refiere a los factores o aspectos de la salud-enfermedad en los que el estado psicológico o la conducta individual constituyan el problema central (incluyendo aquí el concepto de salud mental) y los psicólogos trabajen en forma directa con las instituciones de salud de diferente tipo, y b) una Psicología de la salud no clínica (más general) que abarcaría cualquier aspecto de la psicología orientado al estudio de las relaciones entre conducta y salud-enfermedad, tanto desde la investigación básica (por ejemplo, factores ambientales de riesgo para la salud), como en lo referente a la investigación aplicada (por ejemplo sobre programas de prevención y educación para la salud), además de participar en la formulación de políticas de salud, el diseño de programas de alcance nacional o regional, etcétera.

Con todo ello se pueden establecer las perspectivas de futuro de esta disciplina que están relacionadas con la idea de salud comunitaria, el auge de la prevención primaria (planificación familiar, salud prenatal e infantil, enfermedades de transmisión sexual, etc.), promoción (el fumar y la salud, abuso de alcohol y drogas, buena salud física y ejercicio, control del estrés y conductas violentas, etc.) y protección (seguridad y salud laboral, prevención de accidentes, evaluación y control de las enfermedades infecciosas, etc.) de la salud (Labiano, 2004).

CAPITULO 2. PSICOLOGÍA COMUNITARIA

2.1 Panorama histórico

La Psicología comunitaria surge a partir de las demandas y déficits específicos de una realidad social, política y cultural concreta que impregna todos sus espacios, por lo que existen prácticamente tantas psicologías comunitarias como entornos culturales podemos encontrar. Es una disciplina “cuasi-camaleónica”, en el sentido de que se adapta y se transforma en función de la realidad de la sociedad que investiga y en la que interviene. Dos contextos son fundamentales para entender lo que actualmente se hace en Psicología comunitaria (Musitu, 2004):

En primer lugar, se encuentra el *contexto anglosajón*, incidiendo fundamentalmente en Estados Unidos, país en el que surge y se instituye formalmente el concepto de Psicología comunitaria, en la conferencia de Swampscott (Boston), en 1965. La Psicología comunitaria, en su etapa inicial, se caracterizó por el énfasis en propuestas de intervención individualistas, basadas en una Psicología clínica estrechamente ligada a la enfermedad psiquiátrica. Durante la década de los setenta se presentó una gran crisis, en la cual la sociedad norteamericana se concientiza de las desigualdades existentes entre la población, los profesionales de la salud mental comienzan a gestar una insatisfacción con el modelo médico tradicional y se produce un cambio en el concepto de “salud”. Por lo que en la década de los ochenta y los noventa, se empiezan a realizar algunos esfuerzos encaminados a movilizar a la comunidad y a facilitar la creación de agrupaciones y asociaciones. Finalmente en los años noventa, se amplía la perspectiva surgiendo una Psicología comunitaria de corte más social y con programas preventivos hacia mejorar la salud mental, aunque siempre dependiente de las políticas sociales que caracterizan los periodos republicanos o demócratas; los primeros más centrados en apoyar el individualismo y la familia y los segundos más preocupados por adoptar estrategias de corte más comunitario.

En segundo lugar, está el *contexto latinoamericano* que, desde los años cincuenta y sesenta ya se realizaban numerosas intervenciones en diferentes comunidades, pero

oficialmente, la Psicología comunitaria latinoamericana, suele situarse en los años setenta ya que su origen y trayectoria corren dependientes y paralelos a las tendencias que existían en los Estados Unidos, con la diferencia de que se apoyaba en la coexistencia de una Psicología social comunitaria cuyas preocupaciones eran la desigualdad social, la pobreza, el cambio social y la intervención en los problemas derivados de la dependencia y el subdesarrollo (Carranza y Almeida, 1995). A finales de los ochenta y principios de los noventa, se enfatizó en la diferencia entre: a) Psicología comunitaria, más próxima a la salud mental y mejorando el bienestar del individuo, y b) Psicología social comunitaria, con referentes teóricos sociales como la educación, la autogestión de las comunidades, la participación social, los movimientos comunales, etc., es así, como en América latina, tiende a imponerse el término de Psicología social comunitaria, mientras que en el contexto anglosajón, la disciplina se presenta bajo la denominación habitual de Psicología comunitaria. Otro aspecto en lo que difieren estos contextos son en los aspectos metodológicos, ya que en Latinoamérica es la Investigación Acción Participativa (IAP) la predominante al igual que la metodología etnográfica y cualitativa.

Aunque se trata de países muy diferentes, la Psicología comunitaria se ha caracterizado por el compromiso y la concientización, como por ejemplo:

Argentina, las intervenciones en salud mental se hacen desde una perspectiva teórica de antecedentes psicoanalíticos y se busca la autonomía, la autogestión y la democratización de la comunidad, utiliza estrategias metodológicas de la educación popular, del modelo de desarrollo de las comunidades y del cambio social planificado; *Brasil*, el desarrollo teórico y la organización de programas académicos en psicología social comunitaria esta muy avanzado, en los sesenta se enfocaron a realizar trabajos en salud mental comunitaria y en los setenta se centraron en las estrategias metodológicas; *Chile*, su base teórica alude a un modelo del ser humano integral de conducta y subjetividad, centrado en la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas a través de la participación de la comunidad identificando sus necesidades y planificando e implementando programas de intervención; *Colombia*, su enfoque teórico se basa en conceptos psicodinámicos, existencialistas y marxistas; han realizado intervenciones tanto en salud mental como en el desarrollo de la organización

comunitaria en el medio escolar, hospitalario y de escasos recursos; *Puerto Rico*, existe un programa de postgrado en Psicología social comunitaria cuya premisa es que la comunidad posea recursos y su intervención debe estar dirigida a facilitar su identificación, utilización y potenciación; su orientación teórica actual esta centrada en el construccionismo social; *Venezuela*, han avanzado en la producción teórica propia, especialmente en lo relativo al concepto de comunidad, el papel de las necesidades comunitarias y las confrontaciones ideológicas; el interaccionismo simbólico y el construccionismo social han sido soportes teóricos fundamentales (Martín, 1998).

Con respecto a *México*, históricamente la promoción social se inicia alrededor de las misiones culturales, de las campañas de alfabetización y de la reforma agraria; a esto le siguió el desarrollo de la comunidad dentro del programa modernizador de la agricultura nacional, patrocinado por consorcios internacionales, destinada a abaratar la mano de obra de los proyectos públicos y de las empresas privadas y a incrementar el control político de la población. El desarrollo de la comunidad en México y la Psicología comunitaria, se promueve tradicionalmente mediante tres modalidades distintas: a) establecimiento de centros de desarrollo de la comunidad, centros de salud en zonas geográficas específicas, en donde un equipo dirige sus actividades hacia la promoción del bienestar social y la prevención de problemas psicosociales; b) inserción de una pareja o equipo en una comunidad marginada, con un objetivo específico de servicio y por un período de tiempo delimitado; c) formación de grupos de trabajo comunitario, son agentes externos de cambio en la comunidad y que pretenden favorecer en ella un proceso de autogestión (Carranza y Almeida, 1995). En cuanto a la investigación que se lleva a cabo en este país, en los últimos años se ha caracterizado por buscar modelos alternativos de trabajos en grupos de escasos recursos, tanto en áreas urbanas como rurales y aún cuando no hay todavía una teoría ni metodología propias, existe un acuerdo por estimular la participación de las personas y los psicólogos para identificar las prioridades de la acción comunitaria y las principales formas de planificación (Martín, 1998).

En conclusión, la Psicología comunitaria surgió básicamente enfatizando objetivos comunitarios y sociales en una perspectiva preventiva y educativa, diferenciándose de

los objetivos marcadamente individuales y asistencialistas de los psicólogos clínicos. Se ha llegado a contrastar las formas de trabajar respectivas de los dos modelos existentes dentro del sector salud en general y dentro de la Psicología en particular: modelo biomédico tradicional (psicológico individual) y el psicosocial comunitario, ejemplo de esto es el esquema elaborado a partir de Bloom (1973, 1984), Rappaport (1977), Zax y Specter (1979), Calderón (1981), Costa y López (1986), Ovejero (1987), Sánchez (1991), Hombrados (1996), y Serrano y Cols. (1992,1998) (en Musitu, 2004):

Aspecto comparado	Modelo psicológico individual	Modelo psicosocial comunitario
Objeto	Rasgos y procesos de la persona afectada por un problema.	Entorno social e interacción de la persona con su ambiente.
Objetivo	Prevención terciaria de trastornos individuales; resolución asistencial de las disfunciones diagnosticadas.	Prevención (principalmente) primaria de problemas <i>sociales</i> y promoción del bienestar y la calidad de vida.
Estrategia	Modelo <i>reactivo</i> : espera pasiva <ul style="list-style-type: none"> • del deterioro de la salud mental, • de alguien que llamará a la puerta por su propia iniciativa, • desde un consultorio o centro asistencial, aislado del mundo real, • para realizar un servicio directo a la persona cliente, • mediante psicoterapia reparadora, paliativa, curativa, de larga duración, • orientada al reajuste del comportamiento <i>anormal</i> a los imperativos de un principio de realidad (normalidad) social incuestionado e inalterado. 	Modelo <i>proactivo</i> : anticipación activa <ul style="list-style-type: none"> • a los acontecimientos problemáticos, • de acuerdo con un plan establecido. • en el espacio-tiempo natural de la vida comunitaria, • mediante acciones indirectas (ingeniería social, educación, etc.), • directas, en forma de terapias breves o de intervención en crisis, • orientadas al fortalecimiento y desarrollo, • en personas y en colectivos, de la capacidad de autoafirmación positiva y de control efectivo de su entorno.
Investigación e intervención	Protagonizadas por una persona profesional individual, en su calidad de <i>experta</i> y <i>especialista</i> que trabaja: <ul style="list-style-type: none"> • desde una perspectiva monodisciplinar, monoprofesional, monoparadigmática y monometodológica, • de forma directiva, • desde una posición vertical, de monopolio del poder y del saber, • en una relación asimétrica de sujeto a objeto, • sobre una persona paciente, pasiva y heterónoma. 	A cargo de un equipo integrado por profesionales y paraprofesionales que trabajan: <ul style="list-style-type: none"> • desde una óptica interdisciplinaria, multiprofesional, multiparadigmática y multimetodológica, • de forma participativa, • desde una posición horizontal, compartiendo el poder y el saber, • en una relación simétrica de sujeto a sujeto, • con personas y grupos activos y autónomos.

2.2 Trabajo clínico en Psicología Comunitaria

Montenegro (2004), refiere que los grupos humanos, aunque comparten ciertas vivencias o tengan necesidades semejantes por el hecho de compartir una comunidad, no son homogéneos entre sí y estas diferencias, justamente, proporcionan una riqueza para las relaciones sociales y el trabajo en grupo dentro de las comunidades. Por ello, la comunidad es la unidad por excelencia donde desarrolla su acción la Psicología comunitaria, pues dentro de la comunidad se establecen relaciones sociales de apoyo y se desarrolla el trabajo comunitario que genera la transformación social, además de constituir un espacio empírico de investigación (a través del diagnóstico comunitario) y acción al permitir conocer las características demográficas de cierta comunidad, indagar sobre las necesidades que se perciben por parte de los miembros de la comunidad acerca de sus condiciones de vida o explorar las características de las relaciones sociales que allí se desarrollan.

Para entender más el modelo psicosocial comunitario, es necesario conocer la forma en que diversos autores han conceptualizado la trascendencia de la Psicología comunitaria:

- “Surge como una alternativa a la psicología clínica, orientándose a la comprensión y resolución de ciertos problemas o patologías con un fuerte componente socioambiental (drogadicción, marginación, delincuencia), en los que la mejor metodología, por la índole de los mismos, es su abordaje a niveles comunitarios; siendo el objeto de su actuación la mejora de ambientes y recursos sociales y el aumento de las habilidades y competencias personales para mejorar el ajuste entre personas y ambientes y la calidad de vida en la comunidad” (Sarason, 1974; Rappaport, 1977; Mann, 1978, en Godoy, 1999, p. 70).
- “Intento de hacer los campos de la psicología aplicada más efectivos en la práctica de sus servicios, y más sensibles a las necesidades y deseos de las comunidades a las que sirven” (Bender, 1981 en Gómez, 2002, p. 62).

- “Debe estar destinada a la comprensión, explicación y solución de los problemas desde un punto de vista que se encuentra por encima de lo individual (es decir, desde lo social o comunitario); enfocando su actuación preferentemente, aunque no únicamente, en el cambio y la mejora del medio” (Zax y Specter, 1978, p. 94).
- Mientras que Caplan (en Calderon, 1984, p. 20), habla de una Psiquiatría orientada a la comunidad (más que una psicología comunitaria) y la define como el “conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en una población determinada. Se entiende la psiquiatría comunitaria como la utilización de todos los recursos de una comunidad determinada para tratar de alcanzar el máximo de salud mental de sus propios integrantes”.
- Una de las definiciones más recientes es la que menciona Cantera en el 2004, de Psicología comunitaria como “una disciplina que trata de analizar e intervenir en los contextos en los que se desarrolla la persona, intentando comprender cómo percibe ésta los contextos y tratando de identificar recursos, tanto de la propia persona como de los contextos en los que interacciona con el objeto de potenciar su desarrollo (p. 82)”. Para él, el valor de la Psicología comunitaria con respecto a la salud mental comunitaria, radica en enfatizar la importancia del “cambio” no sólo de la persona para adaptarse mejor a su ambiente, sino también de todo el ambiente insano, para que las personas puedan desarrollar una vida sana, ya que muchos de los problemas de las personas pueden resolverse de la mejor manera posible en el ámbito comunitario.

Después de haber revisado estas definiciones de Psicología comunitaria, es importante resaltar algunos aspectos en los que se centra esta Psicología (Gómez, 2002): a) crítica al ejercicio tradicional de la Psicología aplicada por su elitismo y exagerada acentuación de los determinantes individuales e intrapsíquicos del

comportamiento; b) la importancia del estudio científico de la relación entre el individuo y los sistemas sociales desde una perspectiva interdisciplinaria; c) la acentuación de la intervención primaria como objetivo básico de la intervención psicológica; d) la necesidad de que la Psicología aporte elementos teóricos prácticos significativos tanto para la solución de los grandes problemas sociales como para el diseño de estrategias que facilitan el desarrollo de nuevos y mejores modelos de cambio social; e) inclusión de comunidades marginadas y grupos desfavorecidos dentro de los destinatarios de los servicios profesionales de los psicólogos; f) la urgencia de nuevos programas de estudio que contribuyan a la formación de psicólogos con nuevos roles profesionales y de ejercer la profesión en una variedad de contextos diferentes a los tradicionales; y e) la importancia de impulsar modelos y teorías orientados hacia la salud y el crecimiento.

Con respecto al objetivo de estudio de la Psicología comunitaria, este 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). Valenzuela (1995), hace referencia a tres aproximaciones que abordan la relación que puede tener la comunidad y la Psicología comunitaria a partir de los objetivos a trabajar:

- a) *La Psicología en la comunidad*; enfatiza la instalación de servicios sin incluir a la comunidad en la definición de sus objetivos y necesidades.
- b) *La Psicología de la comunidad*; esta se convierte en un objeto de estudio que se aborda para ser descrito, ubicado o clasificado.
- c) *La Psicología Comunitaria*, incluye programas de trabajo que se definen con y desde la comunidad.

Estas aproximaciones resultan útiles para determinar la forma en la que se articulan 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 a los supuestos básicos del enfoque comunitario (Gómez, 2002), podemos encontrar que *acentúa la prevención primaria* (dirigida a evitar la aparición de un problema alteración o mal que pudiera afectar al individuo o a su comunidad), es *comprendivo u holista* (pretende actuar a cualquier nivel y en cualquier población), es *desprofesionalizante* (busca facilitar el proceso mediante el cual individuos y grupos asuman responsablemente su propio poder en su salud y acción social), es *interdisciplinario* (se puede aplicar a todas las profesiones y a su vez necesita de la colaboración de los diversos campos profesionales y científicos), es *concientizador y politizante* (en la medida en que la comunidad trabaja para sí se percata de su propio poder y hace público sus problemas), y *se orienta hacia la salud y el crecimiento* (destaca la tendencia hacia la autorrealización, la conducta y las relaciones interpersonales sanas, el desarrollo y la forma de actuar constructiva y benéfica para así mismo y para sus semejantes).

Con respecto a las intervenciones que se pueden llevar a cabo utilizando la Psicología comunitaria, San Martín (1988), propone que se tome en cuenta las siguientes dimensiones:

1. *Dimensión ecológica*; esta dimensión es un componente esencial del modelo de campo en el cual el ser humano está permanentemente expuesto a la relación bidireccional con el ambiente físico-químico, biológico y sociocultural. El diseño ambiental puede ser manejado y aplicado directamente por la gente en el diseño de su propio ambiente personal.
2. *Dimensión participativa*; la OMS ha aludido a la participación como una dimensión esencial de las intervenciones de salud; la atención primaria exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de esta atención primaria. La conducta de participación es susceptible de ser aprendida y entrenada, por ello, será preciso que se diseñen programas que promuevan ese aprendizaje.
3. *Dimensión prevención y promoción de la salud*; la intervención preventiva trata de evitar anticipadamente que se produzcan comportamientos que determinan problemas de salud, y la promoción pretende instaurar en la historia personal de

la gente, las organizaciones y las comunidades, además de comportamientos que favorezcan y desarrollen una cultura de la salud.

Nelly (1990, en Gómez, 2002) evalúa el progreso alcanzado en la Psicología comunitaria como son: el desarrollo de métodos de intervención comunitaria; cambios en el estilo de administración de los servicios; creciente literatura de intervención e investigación en prevención primaria; el papel del entorno social y su impacto sobre el diseño de programas de tipo comunitario y el desarrollo de modelos de salud integral basados en los recursos de la persona. En cuanto a las limitaciones dentro de este marco se observa la falta de metodología apropiada para la investigación comunitaria, problemas de relación entre la teoría y la práctica al considerar la diversidad de los contextos socioculturales en los que se aplican programas de intervención comunitaria y la falta de un vínculo entre la intervención comunitaria y teoría del campo social que se supone la sustenta; además de que la mayoría de los planes de estudio siguen dejando fuera las necesidades de las mayorías y continúan preparando psicólogos para atender necesidades de tipo individual, ya sea con modelos de corte psicoanalítico (que exageran la importancia de elementos intrapsíquicos del comportamiento), o con modelos del análisis experimental de la conducta (que descuidan el valor de los fenómenos subjetivos).

En México, desde el inicio de los años 70 aparecen esfuerzos por acercarse a las necesidades de las mayorías desfavorecidas y a pesar de que en la actualidad existen estrategias de intervención, aproximaciones teóricas y métodos de evaluación en el campo de la intervención primaria, ésta no se ha establecido como una actividad prioritaria en nuestro país, exceptuando el caso de prevención de catástrofes y desastres naturales; además de que temas como la violencia, el crimen, el abuso de sustancias, el desempleo, el embarazo juvenil, la pobreza y la discriminación siguen siendo problemas a tratar y urgentes (Gómez, 2002).

Por ello, el surgimiento de opciones como las que plantean los programas de solidaridad permiten ver las direcciones que pueden seguir la creciente participación de los ciudadanos en la solución de problemas y enfrentamiento de necesidades, lo que

implica contar con el conocimiento teórico acerca de algunos conceptos fundamentales que permitan comprender el panorama básico de cómo se piensa y se trabaja en la Psicología comunitaria como son:

1) *Problemas sociales*

Se refiere a una situación que representa una falta de armonía con los valores de una sociedad dada, viola las normas generales compartidas en un sistema social y tiene impacto negativo sobre la vida de un segmento considerable de la población. Existen dos grandes tendencias para entender los problemas sociales (Montenegro, 2004): *el objetivismo*, consiste en el estudio sistemático de las condiciones de vida de las personas para detectar las problemáticas que les envuelven, y *el subjetivismo*, que consiste en que un grupo significativo de la sociedad percibe y define algunas condiciones como problema y a la vez pone en marcha acciones para resolverlo; además de dos tipos de posturas a) *las posturas funcionalistas*, que proponen que los problemas sociales surgen a partir de desequilibrios presentes en la sociedad por un mal funcionamiento de las estructuras sociales y b) *las posiciones conflictivistas*, que plantean que los problemas sociales son un reflejo de las desigualdades en la distribución de recursos y de poder en una sociedad, aquí entran las perspectivas participativas de intervención social como lo es la Psicología comunitaria.

Por ello, los problemas pueden clasificarse en (Contreras y González, 2001):

- *Problemas sentidos por la comunidad*; son los problemas que están latentes en la vida de la comunidad, la cual espera solución para ellos y a veces esta dispuesta a buscarla por si misma. Pueden recogerse a través de las entrevistas individuales o de las reuniones en general.
- *Problemas reconocidos por las autoridades o instituciones*; a cerca de los cuales se ha tomado o se intenta tomar alguna resolución.
- *Problemas descubiertos por los técnicos o profesionales de la salud*; son los captados por equipo responsable del programa, tanto en el transcurso de la investigación preliminar o de investigación a fondo.

2) *Estilo de vida*

En épocas recientes, se ha considerado al estilo de vida como el factor más importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, ya que en gran medida el modo de vida personal determinará el modo en que uno muera, es decir, el conjunto de comportamientos que un individuo ponga en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana, podrán ser pertinentes para el mantenimiento de su salud o lo colocarán en situación de riesgo para la enfermedad.

Gil Roales (1988, en Labiano, 2004), plantea que se puede detectar tres aproximaciones a este concepto:

- *Enfoque genérico*; concibe al estilo de vida como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural. Dentro de esta perspectiva se encuentra la definición propuesta por Reynoso y Seligson (2002, p. 25), la cual se refiere a la “serie de conductas cotidianas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedades”; al igual que la de Singer (1982, en Labiano, 2004, p. 29), en la que menciona que “es una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día”. Desde esta forma genérica, se ha propuesto la idea de dos estilos de vida: 1) *Estilo de vida saludable*, con dos dimensiones que califican como a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc., y b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc., y 2. *Estilo de vida libre*, caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior como el consumo de alcohol, de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física.
- *Enfoque socializado*; está relacionada con la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Esta dimensión social entiende el estilo de vida como una interacción de responsabilidad individual y política, es decir, la forma de vida de las personas no es sólo una cuestión de voluntad o sentido de responsabilidad, sino que va más

allá como lo es la pobreza o el desempleo. En esta forma socializada se destaca la definición propuesta por Abel (1991, en Labiano, 2004, p. 30), quien establece que el estilo de vida en salud “comprende patrones de conducta relacionados con la salud, valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico”.

- *Enfoque pragmático*; parte de la evidencia empírica que demuestra que para la salud ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras. Las definiciones que engloban este enfoque comparten la característica común de centrarse en ciertas pautas de comportamiento cuyo efecto es la promoción de la salud o la potenciación de los riesgos. Definiciones representativas de esta forma pragmática pueden ser la de Mechanic (1986, en Labiano, 2004, p. 31) quien lo describe como “patrones de respuestas relacionados con la salud cuando una persona no tiene síntomas específicos”; Matarazzo (1984, en Labiano, 2004, p. 31), lo define como “inmunógenos conductuales a las actividades o hábitos de vida que reducen el riesgo de morbilidad y muerte prematura, lo cual representa, por tanto, un escudo de defensas conductuales contra la enfermedad”.

En un sentido amplio, un estilo de vida saludable podrá ser adoptado si se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello.

3) Necesidades y Recursos

El concepto de necesidades tiene una connotación más universal que el de problema social (mencionado anteriormente) y más cuando se alude a las necesidades humanas. Por ello, existen dificultades para llegar a una definición precisa de necesidad porque, tal como la noción de salud, ella es ambigua en el sentido de que es subjetiva y objetiva al mismo tiempo (además de que en ocasiones las personas suelen confundir las necesidades con los deseos). Para Montenegro (2004, p. 63), las necesidades son “aquellos elementos económicos, sociales y culturales necesarios para un desarrollo razonable de la vida de las personas en las sociedades actuales, existiendo dos grandes categorías de necesidades: a) *las básicas*; relacionadas con la supervivencia, como pueden ser la alimentación, vivienda, vestimenta, salud, educación, etc., y b) *las*

de desarrollo; estrechamente unidas a elementos educativos, sociales y culturales, como pueden ser la satisfacción en el trabajo, las libertades humanas y políticas, la paz, la eliminación de las guerras y del armamentismo, el respeto entre los seres humanos, el bienestar, etcétera”.

Las necesidades y las formas de satisfacción de las mismas están atravesadas por formas culturales impregnadas de lo que se define en un contexto dado como indispensable para vivir, esto ha creado una ambigüedad en la noción de necesidad debido a la oposición que existe entre *necesidades reales* (que se utiliza para designar un mínimo vital después del cual comienza la pobreza absoluta) y *necesidades percibidas* (que corresponden a las que la población identifica a través de síntomas o a través de la demanda de servicios, atenciones de salud o de enfermedad), ya que esta última, puede ser muy subjetiva o no prioritaria y entonces podría pensarse que las necesidades de salud de la comunidad son expresadas a través de la demanda de servicios curativos y sanitarios-sociales existentes, sin embargo los servicios de salud no responden a todas las necesidades de salud de las comunidades, sino sólo a algunas de ellas. Por ello, el ser humano tiene que escoger o limitarse al no poder satisfacer simultáneamente todas sus necesidades (San Martín y Pastor, 1988), las cuales se desarrollan, cambian y se producen nuevas, a veces indispensables para la vida y otras veces negativas e incluso agresivas.

Existe una clasificación de las necesidades que es ampliamente compartida en la literatura sobre intervención social (Montenegro, 2004):

- *Necesidad normativa*; se refiere a aquella necesidad que definen un valor normativo compartido en la sociedad. Usualmente son establecidas a partir del conocimiento experto de administradores, profesionales o científicos sociales que definen algo como necesidad en un momento determinado con base en el establecimiento de un nivel deseable; si un individuo o grupo quedan por debajo, se concluye que está en situación de necesidad.
- *Necesidades percibidas*; son aquellas percibidas por la población o por los miembros de una comunidad dada. Dependen del grado de información que la población tenga sobre sus propios problemas y de los recursos comunitarios que posea. En la literatura propia de la Psicología comunitaria este tipo de

necesidades son conceptualizadas como necesidades sentidas, que son aquellas necesidades que los miembros de la comunidad ven como propias de su contexto comunitario.

- *Necesidades expresadas*; son aquellas necesidades percibidas que son manifestadas por la población (o por sectores de la misma) al contacto con organismos que dicha población cree componentes para su resolución.
- *Necesidades compartidas*: son aquellas necesidades que se fundamentan en la comparación que hace un sector de la población con otro grupo similar, es decir, son necesidades que surgen cuando el grupo que las percibe entiende que están siendo satisfechas para otro grupo y no para ellos.

Con respecto al concepto de recursos, son “todos aquellos medios que contribuyen a la producción y distribución de los bienes y servicios de que los seres humanos hacen uso” (Dorchs, 1985, p. 440). Existen básicamente tres tipos de recursos: a) naturales; factores de producción proporcionados por la naturaleza sin modificación previa realizada por el hombre, b) culturales; aquellos bienes de la naturaleza transformados por el hombre y c) humanos; como el trabajo, la técnica, la organización empresarial y social, etc.

Pero cuando alguno de estos tipos de recursos están siendo escasos o mal distribuidos frente a la amplitud y diversidad de las necesidades humanas, se puede observar que las personas echan mano de los “recursos psicológicos” como una de las opciones que les permite enfrentar o recuperarse de las crisis que producen diversas situaciones difíciles, ya sea personales o del propio ambiente en el que se encuentran¹. Lo más importante ante un problema, es la forma en que la persona reacciona y su capacidad para recuperarse, que no es un rasgo que una persona tenga o no, sino que implica una serie de conductas, pensamientos y acciones que pueden aprenderse y desarrollarse. Algunos recursos psicológicos que sirven de ayuda para afrontar crisis o situaciones estresantes son: a) *capacidad para tolerar y manejar emociones intensas*, b) *capacidad para estar solo sin sentirse solo*, c) *capacidad para tratar de calmarse a*

¹ http://es.wikipedia.org/wiki/Recurso_natural.

uno mismo, d) *capacidad de autoprotección* (prediciendo consecuencias y estableciendo fronteras apropiadas entre uno y los demás) y e) *desarrollar la capacidad de recuperación* (buscar el apoyo de los demás, no ver las crisis como problemas insuperables, aceptar que el cambio es parte de la vida, actuar, etc.) (Muñoz, 2007).

Así, tanto los recursos psicológicos como los recursos sociales, están relacionados con la probabilidad de permanecer sanos bajo estrés y con la rapidez para recuperarse de una enfermedad.

4) Comunidad

En general, la comunidad es definida como “una agrupación de población en la que los miembros de ellas están o pueden estar en contacto directo los unos con los otros; tienen intereses sociales, ciertos valores y objetivos en común; pueden ser geográficas, territoriales, socio-económicas, profesionales o simplemente tradicionales” (San Martín y Pastor, 1988, p. 14). Maritza Montero en 1998, acuñó una definición concreta de comunidad para diferenciarla de otros grupos sociales: “Se trata de un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparten 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” (en Montenegro, 2004, p. 45).

Una característica importante al interior de las comunidades es *su sentido de comunidad*, que hace referencia a aquellos sentimientos que unen a sus miembros como personas que pertenecen a un grupo y se autodefinen como tal, además de estar dado por las vivencias que han compartido. Así, el sentido de comunidad se define a partir de la existencia de una comunidad y viceversa, por lo que se puede notar que el sentido de comunidad actúa como elemento cohesionador y potenciador de la *acción en común* que es entendida como aquellas reflexiones y actividades que se llevan a cabo por parte de los miembros de la comunidad a partir de una organización o grupo

comunitario, y que buscan la transformación de situaciones que ellos ven como problemáticas (Montenegro, 2004).

En 1887, Tönnies (en Cantera, 2004) esboza de forma directa la relación de la comunidad con la salud al contraponer la comunidad con la asociación: a) *la forma comunitaria* de convivencia tiene una base orgánica, natural, emocional, espontánea, moral, estable y vital por ejemplo la familia, el vecindario, la nación e instituciones que forjan sus vínculos en la tradición, símbolos, creencias o sentimientos compartidos, las personas permanecen unidas a pesar de los factores separadores; y b) *la forma asociacional* es de carácter predominantemente racional, artificial, instrumental, utilitario, estratégico y establecido, por ejemplo la empresa, el sindicato, la ciudad y el Estado que aparecen como agrupaciones sociales en función de intereses, las personas permanecen separadas, a pesar de los factores unificadores.

En el transcurso del siglo XX, aumenta la preocupación por los indicios de crisis, desintegración social y cultural de lo comunitario debido a las múltiples formas y oportunidades de malestar social y de enajenación personal que brinda la sociedad contemporánea. Es así como resultan observables tendencias de cambio de lo comunitario a lo asociacional por los nuevos valores dominantes en la vida moderna industrial, capitalista y urbana que conllevan a crear problemáticas sociales como la pobreza, violencia callejera y doméstica, delincuencia y criminalidad, alcoholismo y otras drogas, fracaso escolar, laboral y familiar; y malestar cultural. Por eso, el mantenimiento y la recuperación de este factor psicosocial constituye un desafío fundamental para la sociedad, la política y la intervención comunitaria en los campos de la salud.

Con respecto a este último punto, se ha observado que al trabajar en comunidad las personas tienden a colocar la responsabilidad de su salud en el profesional debido a que la mayoría de los programas perciben a la salud como algo individual donde se anula la capacidad de actuar sobre determinantes sociales que interjuegan sobre el paciente, ya que se limitan a lo curativo como se describe en la concepción liberal en salud (Stolkiner, en Vídela, 1991). Esto ha originado actitudes de desempoderamiento y sometimiento en las comunidades, por ello se ha enfatizado la importancia de fomentar

la participación de los mismos por medio de la educación para la salud; un modelo que se ha utilizado es el “Concepción participante integral” propuesto en Alma-Ata (1978, en Vídela, 1991), cuyo fin es transformar el eje de participación en el pivote sobre el cual se centra la propuesta de modificar las actitudes de sometimiento en actitudes de autoridad, buscando romper con el vínculo de poder-saber entre los especialistas y la población por medio de la equidad (al reconocer la existencia de desigualdades reales y poner al alcance de quien más lo necesita los recursos, del desarrollo de capacidades propias (al restituir a las comunidades un rol activo en el cuidado y la protección de su propia salud, que hasta el momento está en manos de los profesionales) y de una coordinación intersectorial (al colaborar y cooperar entre los distintos sectores sociales y económicos, buscando el intercambio y optimización de recursos).

2.3 Importancia del diagnóstico en el trabajo comunitario

Es probable que el principal problema de salud que existe en el mundo actualmente sea la ignorancia de las poblaciones humanas, sobre cómo proteger y fomentar la salud individual y colectiva, y la falta de autonomía de la gente para desarrollar una verdadera “cultura de la salud”. Por lo que la medición del nivel de salud en la población, es una prioridad para identificar riesgos potenciales relacionados con esta falta de cultura de conductas saludables (Ander-Egg, 1991).

Una manera de identificar dichos riesgos, es a través de un *diagnóstico de salud* el cual consiste en “el estudio psicosocial de la comunidad por medio de distintas técnicas de investigación, a modo de lograr captar las situaciones problemas (reales o sentidas) que permitan una acción inmediata para su solución” (Contreras y González 2001, p. 36). Es así, como el diagnóstico sirve para determinar cuales son los problemas y necesidades más urgentes, conocer los recursos con los que cuenta la comunidad (naturales, humanos y físicos) y saber el grado de sensibilización que tienen sus miembros sobre los problemas que confrontan, su actitud frente a ellos y hasta que punto están dispuestos al cambio. La forma para entrar en contacto con una comunidad e iniciar conjuntamente el trabajo conlleva a plantear dentro del proceso de detección y evaluación de necesidades algunos objetivos de lo que se espera obtener como

(Gómez, 2002): 1) información acerca de los problemas que se presentan en la comunidad, desde el punto de vista del grupo como de las personas externas, 2) estimar las poblaciones mayormente afectadas, 3) determinar el grado en que se prestan servicios, 4) conocer los problemas que le interesan al grupo e intervenir, 5) información acerca de los recursos materiales y humanos con los que cuenta la comunidad, etcétera.

Se han establecido dos tipos de diagnóstico que son el diagnóstico preliminar (primera aproximación a la situación-problema) y el diagnóstico resultante de un estudio sistemático; tanto el primero como el segundo, se encuentran integrados por una serie de etapas dentro del proceso diagnóstico (Ander-Egg, 1991):

- *Recolección de información*; donde se encuentran los censos, los registros, la observación, la documentación, las encuestas en el terreno, etc.
- *Ordenamiento de la información* (presentación, utilización, interpretación de la misma); identificación de los problemas de salud existentes en la comunidad (morbilidad, mortalidad, invalidez, accidentes, vida promedio, etc.); los problemas sentidos, los riesgos y los recursos existentes en el ambiente social (personal, presupuestos, equipos, establecimientos, etc.); la demografía; las tendencias de la comunidad; el nivel de vida y condiciones materiales; el bienestar social; etc.
- *Jerarquización de los problemas y necesidades*; en relación a ciertos criterios formulados que permitan dar prioridades a las intervenciones.
- *Planificación de actividades de salud con objetivos precisos*; es el resultado de las etapas anteriores y busca solucionar los problemas prioritarios y las necesidades reales.

Warheit, Bell y Schwab (1976, en Gómez, 2002), desarrollaron un modelo que describe cinco métodos básicos para realizar la detección de necesidades:

- *El método de la entrevista con informantes calificados*; consiste en entrevistar o aplicar cuestionarios a personas clave de la comunidad (trabajadores de servicio público, dependiente de tienda, farmacias, etc.).

- *El método del foro comunitario*; opera con base en reuniones abiertas de la comunidad en los que los participantes expresen en forma directa y abierta sus opiniones acerca de temas de interés comunitario.
- *El método del estudio de la población que recibe un servicio o tratamiento*. Analiza datos concernientes a la frecuencia, duración y tipo de servicios a los que acuden la comunidad.
- *El método de la investigación formal de campo*. Consiste en la aplicación de diversos instrumentos de investigación formal como escalas y cuestionarios, a una muestra representativa o específica elegidas para el estudio. Este método es el indicado cuando se desean datos más válidos, confiables y cuantificables.
- *El enfoque de los indicadores sociales*. Se basa en el análisis de datos sobre la población que se encuentran disponibles en registros, archivos o crónicas.

Es así, como el profesional de la salud debe disponer de diversas herramientas o instrumentos que le permitan la obtención de información dentro de los cuales podemos encontrar los ya mencionados además de la observación, las escalas sociométricas, las pruebas psicológicas, entre otras. Sin embargo, estas herramientas no siempre cumplen con el fin que se busca ya que pueden presentarse limitaciones causadas por el tipo de herramienta que se elija y la forma de uso, y/o aspectos provenientes de la comunidad como son las esperanzas y expectativas de la gente, las demandas familiares y de trabajo, los problemas, el liderazgo fuerte y oportuno, los recursos financieros adecuados, la aprobación de la comunidad cuando la gente intenta cambiar diferentes aspectos, y el contexto social y político en que se vive (Morales, Vázquez y Martínez, en prensa).

Por ello, se utilizan indicadores que permiten medir el alcance del problema a través de que los habitantes de la comunidad documenten el desarrollo y la salud de la misma, así se obtiene la información requerida para el diagnóstico comunitario y se determinan los problemas en los cuales se planea intervenir estableciéndose por prioridades las actividades correctivas que se aplicarán. San Martín y Pastor (1988), proponen las siguientes áreas a explorar cuando se realiza un diagnóstico comunitario: historia y evolución de la comunidad, geografía, demografía, información política e

institucional, información educacional y cultural, información de la vida comunitaria, información socioeconómica, información específica sobre la salud de la población y otra información útil según el criterio de los investigadores, estas áreas pueden centrarse en objetivos de estudio como conocer en detalle la demografía de la comunidad y sus tendencias, reconocer las condiciones ambientales de la vida de la población, identificar riesgos para la salud y los problemas sociales, culturales y económicos, etc. Sin embargo, no existe una única forma de tener contacto con la comunidad, pero lo básico es tener buenas relaciones humanas, buen criterio, respeto a la opinión de los demás y ser muy claros y precisos con la gente.

2.3.1 Indicadores a considerar dentro del diagnóstico comunitario

En los últimos años, se ha observado que en las comunidades se están presentando un incremento en problemáticas de tipo psicológico, esto se refleja en las investigaciones que han llevado a cabo diversos autores (San Martín, Brannon y Feist, Morales, Ackerman, Naranjo, Burín Fernández, Osman, Corsi, Yaría, Coleman, etc.) y en las demandas de las personas que acuden a solicitar los servicios que brindan los diferentes sectores de salud mental. Dentro de dichas demandas se han encontrado conflictos relacionados con Roles sociales; Redes de apoyo; Salud física y psicológica; Problemas emocionales, de conducta y aprendizaje; Percepción familiar; Violencia doméstica; y Formas de consumo de sustancias. A continuación se describirán estas problemas, que además forman parte de la presente investigación por ser ejes fundamentales a indagar.

A) Salud

La salud mental es “la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físicosocial o de contribuir a él de modo constructivo” (San Martín, 1992, p. 570). Esta integrada tanto por la salud física y mental que están estrechamente relacionadas (como se plantea en las enfermedades psicosomáticas), por lo que los programas de salubridad incluyen planes, no sólo para la salud física, sino también para el fomento y prevención de las enfermedades que afectan la esfera emocional y mental.

En cuanto a las enfermedades físicas, actualmente las enfermedades crónicas han reemplazado a las enfermedades infecciosas en lo que respecta a las causas principales de enfermedad y muerte. Entre estas enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebro-vasculares, el cáncer, el enfisema pulmonar y la diabetes (Brannon y Feist, 2001).

En la salud mental, existe la necesidad de desarrollar planes de acción debido a la magnitud que están alcanzando las enfermedades mentales y las desadaptaciones emocionales, al interferir seriamente con la eficiencia, inasistencia en el trabajo, fomentar los accidentes industriales y causar complicaciones familiares. Gran parte de este aumento se debe a que existe un mejor conocimiento de dichas enfermedades, la extensión de la vida media de las personas, las etapas de transición económica que viven las comunidades y las diferencias establecidas entre los diversos grupos sociales en competencia (San Martín, 1992); por ello, es importante una higiene mental que proporcione actividades y técnicas que promuevan mantener la salud mental de la población a través de capacitar a la población para resolver sus problemas como son sus necesidades emocionales, sus dificultades personales y las tensiones de su situación social. La higiene mental debe estar presente en el individuo en cada una de las etapas que éste atraviese.

El criterio para evaluar la salud mental es muy relativo debido a las grandes variaciones psicológicas individuales, pero se plantean cinco condiciones para valorar el grado de salud mental (San Martín, 1992): ausencia de enfermedad mental, conducta normal, adaptación al ambiente, la personalidad y la percepción correcta de la realidad, del mundo y de uno mismo. *Una persona totalmente sana* es aquella que no padece de enfermedades mentales, su conducta social es parecida a los cánones establecidos, su personalidad se ha desarrollado individualmente y actúa como unidad, su adaptación al ambiente es adecuada y su percepción del mundo y de sí misma es realista; esto no significa que este libre de conflictos con su ambiente, sino que teniéndolos sea capaz de superarlos en una forma adecuada. Mientras que *un individuo se transforma en un enfermo* cuando la actividad mental se desorganiza por las tensiones del ambiente externo o la gravedad de los conflictos emocionales internos son de tal fuerza que

destruyen la estabilidad constitucional o adquirida de la personalidad. Es importante tener en cuenta que lo normal y anormal en relación a la actividad mental no son dos procesos opuestos, ya que las manifestaciones anormales pueden ser sólo desviaciones o acentuaciones exageradas de tendencias presentes en el individuo normal.

Existen factores ambientales y sociales cuya participación en los padecimientos psicológicos son evidentes, como suceden con el urbanismo defectuoso, la mala vivienda, la desnutrición crónica, la falta de estímulos culturales, las tensiones culturales, la desorganización familiar, las condiciones del trabajo y las dificultades personales. Dentro de este último factor, se encuentra la interrogante de: *¿cómo saben las personas cuando es el momento adecuado para buscar atención profesional?*. Esta decisión constituye un problema difícil pues incluye factores personales, sociales y económicos, pero dentro de los personales, está la dificultad para diferenciar entre enfermedad y malestar físico, pues la enfermedad hace referencia a la presencia de daño físico dentro del cuerpo y se identifica mediante una comprobación médica y el debido diagnóstico; mientras que el malestar físico indica la experiencia de sentirse mal, incluyendo sensaciones de incomodidad y molestia. Las personas pueden sentir malestar físico y no tener una enfermedad identificable o pueden estar enfermas y no tener malestares físicos (Brannon y Feist, 2001).

Stanislav y Sydney (1996, en Brannon y Feist, 2001) hablan de la *conducta de enfermedad* la cual se refiere a la serie de enfermedades realizadas por las personas que experimentan los síntomas, pero que aún no han recibido un diagnóstico; esta plantea cuatro factores que influyen en la respuesta de una persona ante los síntomas:

- *La negativa personal*; se refiere a la disposición para buscar ayuda, ya que existe una discrepancia entre lo que las personas recomiendan a otros y lo que realmente harían a la hora de buscar atención médica. La negatividad médica va a depender del tipo de trastorno y de la parte de su cuerpo en donde se encuentre el problema (por ejemplo, algún problema en las zonas genitales es menos probable que se atienda que problemas del corazón), también influye el nivel de ansiedad que causa realizarse chequeos periódicos y que en muchas

ocasiones esta situación expone a las personas al riesgo de contraer más enfermedades.

- *Factores sociales y demográficos*; como pueden ser: 1) El sexo, ya que las mujeres tienden más a utilizar los servicios sanitarios que los hombres; James Pennebaker en 1982 (en Brannon y Feist, 2001), descubrió que las mujeres se informan acerca de una mayor cantidad de síntomas y se muestran más sensibles a las señales internas de su cuerpo que los hombres, pero esto no indica que estén más enfermas. 2) El género, el papel femenino permite a las mujeres buscar diferentes clases de ayuda; mientras que el papel masculino por una lado, indica a los hombres que deben ser fuertes y negar su dolor e incomodidad y por otro, les permite afrontar un mayor número de riesgos (como no buscar asistencia médica) provocando que necesitan mayores cuidados médicos debido al consumo de alcohol o riesgos laborales; las mujeres también corren riesgos debido a su inactividad física, el desempleo y el estrés. 3) Lo socioeconómico, las personas pertenecientes a un grupo socioeconómico elevado experimentan menor cantidad de síntomas y afirman tener mejor salud que las personas con más bajo nivel socioeconómico, pero en este último nivel tienden a contraer enfermedades más graves, a esperar más tiempo antes de solicitar la atención médica y a no tener acceso a los servicios de salud dificultando el tratamiento. 4) La edad, los adultos jóvenes y de edad intermedia muestran un mayor rechazo a buscar atención profesional y los niños tienen mayor disposición que los adolescentes; a medida que la gente envejece, tienden a interpretar los síntomas leves como un empeoramiento grave, por lo que es importante que se distinga entre los síntomas del envejecimiento y los propios de una enfermedad.
- *Características de los síntomas*; los síntomas en sí no conducen inevitablemente a las personas a buscar ayuda, ya que deben reunir ciertas características como: a) visibilidad del síntoma, b) gravedad percibida del síntoma, c) medida en que un síntoma interfiere en la vida de una persona y d) la frecuencia y persistencia

de los síntomas. Por lo tanto, una persona decidirá buscar ayuda mientras más notable, más grave, más incapacitante y más continuo, persista el síntoma.

- *Visión personal de la enfermedad*; depende tanto del conocimiento propio acerca de como se desarrollan las enfermedades (relacionado con lo que se va aprendiendo) y la estructura de los conocimientos propios (relacionado con la etapa del desarrollo del individuo).

Lo anterior demuestra que en la salud (física y mental) de una persona, existen factores multicausales que influyen desde la visión que se tenga de su estado de salud, la toma de decisión para buscar atención en las instituciones, aceptar el diagnóstico y el tratamiento a seguir y cualquier otra recomendación que requiera.

Morales (1999), plantea que una persona está en mayor riesgo de enfermar cuando una o más de las siguientes circunstancias están presentes:

- 1) Su estilo de vida incluye comportamientos habituales nocivos para su salud y el ambiente social refuerza estos comportamientos o no posibilita que se disminuyan o erradiquen.
- 2) En su ambiente se presentan un mayor número de acontecimientos significativos que obligan a realizar esfuerzos adaptativos.
- 3) Dispone de menos recursos personales par interactuar con esos acontecimientos.
- 4) Su patrón habitual de comportamiento se orienta hacia la persecución de metas diversas, a la hostilidad y a la competitividad.
- 5) La estructura de sus creencias de salud la hacen sentirse inmune a la amenaza de las enfermedades, a valorar poco la búsqueda y el mantenimiento o atención de la salud.
- 6) Dispone de pocos recursos de apoyo social.
- 7) Se inserta en un grupo social que comparte expectativas y valores de poco aprecio por el cuidado de la salud y la atención de las manifestaciones incipientes o en desarrollo de la enfermedad.

Por lo anterior, se puede considerar que ningún elemento parcial ni tomado en forma aislada, tiene sentido psicológico en el riesgo de enfermar, si no se hace además

una comprensión de la propia historia de desarrollo del individuo y de los eventos del ambiente con los que entre en contacto.

B) Percepción familiar

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Tiene una constante transformación a través del tiempo como resultado de un proceso de evolución, ya que se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo dados, por ello, es una unidad flexible que se adapta simultáneamente a las influencias que actúan sobre ella dentro y fuera de ésta (Ackerman, 1994).

Los vínculos familiares se hacen a través de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos: biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie; psicológicamente, están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas; económicamente, buscan proveer sus necesidades materiales y todo ello sirve para que la familia se inserte dentro de un marco social (Ackerman, 1994). Hay periodos críticos en los que éste vínculo puede fortalecerse o debilitarse, porque su configuración sufre cambios importantes con cada etapa de transición teniendo varias familias (la de la infancia, la del matrimonio, la de la vejez, etc.) y por las diferentes corrientes de sentimientos de amor y de odio que se mueven entre los miembros. En cuanto a los sentimientos de odio, acarrear experiencias de desilusión esenciales para el desarrollo emocional al generar tolerancia a la frustración y motivación para buscar nuevas experiencias al tener resultados que no colman completamente lo esperado, pero si la atmósfera familiar está llena de cambios y desvíos bruscos pueden surgir profundos sentimientos de frustración, resentimiento y hostilidad. El equilibrio entre amor y odio estará determinado por las actitudes de los padres, que podrán tomar o no como referencia, las actitudes que sus propios padres tuvieron hacia ellos; es así, como la forma en que los padres proporcionen amor, establezcan límites y formas de negociación con sus hijos, determinará el clima emocional evitando que se desorganice la familia. Por ello, fundamentalmente la familia hace dos cosas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre (Esteinou, 2004 en Ariza y Oliveira, 2004).

Dentro de la configuración familiar se controla la calidad y la cantidad de expresión familiar, pues brinda oportunidades para la seguridad, placer, autorrealización y responsabilidad con el otro, también influye en las percepciones de peligro, intensifica o disminuye la ansiedad, moldea el impacto entre la fantasía y la realidad, etc. Fuera de la estructura familiar, los cambios adaptativos están determinados tanto por su organización como por su posición externa en la comunidad y se sabe que con un cambio en la estructura en respuesta al cambio social, las ligaduras de amor y lealtad pueden fortalecerse o debilitarse cambiando la participación en las experiencias, la distribución de la autoridad entre los padres y la división de trabajo entre los miembros (Rendón, 2004).

Con respecto a este último punto, en los momentos actuales el trabajo tiene una gran importancia en la sociedad ya que se sobrevalora el rendimiento y la producción. A la par comienza a valorarse *el tiempo libre* tanto individual como familiar, dando importancia cada vez mas a aspectos como viajar, pasar fines de semana en un lugar distinto a casa, reunirse con los amigos, etc. y en muchas ocasiones se suele confundir el tiempo libre con el tiempo que se dedica a nuestras necesidades primarias (comida, descanso, aseo), el tiempo de trabajo (taller, empresa, trabajo doméstico, estudio) o el tiempo social (cuestiones que entran dentro de la obligación políticas, grupos a los que se está integrado); sin embargo, el tiempo libre es aquel que sobra de todo lo anterior y que está a disposición de cada persona no como compromiso sino como placer. La familia debe tener su propio espacio y tiempo para convivir y no únicamente estar sujetos a las tareas designadas dentro y fuera del hogar, permitiendo a su vez que cada miembro pueda decidir como usar su tiempo libre (Naranjo, 1997).

Con todo ello se ha venido dando en la sociedad, dentro del plano económico, demográfico y sociocultural, un cambio en la visión que se tiene de la familia (Esteinou, 2004 en Ariza y Oliveira, 2004); no es un cambio radical de todos los aspectos que conforman un tipo de familia, sino son modificaciones en uno o varios de sus elementos manteniéndose la continuidad en otros. Muchos de estos cambios, están ocasionando debilitamiento de la familia nuclear tradicional como referente simbólico y un desgaste

del sustrato institucional tradicional, estas nuevas fórmulas exigen transformaciones en las relaciones familiares de sus miembros.

Es así, como los fines sociales que cumple la familia moderna son (Ackerman, 1994): 1) provisión de necesidades materiales que mantienen a vida y proveen protección ante los peligros externos (alimento, abrigo, etc.); 2) unión social para establecer lazos afectivos de las relaciones familiares; 3) oportunidad para desplegar la identidad personal y familiar que proporciona integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas; 4) moldeamiento de los roles sexuales para la maduración y realización sexual; 5) ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social y 6) fomentar el aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Por ello se considera, que es el grupo familiar el punto crucial en el trabajo preventivo y de fomento a la salud mental.

C) Roles sociales

El hogar es el campo de entrenamiento donde la persona adquiere práctica y cada vez mayor destreza para cumplir con una amplia variedad de roles sociales. Para Bleichmar (en Burín, 1991), los roles sociales son el conjunto de expectativas, normas y prescripciones acerca de los comportamientos sociales para las personas que poseen un sexo determinado, ya sea masculino o femenino. Contemplan los tipos de tareas, ocupaciones y expresiones que cada persona debe desempeñar tanto dentro como fuera de la familia y sociedad, los cuales están determinados por patrones y valores que se le asignan a los seres humanos, dependiendo de la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas. En este sentido, para la presente investigación se indagó específicamente acerca del rol de género ya que como lo menciona Camerinha (1984, en Álvarez y Figueroa, 2001), la socialización de este tipo de roles han ocasionado que las mujeres y los hombres realicen determinadas cosas simplemente por el hecho de ser mujeres y hombres, y no porque hayan elegido desempeñarlas. Se prescribe como debe comportarse cada uno en la sociedad y en la

familia, se determina ciertas particularidades psicológicas atribuidas y aceptadas, se plantea el modo de desarrollar y ejercer la sexualidad, etcétera.

La masculinidad tradicional se encuentra muy asociada a la fortaleza tanto física como mental, a la excelencia, la rudez corporal, la violencia, la competencia, el ejercicio del poder, la valentía, la independencia, la seguridad, la racionalidad y autocontrol. El hombre no debe doblegarse ante el dolor, ni pedir ayuda, debe alegrarse de la ternura, de los compromisos afectivos muy profundos y la expresión de los sentimientos. También debe estar siempre listo sexualmente con un buen desempeño y rendimiento, requiriendo la admiración constante femenina como nutrimento de su autoestima esforzándose más por la demostración masculina que por su propio crecimiento (Fernández, 1993).

La feminidad tradicional se asocia a la contracción maternidad-sexualidad, debido a que la madre está vinculada a sentimientos de pureza, el amor, la comprensión y la entrega y la negación de su sensualidad y erotismo, ya que el sexo como placer para la mujer constituye una novedad de las últimas décadas. La maternidad continúa vinculada al borramiento de la identidad personal para integrarse a la identidad de otros. Es así como la maternidad se ha convertido en exigencia social que da sentido a la mujer y es a partir de esta visión que se le atribuyen características como sensibilidad, expresividad, docilidad, generosidad dulzura, prudencia, nobleza, influenciables, susceptibles, menos agresivas, menos competitivas, más expresivas en el plano afectivo y la vida doméstica (Fernández, 1993). De esta forma, pareciera que ser mujer está relacionado con la obligación de proporcionar algo a los demás y por lo tanto de existir para otros. Por ello, a través de la historia el papel de las mujeres se ha centrado en la configuración de ciertos roles de género específicamente femeninos (Burin, 1991): *el rol de esposa*, relacionado con la docilidad, la comprensión y la generosidad; *el rol maternal*, relacionado con el amor, el altruismo, la capacidad de dar contención emocional; y *el rol de ama de casa*, relacionado con la disposición sumisa para servir, la receptividad, ciertos modos inhibidos controlables de agresividad y dominación para dirigir la vida doméstica. Es evidente como la historia no contempla lo que implica *ser mujer* (Fernández, 1993): ser sujeto de placer erótico, sujeto productivo-

creativo, sujeto histórico, sujeto de discurso y sujeto de poder; es preferible crear mitos a cerca de ser mujer=ser madre; así que mientras menos hijos se tengan, menos mujer se es. Pero este mito, también conlleva a replantearse el mito de lo que es ser hombre.

En la actualidad, ya existen otras percepciones en donde una persona puede presentar tanto rasgos femeninos como masculinos dependiendo de la propiedad de la situación, y los individuos tipificados como muy masculinos o femeninos podrían estar seriamente limitados en los rangos de comportamientos (Bem, 1974 en Álvarez y Figueroa, 2001).

Por otro lado, los *estereotipos de género* son “las formas en que se perciben y se trata a la gente sin tomar en cuenta sus verdaderas capacidades, características, sentimientos y/o deseos” (Álvarez y Figueroa, 2001, p. 33). Varios autores, se han cuestionado la verdad o falsedad de estos estereotipos, pues se desarrollan sin ninguna base en la realidad objetiva o experiencia válida como sucede con las creencias de lo femenino y masculino. Por ello, es importante enfatizar la diferencia que existe entre estereotipo y rol, ya que el primero es una expectativa fija de algo o alguien, y el segundo son aquellas actividades o conductas que se esperan de cada género, los cuales son flexibles y aunque en parte están estereotipadas, tienen mayor movilidad y extensión.

D) Redes de apoyo

Desde finales de la década de los años setenta, se ha reiterado la noción de que las personas que viven aisladas o disponen de pocos o malos contactos sociales tienen más riesgo para enfermar o para el empeoramiento y mala evolución de sus enfermedades crónicas, destacándose la importancia del apoyo social, sobre la base de la idea de que los lazos de una persona con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., pueden ser fuente de afecto, de recursos, de ayuda práctica y de información, de modo tal que esos lazos ejercen una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud (Dean y Lin, 1989; Caplan, 1980 en Morales, 1999).

Carmona y Carmona (2004, p. 140), definen las redes de apoyo como el “conjunto de relaciones sociales que rodean al individuo, en el que cada punto se encuentra otra persona con la cual se mantiene un vínculo con determinadas características, además sirven para describir la estructura de los vínculos entre los individuos”. Estos mismos autores, plantean algunas características importantes propias de las redes de apoyo como son: el tamaño, la densidad (magnitud en la que los miembros de una red pertenecen a otra red), el contenido de los vínculos (magnitud en la que las relaciones involucran más de un tipo de contenidos o servicios), la direccionalidad o reciprocidad de las relaciones, la durabilidad de las relaciones, la intensidad o cercanía emocional de las relaciones (como la frecuencia de los contactos, la dispersión y la homogeneidad de la red). Se recurre a una red en busca de apoyo ante situaciones de conflicto, dificultad o algo desconocido como pueden ser diferentes personas, instituciones o instancias que forman parte del contexto del sujeto; este apoyo social lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de obligación mutua, pues ayudan a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos, comparten sus tareas y les proporcionan recursos tangibles o habilidades y/o les proporciona comprensión y una guía en el manejo de situaciones.

Por lo tanto el apoyo es un recurso importante ya que protege contra el estrés y sus síntomas, también puede ayudar a mejorar la vida de las personas. Cobb (1976, en Morales, 1999), plantea que las personas tienen apoyo social cuando: 1) son cuidadas y queridas, 2) son estimadas y evaluadas y 3) pertenecen a una red de comunicación y obligación mutua.

E) Problemas emocionales, de conducta y aprendizaje

Siempre ha habido individuos con dificultades en estas áreas, lo nuevo es la manera como ahora se enfoca a cada uno de las problemáticas, ya que se ha encontrado una interrelación entre éstas como por ejemplo lo emocional influye en la conducta y a su vez estos factores se involucran en el aprendizaje, por ello en muchas ocasiones no se sabe con exactitud que factor originó el problema (Carboles y Pérez-Pareja, 2001).

Los problemas de conducta por lo regular comienzan desde la niñez y si no se atienden pueden ocasionar conductas antisociales en la edad adulta (Henson y Eller, 2000 en Carboles y Pérez-Pareja, 2001). Son un sufrimiento y un estado de malestar para los padres, maestros, familiares y por supuesto para los propios niños. El DSM-IV se refiere a los problemas de conducta como *trastornos disociales* y los define como “el patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se viola los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propias de la edad”. Los padres tienen una gran influencia en el comportamiento de sus hijos, pero también este comportamiento puede ser aprendido y modificado a través de tomar en cuenta que conductas se están reforzando y cuáles no, y si las conductas que se refuerzan son las adecuadas. En este sentido, cualquier reacción por parte de los padres durante o inmediatamente después de cualquier conducta de su hijo, la refuerza: ya sea prestándole atención para alabarle o para reprenderle (Carboles y Peréz-Pareja, 2001). Por ello, es importante tomar en cuenta si la conducta es típica de la edad, si tiene la inteligencia y/o el nivel de habilidad social adecuados, para determinar si existe o no algún problema de conducta. En conclusión, una conducta se mantiene o desaparece según los efectos o consecuencias que se tengan tras su realización.

Los problemas de aprendizaje suelen aparecer cuando el niño entra a la escuela, cualquier retraso en los estudios se atribuía a su mal comportamiento o falta de inteligencia, por lo que se castigaba o se ignoraba, suponiendo que no tenía remedio. Ahora, se sabe que las dificultades en el aprendizaje obedecen a causas de las que el niño nunca es responsable y, por lo tanto no ameritan castigo sino que requiere una intervención multidisciplinaria. El Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos, los definen como “trastorno en la comprensión o procesamiento del lenguaje, que incluyen dificultades para escuchar, pensar, hablar, leer o resolver problemas matemáticos, sin que esto se debe a dificultades visuales, auditivas o motoras, retraso mental, perturbaciones emocionales o a desventajas emocionales” (Osman, 1998, p. 11). La diversidad de niños que tienen diferencias en el aprendizaje hace difícil a padres y maestros la tarea de identificarlos, pues nunca dos pequeños aprenden o se conducen de la misma manera. Aquellos que se interesan por el aprendizaje de los niños han tratado de identificar las causas de las diferencias en el

aprendizaje y se han encontrado de que no se trata de un solo factor, sino que se trata de varios que al combinarse podrían producir dificultades en el aprendizaje como: la inteligencia, deficiencias sensoriales, nivel de actividad y capacidad de atención, daño cerebral, factores genéticos, inmadurez, bajo nivel socioeconómico, factores emocionales, factores ambientales y factores educativos.

Con respecto a *los problemas emocionales*, se ha observado en la actualidad, que existe una relación entre las emociones y los trastornos en general. Del Barrio (2002, p. 18), define una emoción como “una reacción que da lugar a un determinado estado de ánimo de corta duración, provocado por estimulación relevante y acompañado de alteraciones orgánicas”. En esta reacción es esencial una relación entre lo biológico, lo cognitivo, lo conductual, lo experiencial y la secuencia precisa de esa resolución. Los problemas emocionales se presentan en aquellas personas cuya estructura es más débil que la de los otros, sufriendo consecuencias negativas de la respuesta del organismo a las situaciones de estrés y de intensa emocionalidad, además de los conflictos psicológicos que directa o indirectamente intervienen en la calidad de vida del individuo en una etapa del desarrollo (como puede ser la niñez, la adolescencia, etc.) o en una situación determinada (como puede ser las separaciones, las peleas, la falta de comunicación, etc.). Las formas en que manifiestan estos problemas suelen ser muy diversas, pero dentro de las más comunes se encuentra la ansiedad, la tristeza, la ira, la hostilidad, el aislamiento y el estrés (Russell, 1962).

F) Violencia doméstica

La violencia y el maltrato ha sido una característica de la vida familiar tolerada y aceptada desde tiempos remotos, empezó a considerarse como problema social grave en los inicios de los años 60 y gracias al movimiento feminista comenzó a pensarse que no todo lo que ocurría dentro de la familia era una cuestión privada y debía ser defendido de las miradas externas. Es así, como el tema se volvió del interés público al ser estudiado por diversos autores como por ejemplo Corsi (1994, p. 23), define la violencia como “una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de control donde alguien trata de estar por encima de otra persona”. Por ello, para que una conducta

violenta sea posible, tiene que haber un cierto desequilibrio de poder permanente o momentáneo.

El fin de la conducta violenta no es causar un daño (aunque habitualmente lo ocasione), sino lograr que la persona “se someta”, perdiendo su integridad al estar subordinada a los deseos del otro que tiene más poder y que por lo tanto abusa de él. La violencia no se desarrolla con la misma frecuencia e intensidad, sino que se va presentando por etapas y en cada una se va acrecentando, en forma considerable, la agresión (Buss, 1969).

Algunas de las formas comunes que adopta la violencia como abuso de fuerza y de poder son (Corsi, 1992):

- *Abuso físico*; cualquier acción, no accidental, misma que puede producir lesiones desde leves (como empujones) hasta graves como golpes con el puño, golpes en la cabeza y cara, haber sido pateado, quemado, o se haya intentado ahorcar; con elevadas probabilidades de provocar lesiones incapacitantes de por vida, e incluso terminar en el homicidio.
- *Abuso emocional*; típicamente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, gritos, acusaciones, desprecios, críticas, amenazas, destrucción de objetos) y constantes actos intimidatorios; además de aquellos que atentan contra la propia autonomía de la persona como los celos, la obediencia, negarle la posibilidad de trabajar, estudiar o tener amistades, etc.
- *Abuso sexual*; consiste en la imposición de actos de orden sexual contra la voluntad de las personas (la mayoría de las veces contra la mujer) incluye la violencia marital, hostigamiento o denigración sexual, comparación con otras personas, etc. La mayoría de las modalidades sexuales tienden a repetirse, ya que no son hechos aislados ni tampoco cotidianos.
- *Abuso económico*; las modalidades más habituales incluyen excluir a la persona de la toma de decisiones financieras, controlar sus gastos, no darle suficiente dinero, ocultarle información acerca de sus ingresos, etcétera.

Las consecuencias de estos distintos tipos de abuso, por lo regular, ocasionan el ocultamiento de la condición de víctima de violencia, ya sea por vergüenza o miedo y esto aparece reflejado en un debilitamiento de la persona que en muchas ocasiones la conducen a una consulta médica o psicológica por diversos trastornos físicos y psicosomáticos como el insomnio, dolor de espalda, cansancio, palpitaciones, etcétera (Corsi, 1992).

Queda de manifiesto que, la familia es la parte fundamental de una sociedad y debe proporcionar a sus integrantes apoyo, seguridad, protección, armonía y felicidad; sin embargo no siempre sucede esto, pues aparecen temas como el maltrato infantil y *violencia intrafamiliar*, donde esta última se refiere a “todas las formas de abuso de poder que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia” (Corsi, 1994, p. 30). También la violencia se suele presentar en distintas direcciones con respecto a los integrantes de la familia como puede ser entre hermanos, de la madre a los hijos, de los hijos a los padres, etcétera (Corsi, 1994). Por lo regular, es el adulto masculino quien con más frecuencia utiliza las distintas formas de violencia y son las mujeres y los niños las víctimas más comunes; pero esto no quiere decir que no existan hombres víctimas de violencia, lo que sucede es que se trata de porcentajes mínimos (Dohmen, 1994).

Investigadores sociales como Gelles y Straus (1988, en Corsi, 1994) han identificado algunos factores que pueden incrementar el riesgo de violencia dentro de la familia: a) la cantidad de tiempo en que los miembros están juntos, b) la gama de actividades y temas de interés, c) la intensidad de los vínculos interpersonales, d) las diferencias de opinión para tomar decisiones que afectan a todos, e) las diferencias de edad y sexo, f) los roles atribuidos, g) la pertenencia involuntaria (es decir, el hecho de no haber elegido esa familia), h) el conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, temores y preferencias, etcétera.

G) Formas de consumo de sustancias

Hoy día el consumo de diferentes sustancias es un problema de alcance mundial que afecta a una gran cantidad de individuos y hasta el momento la misma sociedad se ha

mostrado incapaz de producir los medios adecuados para su solución. Se considera una epidemia, al ser uno de los más graves problemas sociosanitarios debido al costo que representa en términos de vida, delitos contra sociedad descenso de la productividad labora, conflictos familiares (pues casi todos los adictos dañan a las personas con las que se relacionan), etcétera (Yaría, 1999).

Los problemas de drogadicción se agudizaron debido a que los cambios sociales se han producido a un ritmo tal, que no se puede evolucionar con la rapidez suficiente para adaptarse a ellos. Como resultado, se han adquirido una gran variedad de trastornos físicos y mentales producidos por las reacciones a la tensión causada por lo propios adelantos y para superar esta situación se recurre a un amplia gama de drogas. La droga elegida en cada caso, dependerá de la naturaleza del medio social de las personas con quienes nos relacionemos y de los productos más accesibles en cada caso (Coleman, 1998).

El término *droga* se aplica a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física y psíquica que ocasionan un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social. Anteriormente se usaba el término *adicción* como sinónimo de embriaguez, pero en la actualidad se usa únicamente para aquellas conducta que ocasionan una dependencia que no es originada por sustancias químicas como el juego, la comida, la televisión, el sexo, etc., quedando el término de drogodependencia para las conductas que ocasionan dependencia debido a su sustancia química (Lorenzo, Laredo, Leza y Lizasoain, 1998).

Yaría (1999), propone cuatro tipos de factores que intervienen en el consumo de sustancias: 1) *individual* (crisis adolescente con una familia altamente desorganizada, uso temprano de drogas, redes sociales inadecuadas, carencia afectiva), 2) *familiar* (uso de drogas por parte de padres y hermanos, familias multiproblemáticas con diferentes patologías sociales), 3) *comunitaria* (alta disponibilidad de drogas, bajo precio de las mismas, no se respetan las edades mínimas para el consumo, no se controlan los puestos de venta) y 4) *a través del grupo de pares* (uso de drogas en el grupo de amigos resultando presiones sociales negativas). Es así, como no son únicamente las propiedades farmacológicas de una droga la que la hace adictiva, sino la combinación

de sus propiedades con la personalidad y circunstancias de cada consumidor en concreto.

Sin embargo, algunas de las principales razones que la gente da para consumir drogas son (Naranjo, 1997): a) sentirse independiente y libre de los demás (padres); b) tener impresiones nuevas; c) no ser menos que otros compañeros y sentirse integrado al grupo; d) evadirse de los problemas de cada día; y e) curiosidad de conocer los efectos y las sensaciones que producen, etcétera. Nada de lo anterior explica con precisión el por qué algunos de estos consumidores llegan a convertirse en drogodependientes, las razones son muy complejas y tienen un origen variado.

En cuanto a cuales son las circunstancias por las cuales las personas siguen consumiendo se encuentran (Naranjo, 1997): a) que la droga mejoró la situación social e incluso que pueda ser una forma de relación; b) que el consumidor se sienta mayor, rebelde, más listo y se identifique con un grupo; c) que las primeras experiencias le resulten buenas o al menos sin problemas para él; d) que piense que con el consumo resuelve sus problemas; y e) que no tenga otros intereses en su tiempo libre, etcétera.

Cada individuo elige entre drogas legales como el tabaco y el alcohol, o productos ilegales como la cocaína, la heroína y la marihuana. En cuanto a las drogas legales, se ha observado un dramático aumento en el uso del tabaco y del alcohol, siendo el *consumo del tabaco* el factor más importante de riesgo de muerte, ya que es reconocido que el humo del tabaco tiene más de 4000 componentes (destacando la nicotina, los alquitranes y el monóxido de carbono). Los daños a la salud que ocasiona el tabaquismo pueden ser cáncer, bronquitis crónica, enfisema, etc., debido a que fumar es un hábito muy difícil de eliminar por el número de estímulos al que puede estar asociado y las gratificaciones que se obtienen son numerosas. Por otro parte, surge una nueva preocupación acerca de los riesgos a los que están sometidos involuntariamente los “no fumadores”, tal es el caso de los familiares, convivientes y compañeros de los que fuman y que se han denominado *fumadores pasivos*, los cuales presentan más infecciones y síntomas respiratorios, así como decremento en su capacidad funcional (Lorenzo y cols., 1998).

En cuanto al *alcohol* en nuestro país, se trata de un producto avalado culturalmente en la sociedad a tal grado que se puede hablar de la *alcoholización de una sociedad*, hecho que va de lo individual a lo grupal. Algunos factores de riesgo para el consumo de alcohol son la disponibilidad, la accesibilidad, las normas sociales, las actitudes y las creencias. Estos factores, permiten situar el problema del consumo de alcohol como un problema de salud pública, tanto por las consecuencias sociales y de salud, como por ser hasta el momento la sustancia de mayor consumo en México. Los tipos de bebidas que se eligen no son uniformes, pero dentro de las bebidas con mayor preferencia se encuentra primero la cerveza, seguida de las bebidas preparadas (como el tequila, el brandy, el ron) y del aguardiente (Tapia, 2001).

2.4 La inserción de la Psicología Comunitaria en las instituciones educativas

En México, la psicología comunitaria entendida como una práctica promocional, no tiene su origen en la práctica estatal sino en los escenarios académico-institucionales, en donde la comunidad representa la instancia de legitimación social del sector universitario, ya que ésta logra proyectar los beneficios de la cultura a los sectores más amplios y desprotegidos de la sociedad. El sector universitario realiza acciones que permiten el entendimiento, comprensión y solución de la problemática comunitaria; en un principio la extensión se hacía a través de una sola vía en la que el sector universitario era el que proporcionaba el saber y la cultura, mientras que la comunidad era el destinatario al que se suponía incapaz de aportar algo valioso (Tunnerman, 1980 en Carranza y Almeida, 1995). A partir de los años setenta, el sector universitario reorientó sus fines por medio de un proyecto modernizador como es el “*servicio social universitario*” al ser una tarea multidisciplinaria, capaz de elevar la conciencia social de los universitarios y de proporcionar el desarrollo armónico y autogestivo de la comunidad.

Ejemplo de ello, son algunas instituciones de educación superior que prestan servicios comunitarios por medio de sus escuelas de Psicología:

- *El Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) de Jalisco.* Es uno de los principales promotores de la Psicología comunitaria en México;

tiene centros comunitarios de asistencia psicológica que hacen hincapié en problemas de aprendizaje y educación especial (Gómez, 2002) y que tienen funciones de servicio a la comunidad, de investigación y de retroalimentación al plan de estudios.

- *La Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.* Su acción comunitaria ubica el papel del psicólogo en comunidades rurales y orienta hacia el encuentro de nuevos esquemas y estrategias metodológicas para participar en el trabajo de campo, cuyo centro sea la comunidad misma que se ha elegido (Gómez, 2002).
- *La Escuela de Psicología y Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Sonora.* Desarrollan y aplican métodos derivados del análisis conductual para detectar las características conductuales que propician problemas ambientales e intervenir a nivel de prevención primaria en los problemas de salud en el medio rural (Carranza y Almeida, 1995).
- *La Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.* A través del Departamento del Servicio Social, se trabaja en comunidades con la tesis de que el desarrollo de la comunidad puede entenderse como un cambio conductual masivo hacia ciertos objetivos específicos de la conducta, derivados del análisis experimental (Carranza y Almeida, 1995).
- *La Escuela de Psicología de la Universidad de Sinaloa.* Ante la problemática comunitaria, trabajan en la formación de psicólogos comunitarios, además de crear un Modelo Regional de Servicio Comunitario que pretende integral en un todo los niveles de intervención o participación con los que se abordan los problemas psicosociales: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cambio social. Al mismo tiempo, revaloriza el papel de la comunidad como co-educadora de los universitarios (Carranza y Almeida, 1995).
- *El Instituto Mexicano de Psicoanálisis.* A través de los miembros del Seminario de Sociopsicoanálisis, desarrollan un proyecto comunitario en una población minera del Estado de Hidalgo, en donde, a partir de un diagnóstico de la

población (en términos de carácter social) y de la devolución de la información, se han estimulado nuevas formas de relación en la comunidad, que han convertido a la escuela junto con la familia, en un foco de atención para la población (Carranza y Almeida, 1995).

- *La Universidad Iberoamericana.* El departamento de psicología de esta universidad es actualmente, uno de los que cuenta con más variados y mejores programas de práctica supervisada a nivel licenciatura. El trabajo se realiza a través de centros comunitarios de atención psicológica donde buscan proyectarse a la realidad, partiendo de la idea de que la universidad puede considerarse como un elemento de transformación y cambio social. Se ha venido experimentado el modelo de psicocomunidad (Cueli y Biro, 1975) que se basa en el psicoanálisis y extrapola la relación paciente-terapeuta de la situación analítica individual, a la situación de grupo-comunidad, a nivel colectivo. Esto se aplica en el Plan Santa Fe, vigente desde 1998, que ofrece a los estudiantes distintas oportunidades y contextos para la realización de sus prácticas profesionales: 1) las que se realizan dentro del campus universitario y están ligadas a asignaturas específicas, 2) las que requieren el uso de laboratorio y 3) Las que se llevan fuera del campus universitario. Estas prácticas se realizan en instituciones en las que el estudiante trabaja bajo supervisión (Gómez, 2002).
- *La Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala-UNAM.* Sus objetivos profesionales de la psicología, se definen en función de la problemática comunitaria, con la que se vinculan a través de los programas desarrollados por la psicología clínica, educativa y de rehabilitación. En lo metodológico se buscan, en la investigación-acción y en las técnicas grupales, elementos que den coherencia al trabajo comunitario. En lo teórico psicoanálisis, teoría del rol y teoría de las actitudes son usados para entender temas como la socialización, el lenguaje y la ideología para abordar el tema de la subjetividad y de la constitución del sujeto (ENEP-Iztacala, 1985 en Carranza y Almeida, 1995).
- *La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza-UNAM.* Se orienta a vincular la enseñanza con los problemas de la comunidad. Sus objetivos son

actualizar y detallar continuamente las funciones profesionales de la carrera y generar una nueva filosofía de los fenómenos psicosociales que permitan conceptualizar, de manera integral, las funciones de aprendizaje teórico, de acción práctica y de atención a los problemas nacionales prioritarios, dentro de un área de influencia en el Oriente del Distrito Federal en escenarios disponibles como las clínicas multidisciplinarias (Carranza y Almeida, 1995).

- *La Facultad de Psicología de la UNAM.* La acción comunitaria no tiene existencia formal en el plan de estudios, las experiencias realizadas han sido producto de iniciativas personales y grupales que se llevan a cabo a través del préstamo de servicio clínico y social en varios centros comunitarios de la Facultad de Psicología, cuyo objetivo es vincular la docencia, el servicio y la investigación, en la formación del psicólogo y la búsqueda de escenarios “intermedios” donde se pueda llevar a cabo el entrenamiento de los alumnos (Carranza y Almeida, 1995).

2.4.1 Desarrollo de programas de atención a la comunidad dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM.

A partir de la revisión de la folleteria disponible en la Coordinación de Centros y Servicios a la Comunidad Universitaria², se encontró la siguiente información referente a los Centros que proporcionan atención:

1) *Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.* Fue inaugurado oficialmente el 8 de mayo de 1981 y se ubica en Av. Universidad 3004, Cd. Universitaria, D.F., Facultad de Psicología en el sótano del ed. “D”. Ofrece formación académica supervisada a estudiantes de licenciatura y posgrado dentro de la Facultad de Psicología, así como proporcionar servicio terapéutico a estudiantes y trabajadores de la UNAM y al público en general. Los programas que ofrece están enfocados en la intervención terapéutica (individual y grupal con problemáticas como trastornos de la

² Sexto encuentro de los Centros y Programas. “Violencia y Vulnerabilidad: un reto para la psicología” del 24 al 26 de Abril del 2007

alimentación, víctimas de abuso sexual, maltrato infantil, adicciones, psicoterapia en línea, peritaje psicológico, etc.), en la prevención (talleres de solución de problemas, duelo, habilidades sociales, para padres, etc.) e investigación; además de contar con distintos enfoques terapéuticos entre los que destacan: Humanístico, Sistémico, Psicodinámico, Terapia narrativa, Cognitivo, Conductual y Cognitivo-Conductual.

2) *Programa de sexualidad Humana (PROSEXHUM)*. Inició en 1984 y se encuentra ubicado dentro de la Facultad de Psicología en el sótano del ed. "C". Su objetivo es abordar el tema de la sexualidad humana desde un punto de vista interdisciplinario, para lo cual se actúa a nivel de docencia (diseño, coordinación e implementación del diplomado de la salud sexual para la formación de educadores en el área; elaboración de materiales para la enseñanza creativa de la sexualidad; implementación del tópico de sexualidad a nivel licenciatura y dirección de tesis), de investigación (acerca de temas como sexualidad femenina y terapia sexual, estudios de género, psicoterapia para personas con VIH sida, etc.), de difusión y extensión (elaboración de medios audiovisuales, participación en algún medio de comunicación verbal y/o escrito, cursos y talleres de capacitación en sexualidad intra y extramuros de la UNAM, etc.) y de servicio (proporcionan terapia sexual, de pareja y consejería).

3) *Programa de Conductas Adictivas*. Este modelo fue desarrollado en el año de 1989 y también está ubicado dentro de la Facultad de Psicología en el primer piso del ed. "C". Ofrece a la comunidad universitaria estudiantes, personal académico y administrativo con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas, un modelo cognitivo-conductual con modalidades de tratamiento específicas como: a) entrenamiento en autocontrol conductual, b) entrenamiento en relajación muscular progresiva, c) entrenamiento de sensibilización encubierta asistida y d) entrenamiento de habilidades sociales. Estas cuatro opciones de tratamiento tienen la ventaja de poder ajustarse a las características del problema, así como a los recursos, posibilidades y motivación de los usuarios de este servicio.

4) *Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial CISEE*. Nace en febrero de 1977 como respuesta a la solicitud de padres de familia de hijos con discapacidad intelectual. Este centro se encuentra fuera de la Facultad de Psicología y está ubicado

en calle Moctezuma 20, Col. Del Carmen, Coyoacán. Busca contribuir en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y/o con necesidades educativas especiales y sus familias. Sus áreas de atención son: a) servicio a la comunidad (atención psicoeducativa a personas con discapacidad intelectual y apoyo psicopedagógico a niños y adolescentes con necesidades especiales, orientación y capacitación a padres de familia, etc.), b) formación profesional (cursos y talleres, asesorías, prácticas profesionales, servicio social, etc.), c) extensión universitaria (organización de eventos académicos y culturales, intercambio profesional e institucional y difusión), y d) investigación (líneas de investigación institucional y asesoría y apoyo para el desarrollo de proyectos).

5) *Centro Comunitario Dr. Julian Mc Gregor y Sánchez Navarro*. Comenzó sus actividades en 1981 y se ubica en Tecacalo, Mz 21, Lote 24, Col. Ruíz Cortinez, Coyoacán. Busca la profesionalización de los estudiantes (a través de combinar la teoría y la práctica) y dar servicio a la comunidad (mediante conocer su problemática y la creación de programas preventivos y de intervención en las diversas áreas de la Psicología). Se atiende desde niños hasta adultos mayores con programas como son: promoción de la salud, problemas escolares, servicio terapéutico, violencia y adicciones. Estas actividades sirven de antecedentes al Proyecto de Maestría en Psicología Clínica Comunitaria que se pretende establecer en este Centro.

6) Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (C.C.A.P.). Este último Centro será donde se llevará a cabo dicha investigación y se encuentra en Volcán Cofre de Perote s/n, Col. Los Volcanes, Tlalpan, D.F. Su objetivo principal es el 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 teóricos-metodológicos de la Psicología. Los programas que se desarrollan son:

- Programa Clínico-Asistencial; es atendido principalmente por estudiantes de servicio social bajo la estrecha supervisión de profesoras (psicólogas clínicas y psicoterapeutas) que cuentan con competencias profesionales de alta

especialización para realizar tal actividad. Las actividades que se llevan a cabo son entrevistas de evaluación individual y familiar; psicodiagnóstico; psicoterapia breve, de juego e intervención en crisis; orientación individual y familiar; canalización a instituciones y seguimientos de casos. Se atiende a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. La principal demanda corresponde a problemas de aprendizaje, emocionales y de conducta, diversas expresiones de violencia y desintegración familiar, abuso sexual, depresión, alcoholismo y el consumo de otro tipo de drogas.

- Supervisión clínica; es una de las actividades fundamentales de este Centro y se realiza tanto individual como colectivamente. Se busca poder evaluar, tomar decisiones y asesorar directamente los casos que se presentan en este Centro.
- Programa de Servicio Social; esta integrado por estudiantes de Psicología principalmente, de noveno semestre y egresados, que tengan un alto nivel de responsabilidad y compromiso profesional. Se les proporcionan cursos de capacitación para un mejor desempeño.
- Programa de Prevención; se realizan conferencias, talleres, cine debate, etcétera.
- Prácticas Profesionales y Voluntarios; estas actividades sólo se desarrollan a partir de programas de práctica supervisada que se establecen directamente con los profesores de la Jefatura del Centro.
- Docencia Curricular y Extracurricular; el Centro sirve de escenario para llevar a cabo la parte práctica de algunas materias del plan curricular de la Facultad de Psicología.

Nace 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. Este Movimiento presta servicios de salud en Odontología, Medicina general y algunas especialidades, Educación y Gestión de los servicios urbanos.

Las principales problemáticas de los pueblos y colonias del sur de Tlalpan son: 1) altos índices de pobreza (además de presentar marginación en algunas colonias), 2) desintegración familiar (con diferentes tipos de violencia) y 3) presencia de drogas (en donde las más comunes son el uso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes de acuerdo a una investigación realizada en esta mismas colonias). Estas problemáticas acercan las actividades de docencia, formación profesional y servicio social de la Facultad a las necesidades de atención y solución de problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario de la colonia Los Volcanes, la cual cuenta con alrededor de 3,385 habitantes (Proyecto Facultad de Psicología UNAM-MPPCS).

MÉTODO

I. Justificación

A partir del trabajo que se ha venido realizando en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (C.C.A.P.) desde hace 2 años, se enfatizó la importancia de realizar una investigación que permitiera conocer los recursos y necesidades con los que cuentan los usuarios del Centro y que pueden influir directa o indirectamente en su salud mental.

Se ha observado en estos primeros años de trabajo directo con los usuarios, que los motivos de consulta, las historias clínicas y las dinámicas familiares presentan indicadores de ciertas problemáticas como son: Alcoholismo y drogadicción 2%, Problemas Familiares y de pareja (Violencia) 35%, Problemas de conducta y escolares 16%, Abuso sexual 9%, Depresión 11%, Otros (ansiedad, enuresis, cleptomanía, celotipias, fobias, trastornos de carácter, problemas neuróticos) 16% y Demanda No Psicológica 2%¹. Actualmente los formatos de entrevista con los que cuenta el Centro, están diseñados para fines específicos como es la evaluación clínica en la cual se abordan datos referentes a la demanda psicológica mayoritariamente.

Por tal motivo, se consideró de gran importancia obtener información a cerca de otros indicadores que pueden estar relacionados con dicha demanda psicológica. Para ello se realizó, en una primera fase, la exploración y descripción de las necesidades y recursos en cuanto a la salud mental de los usuarios, con el apoyo de los formatos del propio Centro y el diseño de un cuestionario integrado por aquellas áreas en las que se han detectado mayores conflictos.

¹ Segunda Jornada Clínica, 7 de Noviembre del 2006, presentada por la Lic. María Asunción Valenzuela Cota, jefa del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.

II. Pregunta de investigación

¿Es posible obtener un primer diagnóstico de las necesidades y recursos para la salud mental a través de un cuestionario, partiendo de la percepción de los usuarios que acuden al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (C.C.A.P.) en los aspectos individual, familiar y de comunidad?

III. Objetivo general

Obtener un primer diagnóstico de las necesidades y recursos para la salud mental a través del diseño de un cuestionario, partiendo de la percepción de los usuarios que acuden al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” en los aspectos individual, familiar y de comunidad.

a) Objetivos específicos

- Diseñar y aplicar un instrumento, en una muestra de la población que acude al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.
- Identificar las necesidades y recursos para la salud mental a partir de la información proporcionada por los usuarios, recabada en el cuestionario diseñado; aportando al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” una primera valoración general de la población que acude a este servicio.
- Retroalimentar el programa de atención psicológica del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, para la planeación de actividades de prevención, intervención e investigación que promuevan el óptimo desarrollo de la salud psicológica en dicha población.

IV. Hipótesis

Las necesidades y recursos para la salud mental de una comunidad son detectables, a través del diseño de un cuestionario con la finalidad de establecer un primer diagnóstico de la población donde se encuentra el Centro Comunitario de Atención psicológica “Los Volcanes”.

V. Variables

Definición conceptual

- *Necesidades*: son aquellos elementos económicos, sociales y culturales necesarios para un desarrollo razonable de la vida de las personas en las sociedades actuales (Montenegro, 2004, p. 63).
- *Recurso*: conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad (Dorchs, 1985, p. 440).

Definición operacional

- *Necesidades y recursos para la salud*: se obtuvieron a partir de los datos proporcionados por los usuarios en las diferentes áreas que conforman el cuestionario, el cual fue diseñado para esta investigación.

VI. Participantes

Los participantes fueron en total 70 personas (58 mujeres y 12 hombres) que ingresaron al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (C.C.A.P.) en los meses de Febrero, Marzo, Abril, Mayo y Junio (aproximadamente), que se encontraban en la fase de evaluación inicial. El cuestionario fue contestado por los usuarios mayores de 18 años y cuando el paciente era menor de edad, se pidió al padre o tutor que fuera él quien lo respondiera.

Por lo tanto, esta muestra fue *no probabilística, de tipo intencional y por cuota*; ya que se desconocían las características específicas de los usuarios que acudieron al Centro y se abarcó un periodo de inicio y un periodo de finalización (Hernández, Baptista y Fernández, 2006).

VII. Tipo de estudio

El tipo de estudio fue *Descriptivo*, ya que se buscó obtener información que permitiera detallar cuales fueron las propiedades, características y/o perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández y cols., 2006).

VIII. Diseño

El diseño para esta investigación fue *No experimental, transversal*, ya que este trabajo se realizó en un escenario real con datos que fueron recolectados en un solo momento y en un tiempo único (Hernández y cols., 2006).

IX. Escenario

La investigación se llevó a cabo en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, ubicado en calle Volcán Cofre de Perote, esquina Volcán Fujiyama s/n, Colonia “Los Volcanes”, Delegación Tlalpan, D. F.

X. Instrumento

Se diseñó un cuestionario para esta investigación que quedó integrado a partir del formato de entrevista inicial del Centro, las aportaciones de otros instrumentos confiabilizados que se han utilizado para recabar información acerca de las áreas de interés a este proyecto² y las aportaciones del personal de Servicio Social.

Para ello, se revisó las diferentes preguntas que conforman el formato de entrevista inicial buscando que no se repitieran con los reactivos del cuestionario. Después se realizó una amplia búsqueda para seleccionar aquellos instrumentos que han sido utilizados en investigaciones afines al objetivo de este trabajo, de los instrumentos resultantes se eligieron los reactivos pertinentes a los temas de siete de las áreas y se adaptaron (Hernández y cols., 2006), buscando que estuvieran estructurados de tal forma que el entrevistado proporcionara información de cómo perciben dichas problemáticas desde un nivel individual, familiar y de comunidad. Por último, se creó el área de “roles sociales” (integrada por reactivos de tipo cualitativo) debido a la importancia percibida a partir del trabajo que han venido realizando los prestadores de servicio social, los cuales tienen un año de práctica en este campo.

² -Escala para detectar violencia doméstica hacia la mujer, elaborada por Ramírez y Patiño en el programa interdisciplinario de estudios de Género (PIEGE) en la Universidad de Guadalajara (Salud Mental, 1997).

-Escala de Salud y Vida Cotidiana (DHL), (Moos, 1984, adaptado por Ayala, 1992).

-Escala de Ambiente Familiar, (Moos, 1981).

Una vez estructurado el cuestionario, se estableció su confiabilidad a través de una valoración *entre jueces*. Así que cinco de los académicos que laboran en el Centro y que tienen una gran experiencia en el trabajo comunitario, analizaron cada uno de los reactivos del mismo hasta establecer su formato final cuya forma de aplicación puede ser administrado o autoaplicable, sin tiempo límite y con reactivos estructurados que permiten dar un tipo de respuesta cerrada (sí, no).

Con respecto a las ocho áreas que conformaron el cuestionario, se eligieron a partir de las principales problemáticas por las que llegan las personas a solicitar la atención, las cuales fueron dadas a conocer en la Segunda Jornada Clínica a partir del análisis de los casos que son atendidos en el Centro. Estas áreas fueron:

1. *Estudio socioeconómico*; que proporcionó datos del entrevistado en tres niveles: a) personal, por ejemplo sexo, edad, estado civil, ocupación e ingreso mensual; b) familiar, como quienes aportan al gasto del hogar, número de integrantes, tipo de vivienda y con que servicios cuenta ésta y c) comunitario, acerca de los servicios con los que cuenta la colonia y los problemas sociales que percibe en ella.

2. *Salud*; en donde se recolectó información acerca de cuales son las enfermedades y/o malestares (tanto físicos como psicológicos) más frecuentes que presenta el entrevistado; si tienen antecedentes de enfermedades físicas y mentales en su familia y la forma en que describen su personalidad a partir de ciertos adjetivos.

3. *Redes de apoyo*; que tomó en consideración el número de amigos con los que cuenta el entrevistado, además de indicar cuales son las personas a las que se dirigen cuando tienen problemas incluyendo grupos e instituciones.

4. *Problemas de conducta, aprendizaje y emocional*; que buscó identificar si se presentan o no cada uno de estos aspectos, indicando quienes la presentan, con que frecuencia y de que trata cada determinada problemática.

5. *Percepción familiar*; que proporcionó datos acerca de la dinámica familiar a partir de la percepción de uno de sus integrantes (que en este caso fue el entrevistado), abordando temas como son la expresividad de pensamiento y sentimientos, el tiempo libre individual y familiar y el manejo de las tensiones.

6. *Violencia doméstica*; que detectó si existen dentro de la familia patrones de violencia, de que tipo, con que frecuencia y entre quienes se presenta; así como si existe abuso sexual en la familia, quien lo presenta y desde hace cuanto.

7. *Roles sociales*; en donde se recabó datos acerca de la percepción que tienen los entrevistados de su papel como mujer y como hombre (roles de género).

8. *Formas de consumo de sustancias*; en donde se evaluó el fumar, el tomar y el consumir drogas; indicando en cada uno de estas formas de consumo si en la familia se presenta la conducta; quien la presenta; su edad de inicio; el tiempo, la cantidad y el tipo de consumo; la razón por la que inició y continuó y si ha tenido problemas de salud y/o sociales.

XI. Procedimiento

En la primera etapa, se diseñó y confiabilizó el cuestionario ya descrito anteriormente y en la segunda etapa, se aplicó el instrumento bajo las siguientes condiciones:

1) *Entrevista semiabierta*; ya que a) se buscó que todas los reactivos que integran las diferentes áreas del cuestionario fueran respondidos de forma correcta, b) poder obtener información más detallada de los reactivos que lo permitieran y c) establecer un contacto directo con el entrevistado para crear un clima de confianza.

2) Tiempo de aplicación 30 minutos: ya que se trató de ahorrar tiempo debido a que la sesión de primera vez dura sólo una hora, por lo que en los primeros 30 minutos se aplicó el cuestionario para que en el tiempo restante el paciente pudiera llenar junto con su psicólogo el formato de entrevista inicial y así ahondara en el motivo de consulta.

A cada usuario se le pidió desde que hace el contacto con el Centro, su colaboración para contestar el cuestionario con la premisa de que podían aceptar o negarse a responder sin que esto fuera una condición para recibir la atención. La consigna antes de aplicar el cuestionario fue: “el centro está realizando una investigación que permita conocer cual es su visión acerca de ciertos problemas que pueden estar presentes en su familia, en su comunidad o en usted mismo, con la

finalidad de brindarle un mejor servicio e implementar actividades de prevención. Todos los datos obtenidos serán confidenciales y esta es la única ocasión en que usted lo responderá”. Al finalizar la aplicación, se les agradeció su colaboración y se les indicó que esperaran a su Psicólogo designado.

XII. Análisis de datos

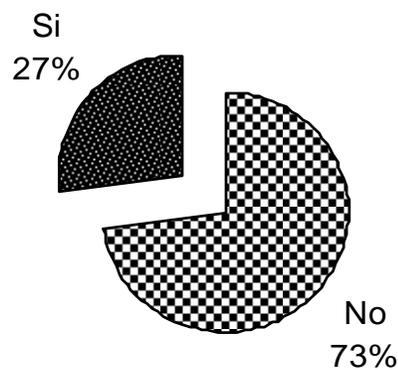
Se utilizó la *estadística descriptiva* para obtener frecuencias de los datos recabados en las diferentes áreas que integran el cuestionario y con ello, posteriormente se realizó una descripción de la muestra a través de tablas y gráficas, además de un *análisis de contenido* de los reactivos que lo permitieron.

RESULTADOS

Una vez recopilados los datos del instrumento diseñado para el objetivo de esta investigación, se realizó el análisis estadístico utilizando el programa SPSS para Windows versión 13.0; llevándose a cabo distribuciones de frecuencias de los reactivos que integran las diferentes áreas que conforman el cuestionario. Los resultados obtenidos, se presentan conforme al orden de las áreas dentro del cuestionario:

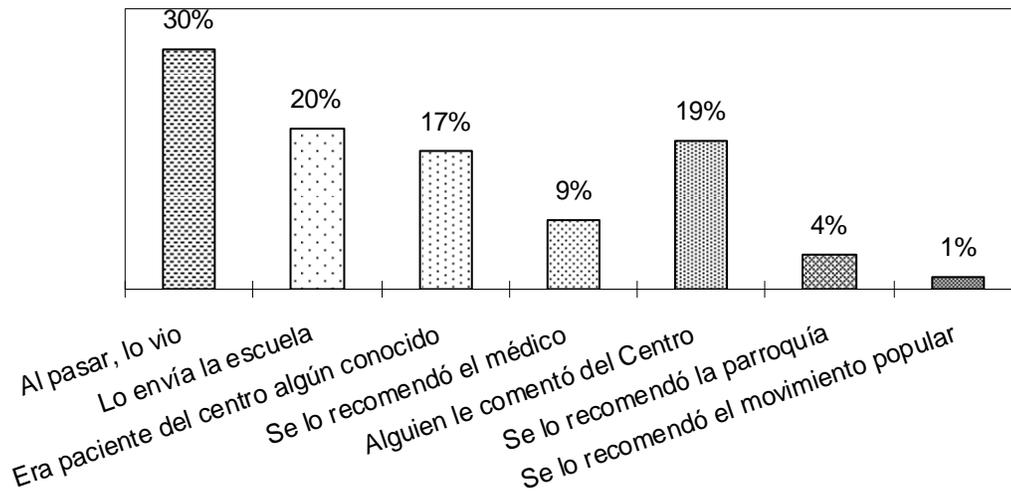
En los primeros dos reactivos, se indagó si los entrevistados cuentan con información referente a la ubicación y existencia del Centro.

Gráfica 1. Ya conocía el Centro



Como se muestra en la Gráfica 1, el 27% de los entrevistados “ya conocían el Centro” y el 73 % restante manifestaron no conocerlo, siendo ésta la primera ocasión en que acuden al Centro. Con respecto a “dónde adquirió información del mismo”, se encontraron diversas respuestas (ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Dónde adquirió información



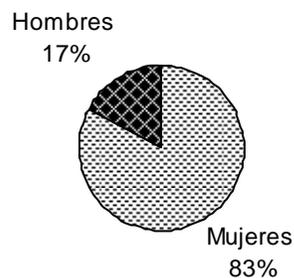
Dentro de las más expresadas se encuentra “al pasar, lo vio” (30%) y “lo envía la escuela” (20%); mientras que las respuestas menos elegidas fueron “se lo recomendó la parroquia” (4%) y “se lo recomendó el movimiento popular” (1%).

1) Estudio socioeconómico

a) Datos personales:

Está integrado por el sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad y la ocupación de los entrevistados. Se observó que para el reactivo sexo se obtuvo un porcentaje de 83%

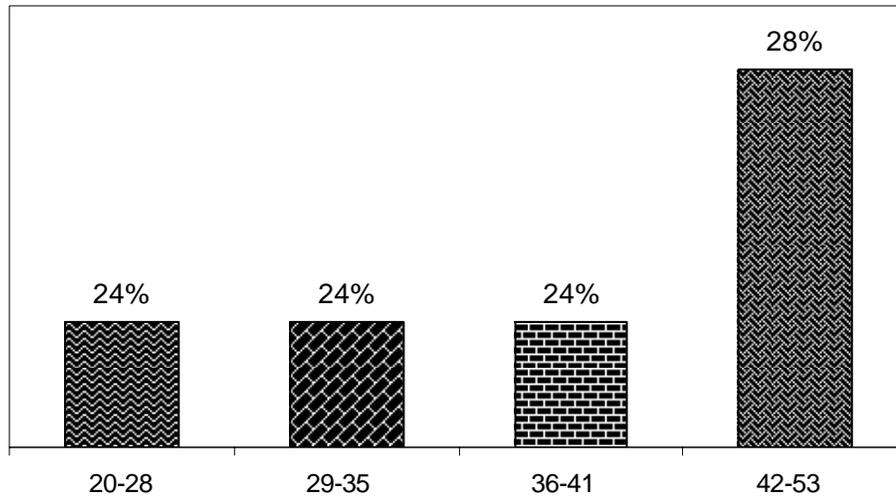
Gráfica 3. Sexo



para el rubro “mujeres” y sólo un 17% para el rubro “hombres”.

Para la *edad* de la muestra se obtuvieron cuatro grupos:

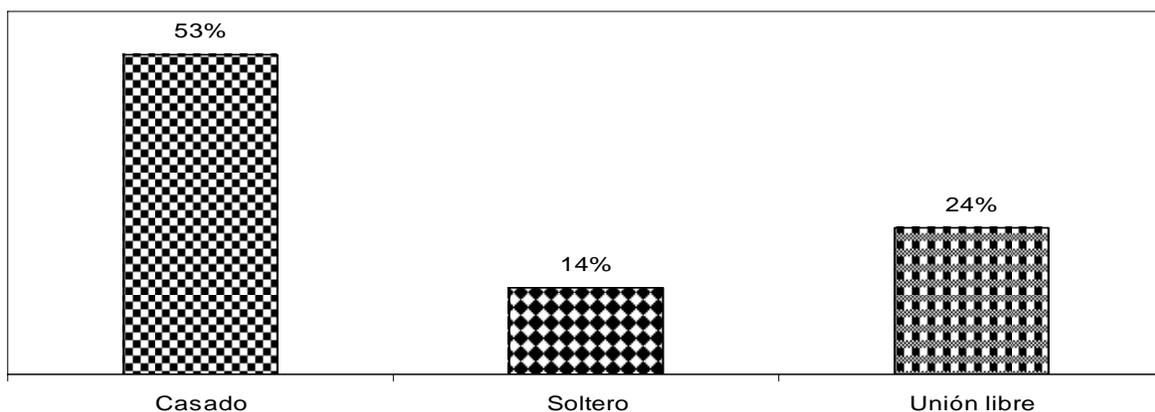
Gráfica 4. Edad



siendo el más relevante el grupo integrado por sujetos que se encuentran dentro un rango de edad que va desde los 42 años a los 53 años, los tres grupos restantes comparten el mismo porcentaje del 24%.

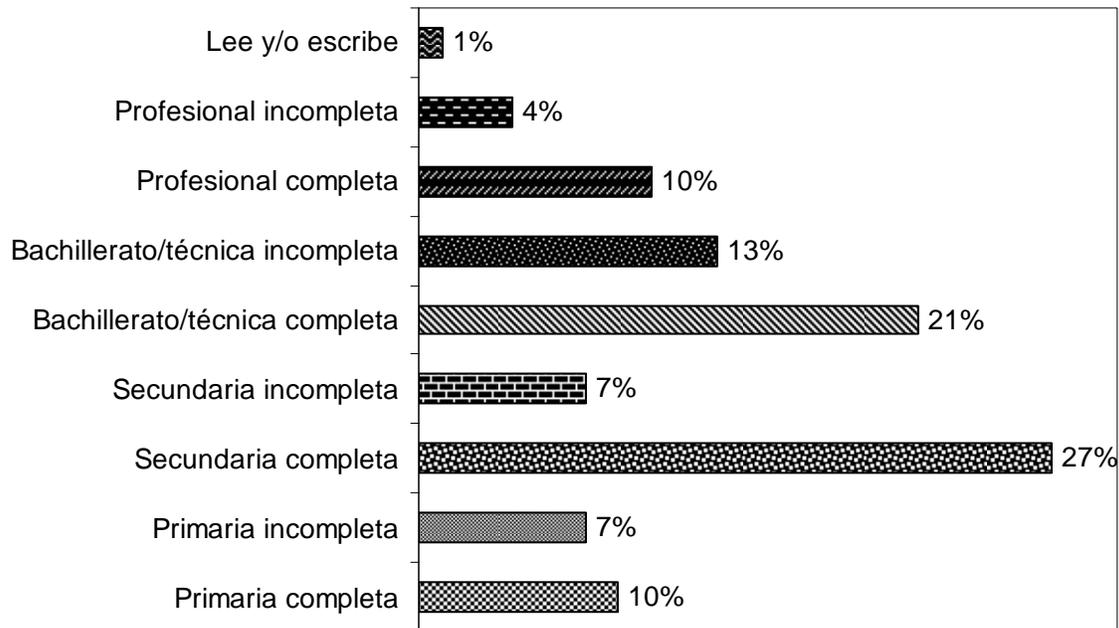
El *estado civil* quedó conformado por seis categorías, ocupando el 91% tres de ellas (ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Estado civil



Mientras que el 9% lo integraron: “separado” 7%, “divorciado” 1% y “viudo” 1%. En cuanto a la *escolaridad*, el 1% reportó saber “leer y/o escribir” únicamente, en tanto que el 99% tiene algún grado de estudio como lo muestra la Gráfica 6.

Gráfica 6. Escolaridad



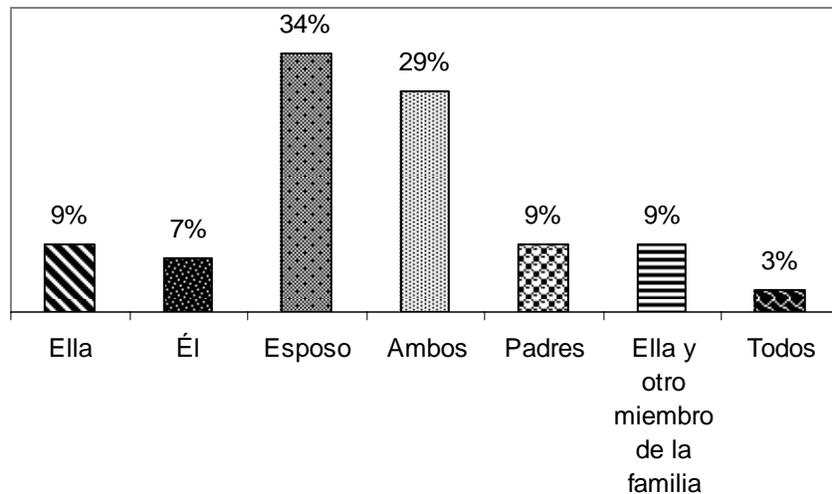
“Secundaria completa”, es el nivel de estudios más alto del grupo de entrevistados con un 27%, seguido de “bachillerato completo” con un 21%. También destacan algunas semejanzas en los porcentajes como: “profesional completa” - “primaria completa” cada uno con un 10% y “secundaria incompleta” - “primaria incompleta” con el 7% en ambos casos.

Dentro del reactivo *ocupación*, se encontró una gama muy variada de empleos y actividades ocupando el primer sitio el trabajo en el “hogar” sin remuneración económica con un 40%, en tanto que “hogar y otra actividad remunerada” sobresale sólo con un 4% al igual que Enfermería, Estudiante, Comerciante y Chofer; con el 1% se presentan las actividades de Taquero, Campesino, Ayudante de panadero, Técnico, Auxiliar estilista, Instructor de aerobics, Fotógrafo, Actor, Cajero, Secretaria, Trabajador social y Médico; el resto de las ocupaciones varían en sus porcentajes como Empleado (en tiendas o fabricas) con el 11%, Empleada doméstica con el 7%, Maestro/a con el 6% y Vendedora con el 3%. En esta muestra, sólo un entrevistado reportó estar desempleado (con el 1%).

b) Datos familiares:

Es información de los usuarios que acuden al Centro acerca de quienes aportan al gasto familiar, su ingreso mensual, el tipo de vivienda y los servicios con los que cuentan. En el *gasto familiar* (ver Gráfica 7), se obtuvieron seis tipos de categorías:

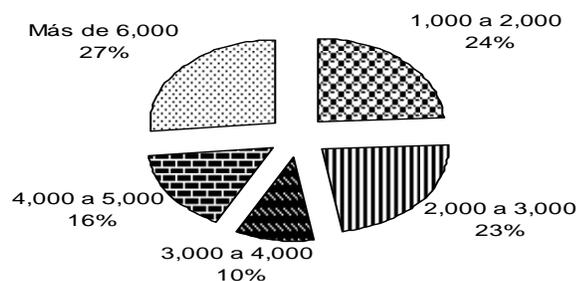
Gráfica 7. Quiénes aportan



siendo el rubro más importante el de “esposo” con el 34%, seguido del rubro “ambos” con el 29%.

El ingreso promedio familiar que reportó la muestra, se estableció en diferentes rangos que van desde los \$1000 pesos hasta más de \$6000 pesos al mes como se ejemplifica en la Gráfica 8.

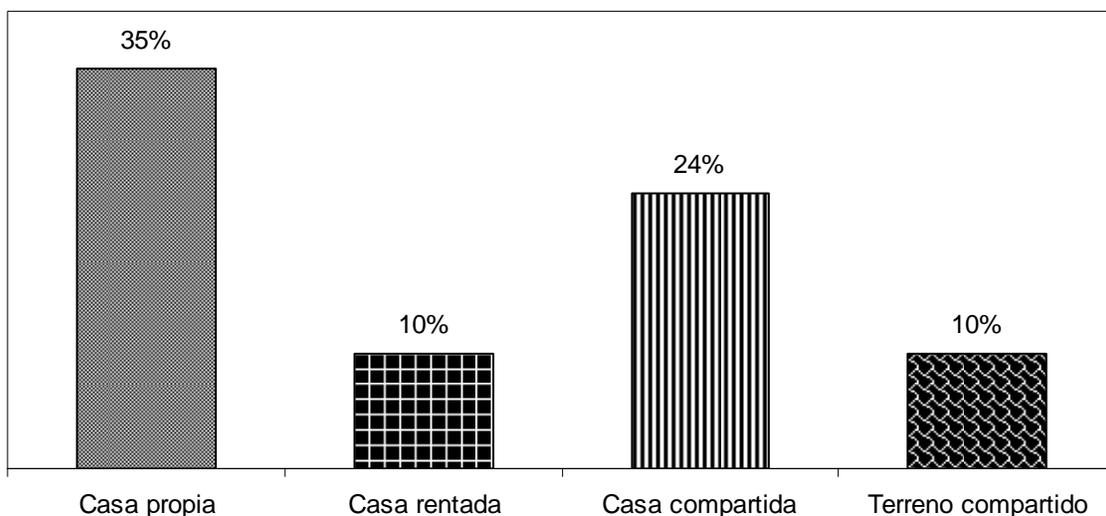
Gráfica 8. Ingreso mensual



Donde se observa que sólo un 10% de los entrevistados se encuentra dentro del rango de \$3000 a \$4000 pesos mensuales, mientras que la mayoría reportó un ingreso mensual por arriba de los \$6000 pesos. Es importante destacar que tanto el rango más alto como el rango más bajo (\$1000 a \$2000), se aproximan en cuanto a sus porcentajes al obtener un 27% y 24% en cada uno. Nadie reportó un ingreso mensual de menos de \$1000 pesos.

Los principales *tipos de vivienda*, se muestran en la Gráfica 9.

Gráfica 9. Principales tipos de vivienda



La opción “casa propia” fue la más alta al ser elegida por el 35%, quedando en segunda opción “casa compartida” con el 24%. Sin embargo, existen otras opciones no graficadas debido a que el porcentaje de entrevistados que tienen otros tipos de vivienda, fue mínimo: con el 4% se encuentran las categorías de “departamento propio”, “departamento rentado”, “cuarto propio” y “cuarto rentado”; con el 3% “terreno propio” y con el 1% se encuentran dos categorías que son “cuarto compartido” y “terreno rentado”.

Los servicios con los que cuenta la vivienda de cada uno de los participantes se agruparon en un listado, el cual esta conformado por diferentes elementos que se indican en la Tabla 1.

Tabla 1. Servicios dentro del hogar

Servicio	Si	No	Servicio	Si	No
Techo de lámina	9%	81%	Automóvil	36%	64%
Techo de asbesto	3%	97%	Teléfono	80%	20%
Techo de concreto	90%	10%	Teléfono celular	71%	29%
Luz eléctrica	100%	0%	TV por cable	10%	90%
Regadera	64%	36%	Reproductor de CD y DVD	84%	16%
Calentador (boiler u otros)	59%	41%	Antena parabólica	0%	100%
Refrigerador	86%	14%	Seguro de auto	13%	87%
Microondas	57%	43%	Seguro de vida	16%	84%
Lavadora de ropa	83%	7%	Servicio doméstico	6%	94%
Secadora	14%	86%	Drenaje y agua	100%	0%
Televisión	100%	0%			

Hay dos aspectos que destacan dentro de esta tabla: que del 50% al 100% de los entrevistados cuentan con 11 de los servicios presentados en esta lista destacando drenaje y agua, luz eléctrica y televisión por ser los servicios con los que cuentan todas las viviendas de los participantes; y que del 0% al 50% de los entrevistados sólo cuentan con 9 de los servicios del listado.

c) Datos de la comunidad:

Constituido por los servicios y los principales problemas que existen dentro de la comunidad de los entrevistados. En la Tabla 2, se reportan cuales son los servicios de salud, educativos y recreativos, además del porcentaje de personas que refieren tener ese servicio.

Tabla 2. Servicios comunitarios

Servicio	Si	No	Servicio	Si	No
Mercado	74%	26%	Hospitales	19%	81%
Deportivo	66%	34%	Fabricas	20%	80%
Biblioteca	57%	43%	Transporte	93%	7%
Kinder	81%	9%	Iglesias	87%	13%
Primaria	74%	26%	Centros comerciales y tiendas de autoservicio	16%	84%

Secundaria	64%	36%	Parques y canchas	64%	36%
Nivel medio superior	20%	80%	Tienda de abarrotes	97%	3%
Universidades	7%	93%	Bancos	29%	71%
Centros de salud	76%	24%	Farmacia	80%	20%
Clínicas	24%	76%	Otros (cantinas, bares, pulquerías)	17%	83%

El servicio con el que más cuentan los entrevistados (con el 97%) dentro de su comunidad fue “tienda de abarrotes”, seguida de “transporte” e “iglesias” con el 93% y el 87% de los entrevistados; mientras que “centros comerciales y tiendas de autoservicio” lo reportaron sólo el 16% y “cantinas, bares y pulquerías” el 17% de las personas. En cuanto a los servicios educativos, se observó que existen un mayor número de instalaciones preescolares (comentándolo el 81% de la muestra) en comparación al número de universidades (7% de la muestra). En los servicios de salud predominan los centros de salud con el 76% de los entrevistados en comparación a que sólo el 19% de los sujetos expresaron contar con “hospitales”.

En la Tabla 3 se abordan los problemas percibidos por los entrevistados dentro de su comunidad.

Tabla 3. Problemas comunitarios

	Si	No		Si	No		Si	No
Falta de recolección de basura	24%	76%	Asalto domiciliario	39%	61%	Alcoholismo	74%	26%
Heces fecales en la vía pública	79%	21%	Asalto en la vía pública	29%	71%	Embarazo adolescente	56%	44%
Ruido de automóviles o fábricas	47%	53%	Homicidio	13%	87%	Violencia familiar	34%	66%
Desechos tóxicos e industriales	6%	94%	Suicidios	11%	89%	Explotación de menores	6%	94%
Basura doméstica	47%	53%	Secuestros	10%	90%	Niños de la Calle	11%	89%
Falta de botes de basura públicos	81%	19%	Delitos contra la salud (Narcomenudeo)	34%	66%	Robo, fraude o estafa	36%	64%
Accidentes automovilísticos	41%	59%	Prostitución	7%	93%	Drogas	53%	47%

Despojo, desalojo o invasión de predios	14%	86%	Pandillerismo	43%	57%			
---	-----	-----	---------------	-----	-----	--	--	--

“Falta de botes de basura públicos”, “heces fecales en la vía pública” y “alcoholismo” son los principales problemas reportados por el 81%, 79% y 74% de la muestra respectivamente. También destaca “embarazo adolescente” y “drogas” con el 56% y 53% de los entrevistados.

2) Salud

Esta segunda área se aborda en dos niveles: el individual y el familiar. En estos niveles los entrevistados tuvieron la premisa de poder seleccionar más de una opción como respuesta a partir del listado proporcionado, así que los resultados que se presentan a continuación son los porcentajes obtenidos en cada una de las opciones de respuesta, elegida por el número total de sujetos de la muestra (70 sujetos).

a) Información individual

La primera parte quedó integrada por un listado amplio de enfermedades y malestares, tanto físicos como psicológicos, donde los participantes indicaron cuales enfermedades han padecido en el último año (eligiendo más de una opción, como ya se mencionó anteriormente). Con el 1% y 3%: Anemia, Asma, Cáncer, Problemas del hígado, Diabetes, Problemas con el corazón y Diarrea constante. Con el 6%, 11% y 13%: Bronquitis, Artritis y Ha sentido deseos de quitarse la vida repentinamente. Con el 17% y 23%: Problemas del riñón, Taquicardia y Escalofríos o temblores sin causa aparente. Con el 30% y 31%: Estreñimiento y Calor en todo el cuerpo (bochornos). Con el 36%, 39%, 40% y 41%: Presión alta o baja, Le cuesta trabajo empezar alguna actividad, Le cuesta mucho trabajo levantarse por las mañanas, Dolores de cabeza frecuentes, Piensa que nada le sale bien, Ha perdido el interés en su arreglo personal y Problemas con la forma de comer. Con el 46%, 47%, 49%, 50% y 51%: Dificultad para recordar las cosas, Cuando esta nervioso alguna parte de su cuerpo tiempo movimiento (tic), Insomnio, Gastritis y Se ha preguntado si su vida tiene sentido o vale la pena, Debilidad

o cansancio sin causa aparente y Se ha sentido nervioso o muy preocupado sin saber porque. Con el 60% y 61%: Preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo y Problemas con la espalda y cintura. Con el 77%: Ha sentido que se preocupa demasiado

La segunda parte estuvo dirigida a indagar aspectos psicológicos del entrevistado a partir de que se describiera a sí mismo, registrándose en la Tabla 4.

Tabla 4. Autodescripción psicológica individual

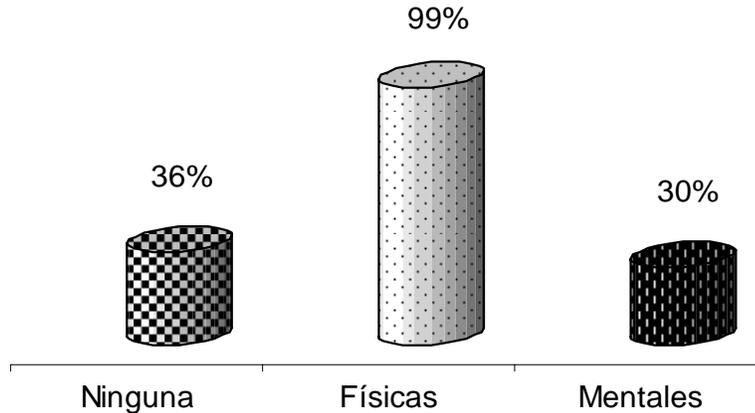
Adjetivo	Si	No	Adjetivo	Si	No
Ambicioso	21%	79%	Feliz	67%	33%
Seguro de sí mismo	61%	39%	Mentiroso	34%	66%
Tranquilo	59%	41%	Triste	69%	31%
Aislado	41%	59%	Impulsivo	59%	41%
Exitoso	50%	50%	Enojón	71%	29%
Extrovertido	23%	77%	Introverso	37%	63%
Dominante	57%	43%	Desconfiado	76%	24%
Accesible	83%	17%	Agresivo	37%	63%

Destaca “Accesible” como el adjetivo más utilizado para autodescribirse al ser elegido por el 83% de los participantes (de los cuales el 67% fueron mujeres y el 16% hombres), seguido de “Desconfiado” al ser elegido por el 76% de las personas (65% mujeres y 11% hombres) y “Enojón” con el 71% de las personas (60% mujeres y 11% hombres). En cambio, “Ambicioso” fue el adjetivo menos utilizado para describirse a sí mismo con el 21% de las personas (15% mujeres y 6% hombres), seguido de “Extrovertido” con el 23% de las personas (20% mujeres y 3% hombres).

b) Información familiar

Se recavaron datos acerca de las enfermedades que han presentado los miembros que integran la familia del entrevistado a partir de los siguientes rubros (ver Gráfica 10):

Gráfica 10. Antecedentes de enfermedades familiares



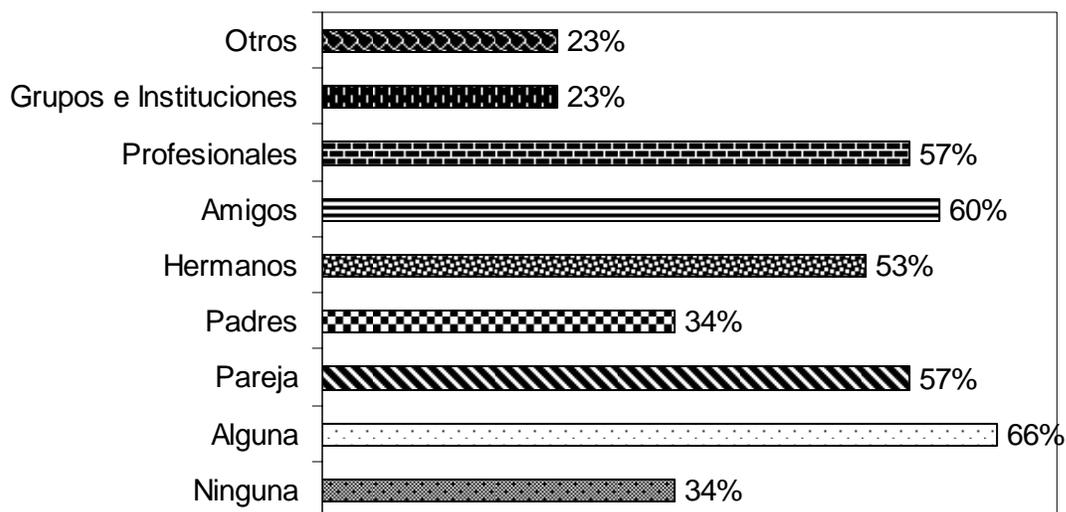
El 36% de las personas expresaron no tener ningún familiar con antecedentes de enfermedades físicas y/o mentales; el 64% restante manifestó que en su familia se han presentado varios tipos de enfermedades, por lo que dieron más de una respuesta tanto en físicas como en mentales.

Con respecto a las “enfermedades físicas” se encontró que ocupa el primer lugar con el 99% de enfermedades expresadas: Hidropesía, Trombosis, Estafilococos, Tiroides, Parkinson, Obesidad, Úlcera, Epilepsia, Artritis y Hepatitis C (todas ellas dentro del porcentaje de 1% y 3%); Hipertensión con el 9%; Cardiopatías con el 11%; Diabetes con el 26% y Cáncer con el 27%. El rubro de “enfermedades mentales” quedó en segundo lugar con el 30% de las enfermedades expresadas: Déficit de atención, Intento de suicidio, Problemas emocionales e Hiperactividad todas ellas con el 1% y 3%; Depresión con el 7% y Clasificaciones generales con el 16% (en tratamiento 9%, problemas mentales 4% y estuvo en tratamiento 3%).

3) Redes de apoyo

En esta área (al igual que la anterior) los entrevistados tuvieron la premisa de poder seleccionar más de una opción como respuesta a partir del listado proporcionado, por lo que los resultados reportados son los porcentajes obtenidos en cada una de las opciones de respuesta, elegida por el número total de sujetos de la muestra (70 sujetos) como se presenta en la Gráfica 11:

Gráfica 11. Redes sociales

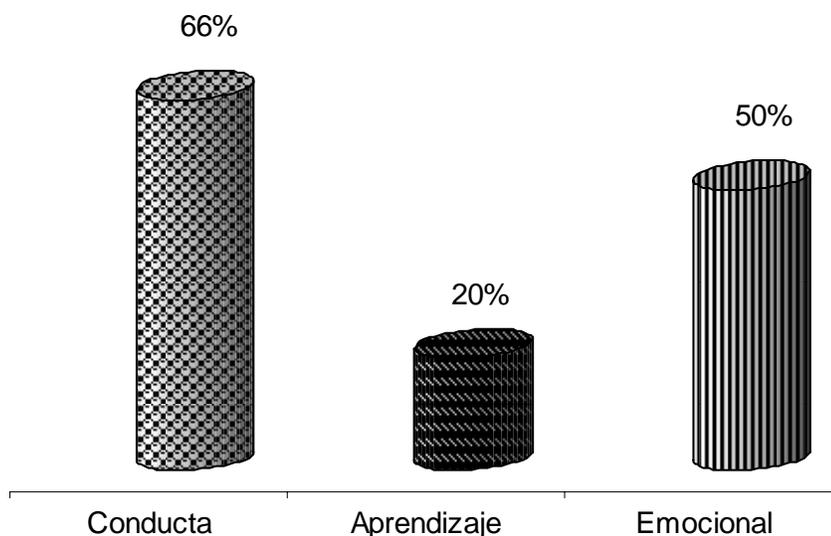


De la muestra total de entrevistados: el 34% respondió no tener ninguna persona con la cual comenten sus problemas personales, en tanto que el 66% afirmaron contar con alguna persona de confianza. A los que más se dirigen son a los “amigos” al ser elegido por el 60% de la muestra, después a los “profesionales” (como doctor, abogado, psicólogo y sacerdote) y a la “pareja” con el 57% en cada uno de los casos. En cuanto a los “grupos e instituciones” sólo el 23% de las personas respondieron acudir a ellos cuando tienen problemas, dentro de las más solicitadas se encontraron: AA con el 9%, y con el 3% y 1% se encontraron AL-ANON, IMSS, Cursos de la iglesia, Neuróticos anónimos, Grupo de autoayuda, Instituto de Pediatría y Centros de Integración Juvenil.

4) Problemas de conducta, de aprendizaje y emocionales

Los entrevistados respondieron afirmativamente a más de un tipo de problemática, por lo que los resultados en cada una de ellas son independientes (ver Gráfica 12).

Gráfica 12. Tipos de problemas



Como se observa el tipo de problemática más expresada por los entrevistados fueron los “problemas de conducta” al contar con el 66% de la muestra, comentando que los miembros de la familia que presentan dicho problema en mayor número son los “hijos” (44%) con conductas como rebeldía, agresividad, berrinches, no obedecer, enojo, mentiras, romper reglas y llorar por todo; sólo el 34% restante de la muestra dijo no tener problemas en esta área. En segundo sitio estuvieron los “problemas emocionales” al ser indicado por el 50% de la muestra refiriendo que son en su mayoría los “hijos” (17%) y el “propio entrevistado” (14%) quienes más la presentan, reportando síntomas de Depresión principalmente; el 50% restante expresó no tener problemas emocionales. En último lugar, aparecen los “problemas de aprendizaje” con el 20% de la muestra manifestándose primordialmente en los “hijos” (con el 11%) lento aprendizaje y distracción; el 80% restante respondió no presentar estos problemas.

5) Percepción familiar

En esta área, se buscó que los entrevistados dieran su punto de vista a cerca de algunos aspectos como son la expresividad, el tiempo libre y la solución de problemas

dentro de su familia; encontrando los siguientes resultados (ver Tabla 5).

Tabla 5. Percepción de la dinámica familiar

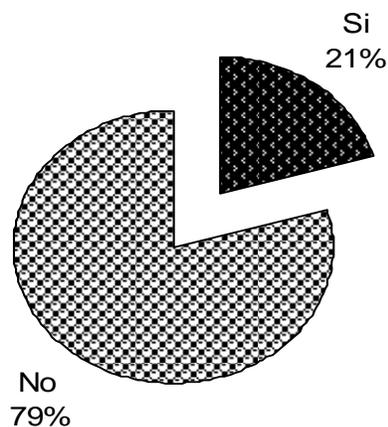
EN MI FAMILIA.....	Si	No
Existen limitaciones para expresar ideas y pensamientos	39%	61%
Con frecuencia se expresan afectos y sentimientos (frustración, dolor, enojo, alegría, felicidad, no poder parar de reír o de llorar, etc).	71%	29%
Si se nos antoja realizar alguna actividad al momento, simplemente lo hacemos	77%	23%
Es difícil explotar en casa sin que alguien se moleste	54%	46%
Hay muchas discusiones espontáneas	49%	51%
Se platican problemas personales entre los miembros	63%	37%
Se procura organizar el tiempo libre dentro de casa	61%	39%
Se procura organizar el tiempo libre fuera de casa	59%	41%
Se acepta que cada miembro decida cómo usar su tiempo libre en forma individual	77%	23%

Destaca que la mayoría de los entrevistados perciben no tener problemas para expresar pensamientos y sentimientos dentro de la familia al obtener un 61% y 71% respectivamente y refieren que platican sus problemas personales en familia con un 63%; por otro lado, les es difícil explotar en casa con un 54% presentando pocas discusiones espontáneas con un 49%.

6) Violencia doméstica

La primera parte esta integrada por 15 reactivos que abarcan 4 tipos de violencia: física con los reactivos 11 y 12; psicológica con los reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8; económica con los reactivos 9 y 10 y sexual con los reactivos 13, 14 y 15. Cada uno de estos reactivos cuenta con tres rubros a indagar: si la presenta (Si, No), la frecuencia (diario, frecuentemente, ocasionalmente y rara vez) y entre quienes se da. La Gráfica 13, hace referencia al primer rubro (si la presentan o no) contabilizando el puntaje, que se muestra en porcentaje, de la muestra total.

Gráfica 13. Violencia doméstica



Es notable que el 79% de la muestra manifestó no presentar violencia en este primer acercamiento, mientras que el 21% reportó la existencia de algún tipo de violencia dentro de su ámbito familiar: el tipo de violencia *emocional* obtuvo un 14% donde la categoría “frecuentemente” fue la más seleccionada, indicando que del “entrevistado hacia sus hijos” y “entre hijos” son los miembros en que más se presenta; el tipo de violencia *sexual* obtuvo un 3% donde las categorías más expresadas fueron “frecuentemente” y “ocasionalmente”, la cual se presenta del “esposo a entrevistada”; el tipo de violencia *económica* reportó un 2% con las principales categorías que fueron “frecuentemente” y “ocasionalmente”, entre los “esposos”; por último, el tipo de violencia *física* abarca también un 2% siendo la categoría “ocasionalmente” la principal, entre el “entrevistado hacia sus hijos” y “entre hijos”.

La segunda parte estuvo dirigida a indagar acerca del abuso sexual, encontrando que sólo el 16% de los participantes reportan que algún miembro de la familia fue víctima de abuso sexual, siendo el propio entrevistado y los hijos las principales víctimas durante la infancia.

7) Roles sociales

En esta área, se indagó específicamente la percepción que tienen los participantes acerca de los roles de género, es decir, que es ser “mujer” y que es ser “hombre” partiendo de una autodescripción de acuerdo al sexo del entrevistado, por ejemplo las mujeres se describieron como mujer y los hombres como hombre.

Es así, como el 83% de las mujeres de la muestra usaron diferentes adjetivos para describirse obteniendo los siguientes porcentajes: con el 2% Activa, Ama de casa, Apoya a sus hijos, Apoya a su marido, Dependiente, Buena ama de casa, Buena cocinera, Buena madre, Complaciente, Compradora, Comprensiva, Cuida sola a sus hijos, Desesperada, Exigente con ella misma, Exitosa, Explosiva, Gusto por ser madre, Histórica, Le gusta hacer quehacer, Quiere a sus hijos, Limpiar la casa, Lucha por lo que quiere, Ser un mueble, Ordenada, Perfeccionista, Sincera, Tranquila, Triste, Valiente y Fea; con un 3% Honesta, Insegura, Madre, Lo máximo, Responsable, Enojona; con un 5% Inteligente, Amorosa, Cariñosa; y con 12% Trabajadora.

En cuanto a la descripción de los hombres (17%) se encontraron los siguientes adjetivos: con el 8% coincidieron Agresivo, Caballero, Entregado a la familia, Honesto, Inteligente, Pasivo, Responsable, Seguro, Sincero, Fracasado; y con el 16% Trabajador.

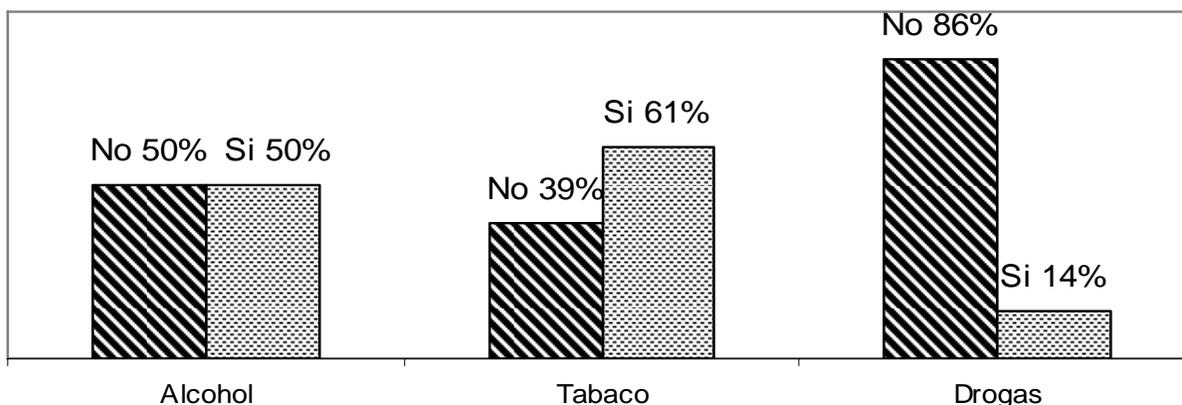
8) Formas de consumo de sustancias

Esta área se exploró en dos partes: una general y otra particular. En la primer parte, se realizó una comparación de los tres tipos de formas de consumo (alcohol, tabaco y drogas) en varios aspectos; y en la segunda parte se abarcan aspectos más particulares de cada forma de consumo.

a) Información general

En la Gráfica 15, se observan los porcentajes del número de personas que consumen las sustancias antes mencionadas:

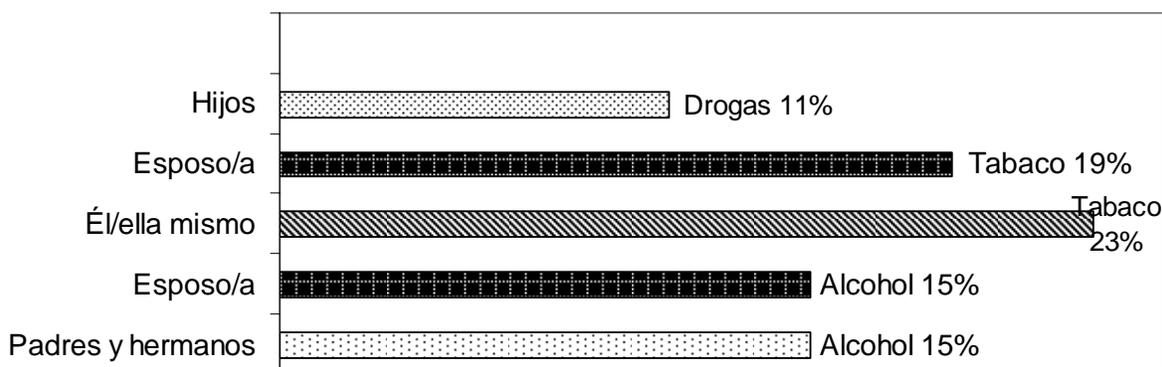
Gráfica 15. Formas de consumo



Observando que el tabaco es lo que más se consume dentro de la muestra con un 61% y lo que menos se consume son las drogas con un 14%, en cuanto al alcohol se encontró un mismo porcentaje de 50% en ambas respuestas (Si, No). Por lo tanto las siguientes gráficas sólo reportan *datos de las personas que si consumen alcohol, tabaco y/o drogas.*

En la Gráfica 16 se registran quienes son los principales consumidores dentro de la familia:

Gráfica 16. Principales consumidores

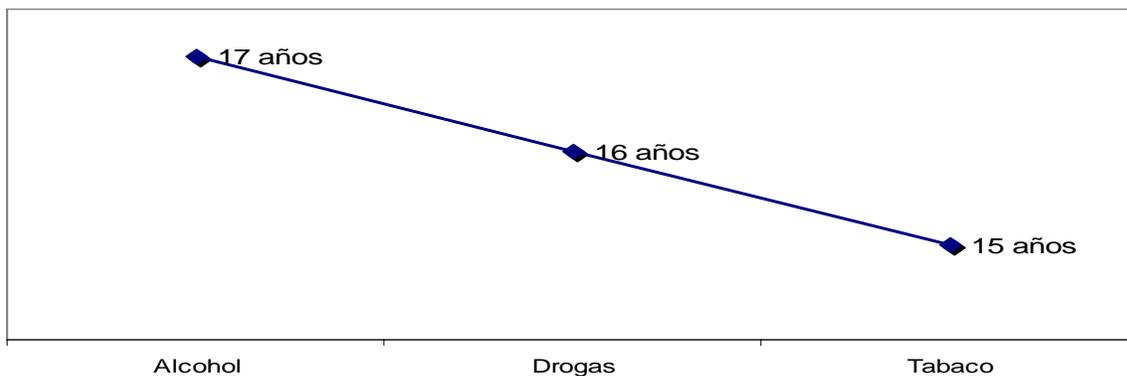


Porcentajes obtenidos únicamente de las personas consumidoras: alcohol 50%, tabaco 61% y drogas 14%.

Encontrándose en tabaco, que es el propio “entrevistado” el principal consumidor con un 23%, después “esposos/a” con un 19%, “hijos” con un 5% y “padres y hermanos del entrevistado” con un 14%. En alcohol se encontró que tanto el “esposos/a” como los “padres y hermanos del entrevistado” obtuvieron el 15% para cada uno, el entrevistado alcanzó un 12% y los hijos un 7%. En drogas los “hijos” fueron los principales consumidores con un 11%, mientras que los “padres y hermanos del entrevistado” sólo obtuvieron un 3%.

El promedio de edad de inicio que se encontró fue (ver Gráfica 17):

Gráfica 17. Edad de inicio de consumo



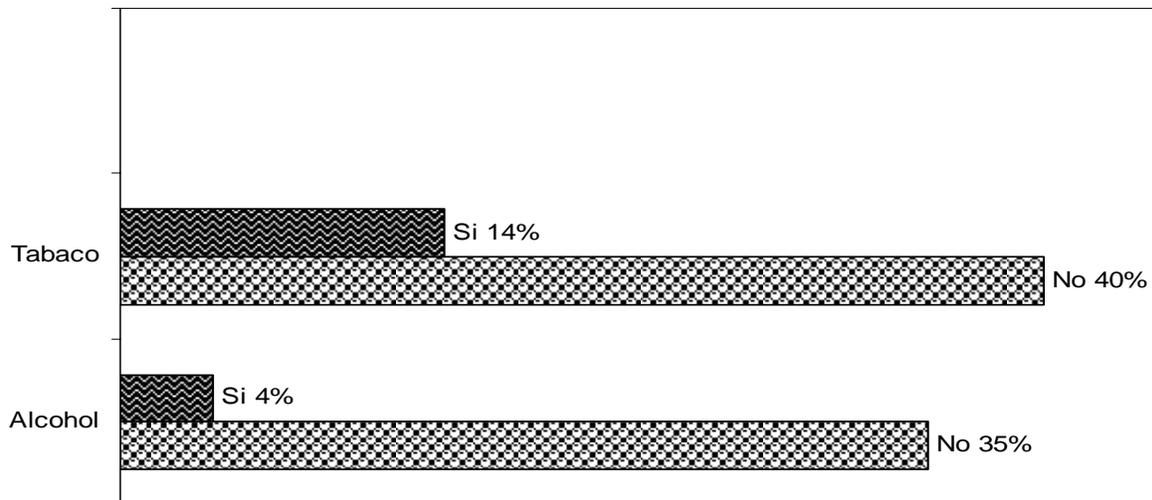
esto demuestra que *la media* de edad para comenzar a beber estuvo entre los 17 años en comparación a la edad en que iniciaron a fumar 15 años, encontrándose en medio drogas con 16 años.

Se descartó la información referente a la categoría de “padres y hermanos del entrevistado”, debido a que el entrevistado argumentó desconocer la mayoría de los datos a indagar. Con respecto a los hijos en drogas, se encontró que son ellos los principales consumidores (como ya se mencionó anteriormente), sin embargo al ser los entrevistados quienes proporcionaron información acerca de la drogadicción de sus hijos, los datos recabados pueden no ser tan precisos. Por ello, las siguientes gráficas muestran los resultados relacionados únicamente con el entrevistado y su pareja en

cuanto a alcohol y tabaco; la información de los hijos en relación a droga se abarcará en la segunda parte donde se investigan aspectos particulares de cada forma de consumo.

La Gráfica 18 permite observar la presencia o ausencia de problemas de salud que están relacionados al consumo de alcohol y tabaco:

Gráfica 18. Problemas de salud

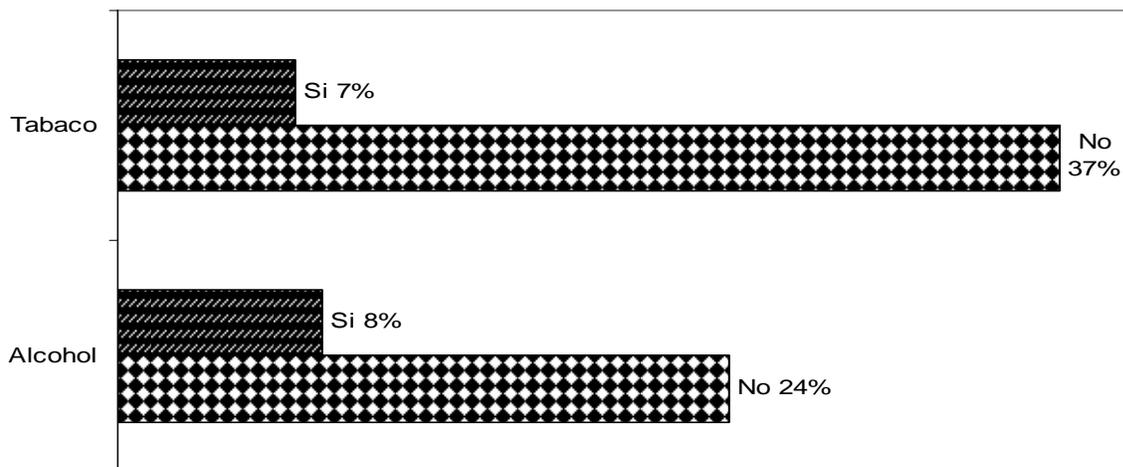


* Frecuencias restantes de la categoría "padres y hermanos del entrevistado": alcohol 11% y tabaco 7%

Los entrevistados reportan mayor presencia de problemas de salud en cuanto al consumo de tabaco con un 14%, en comparación a alcohol con un 4%. Destaca que un mayor número de entrevistados consideran no tener problemas de salud por fumar (40%) ni por beber (35%).

En la Gráfica 19 se indagó acerca de si han tenido problemas sociales (legales, familiares, etc.) encontrando que:

Gráfica 19. Problemas sociales



* Frecuencias restantes de la categoría "padres y hermanos del entrevistado": alcohol 18% y tabaco 13 %.

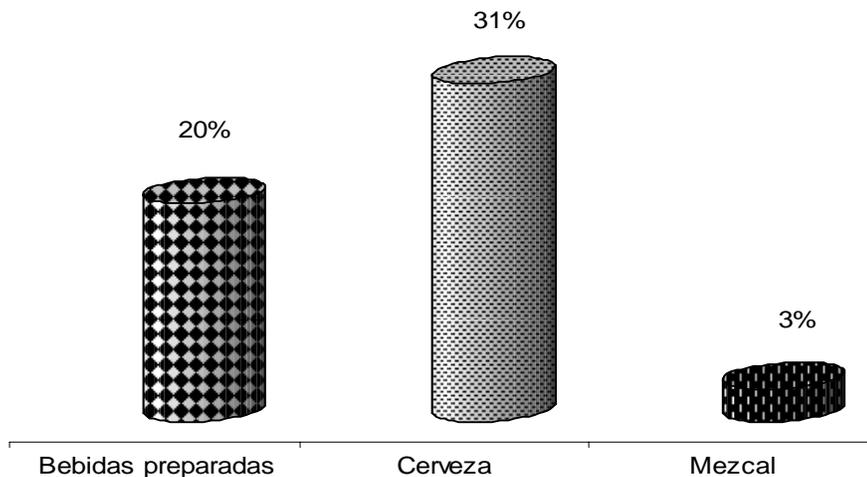
Se observa que los porcentajes del rubro "si han tenido problemas sociales" son parecidos en tabaco y en alcohol, sin embargo con un 8% la muestra considera que consumir alcohol ha provocado mayores problemas sociales destacando discusiones familiares, agresiones físicas o verbales, peleas, demandas legales y haber estado en la cárcel o sólo detenido. El 7% en tabaco han tenido problemas sociales como discusiones familiares y molestias por el humo, sólo el 4% respondió desconocer si se han presentado o no. Es importante destacar que la mayoría de los entrevistados expresan no tener problemas sociales cuando se trata de fumar (37%) que cuando se trata de consumir alcohol (34%).

b) Información particular

b.1) Alcohol

En cuanto al 50% que afirmó consumir alcohol, se encontró que la mayoría de los entrevistados acostumbran beber (ver Gráfica 20):

Gráfica 20. Principales bebidas consumidas

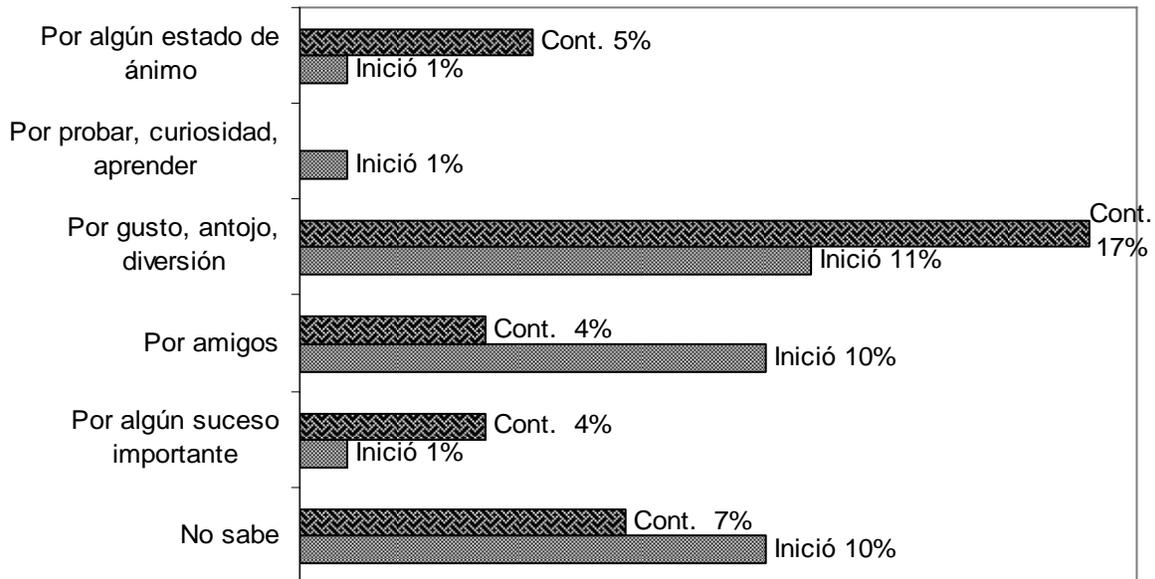


*No se tienen datos de la categoría "padres y hermanos del entrevistado, sólo del entrevistado, su pareja y sus hijos"

Como se observa la "cerveza" ocupa el primer lugar al ser elegida por el 31% de los entrevistados, en segundo lugar se encontraron las "bebidas preparadas" con un 20% y en último lugar el "mezcal" con un 3%; en cuanto al "aguardiente" y al "alcohol puro" los entrevistados reportaron no consumirlos. Con respecto al tiempo de consumo se encontró que el 23% expresó un ciclo continuo de "cada fin de semana", el 13% reportó "una vez al mes" y el 4% "una vez al año". El número de copas varía, al ser elegida por el 18% la opción de "más de 6 copas" en cada ingesta de alcohol, seguido de "4 a 5 copas" por el 11% y "menos de 3 copas" por el 10%.

La Gráfica 21 registra las razones por las que iniciaron el consumo de alcohol y las razones por las que continuaron bebiendo los entrevistados.

Gráfica 21. Razón por la que inició y continuó bebiendo



*No se tienen datos de la categoría “padres y hermanos del entrevistado, sólo del entrevistado, su pareja y sus hijos”

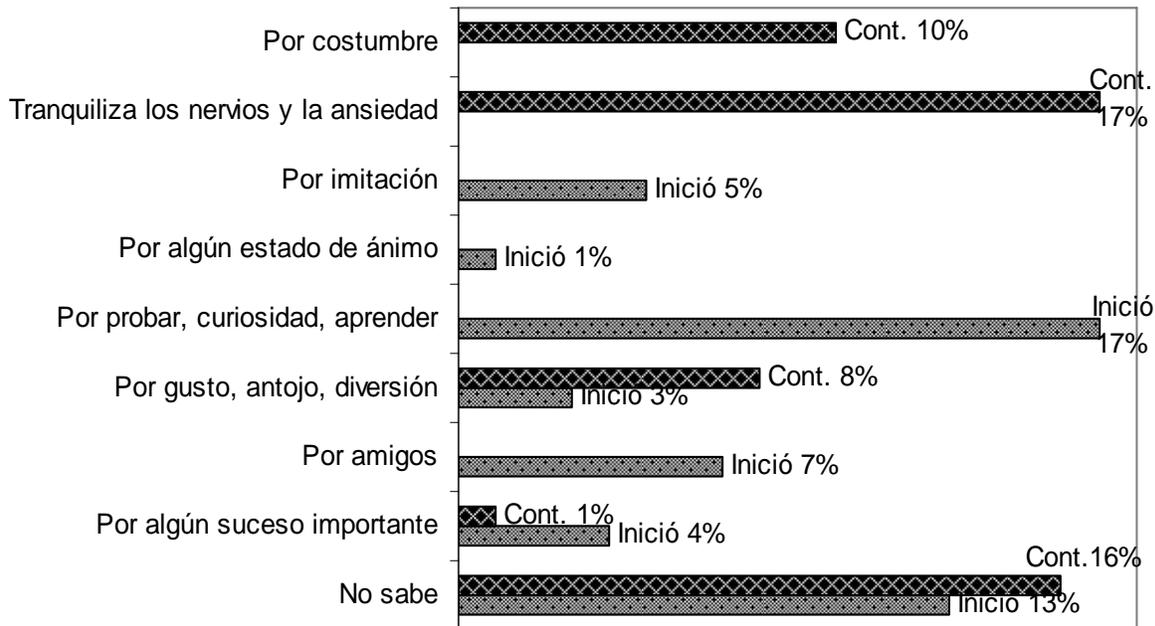
La categoría “por gusto, antojo, diversión” fue la razón principal por la cual las personas iniciaron (11%) y continuaron (17%) bebiendo. Específicamente en el rubro de inició, se encontraron dentro de las más bajas las categorías “por algún estado de ánimo”; “por probar, curiosidad, aprender” y “por algún suceso importante” cada una de ellas con el 1%. En el rubro de continuó, presentan el mismo porcentaje (4%) las categorías “por amigos” y “por algún suceso importante”; no se encuentra la categoría de “por probar, curiosidad, aprender” dentro de las razones por las que continúan bebiendo. Destaca que en la categoría “no sabe” se desconoce más la razón por la que se inició la conducta de beber (10%) que por la que se continuó (7%).

b.2) Tabaco

Con respecto al 61% de la muestra que acostumbra fumar, el 29% reportó hacerlo “diario” y el 23% restante eligió entre las categorías “frecuentemente”, “ocasionalmente” y “rara vez”.

La Gráfica 22 muestra las razones por las que las personas iniciaron y continuaron fumando.

Gráfica 22. Razón por la que inició y continuó fumando



*No se tienen datos de la categoría “padres y hermanos del entrevistado, sólo del entrevistado, su pareja y sus hijos”

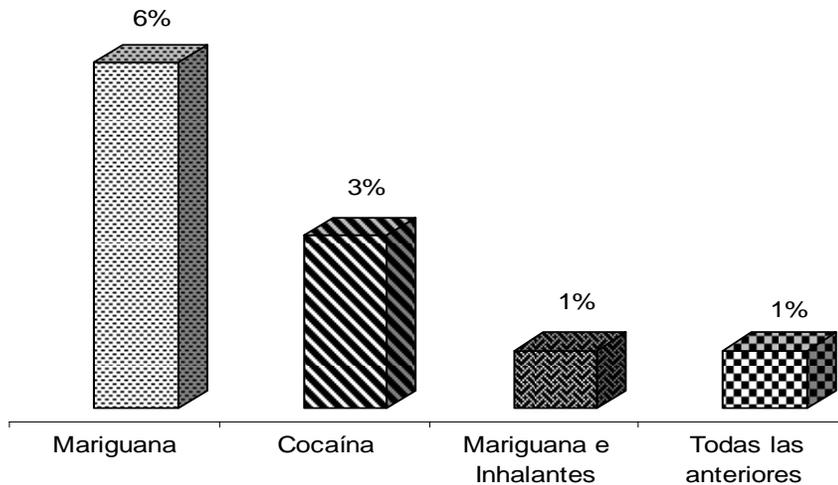
Con un 17% respectivamente, se encontró que las categorías “por probar, curiosidad, aprender” y “tranquiliza los nervios y la ansiedad” son las dos principales razones por las que iniciaron y continuaron fumando. También destaca que en la categoría “no sabe” un 16% respondió no conocer el motivo por el cual continuó fumando en comparación con el 13% que desconocen la razón por la que iniciaron.

b.3) Drogas

En este rubro se dio a conocer la opinión del 14% de la muestra que afirmó tener un miembro en su familia que consume drogas; la información puede no ser tan precisa, ya que no fueron los propios entrevistados quienes consumen, sino sus hijos en un 11% (y sólo con un 3% los “padres y hermanos del entrevistado”). Por lo tanto, los siguientes datos muestran lo que los entrevistados “creen” acerca de la drogadicción de sus hijos.

En lo referente a las principales sustancias consumidas, los datos sugieren los siguientes tipos (Ver Gráfica 23):

Gráfica 23. Tipos de sustancias consumidas



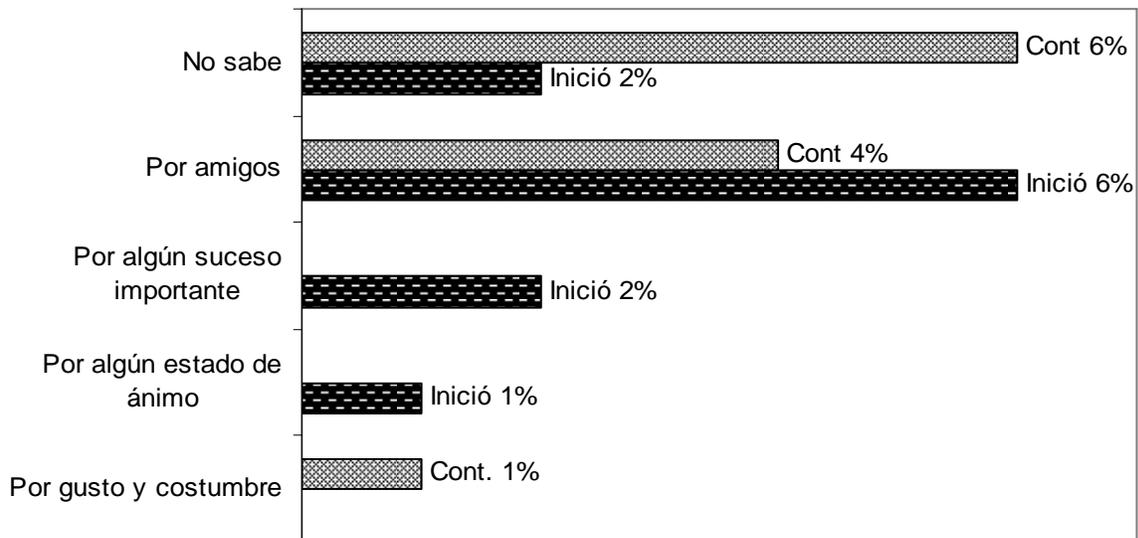
*No se tienen datos de la categoría “padres y hermanos del entrevistado”

Se observa que la “marihuana” fue la droga más referida por los entrevistados (6%) y en un segundo sitio la “cocaína” (3%). El 7% de los entrevistados comentaron que sus hijos la obtuvieron con “algún amigo o familiar”, el 3% comentó que pudieron obtenerla en la “en la escuela o en la calle” y sólo 1% argumentó “no saber”.

Con respecto a los problemas de salud, el 6% de los entrevistados consideraron que sus hijos si los han presentado en comparación al 4% que lo negó; sólo el 1% comentó no saberlo. En cuanto a los problemas sociales, el 8% de los participantes respondieron que el consumo de drogas les ha ocasionado a sus hijos este tipo de problemas al haber estado en la cárcel o sólo detenido, separarse de su pareja o amigos, además de peleas y problemas escolares; sólo el 3% refirió que sus hijos no han tenido problemas sociales.

La Gráfica 24, contiene información acerca de las principales razones que los entrevistados dieron en cuanto al porque iniciaron y continuaron consumiendo drogas sus hijos.

Gráfica 24. razon por la que inició y continuó consumiendo drogas



*No se tienen datos de la categoría “padres y hermanos del entrevistado”

Llama la atención que la categoría “por amigos” haya sido elegida como la principal razón por la cual los hijos iniciaron (6%) y continuaron (4%) consumiendo droga de acuerdo a la opinión de los entrevistados; en la categoría “no sabe” se observa que las personas desconocen en un mayor porcentaje (6%) el motivo por el cual continuaron el consumo que el motivo por el cual iniciaron el mismo (2%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La discusión de esta investigación se llevará a cabo en dos partes: *una específica*, en la cual se abordan los resultados obtenidos de las diferentes áreas investigadas en el cuestionario; y otra *general*, en donde se analiza los resultados encontrados a cerca de si ya conocían el Centro y como se enteraron, además de responder a la pregunta de investigación y a los objetivos específicos planteados para la misma, tratando de sugerir estrategias de trabajo para el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los volcanes”.

a) Discusión específica

1. Estudio socioeconómico

En el aspecto personal se observó que los entrevistados fueron en su mayoría *mujeres* con un 83% (de las cuales el 34% fueron identificadas como pacientes del Centro con edades que van desde los 20 años hasta 54 años y el 49% acudieron al mismo solicitando atención para sus hijos) y sólo 17% hombres (de los cuales el 11% se reportaron como pacientes con las siguientes edades: 20, 23, 31, 40, 42, 43, 46 y 48 años; mientras que el 6% restante expresaron ser los tutores de sus hijos). Esto apoya lo planteado por Pennebaker (en Brannon y Feist, 2001), de que las mujeres tienden más a utilizar los servicios sanitarios al informarse acerca de una mayor cantidad de síntomas y mostrarse más sensibles a las señales internas de su cuerpo (lo que no indica que estén más enfermas) en comparación con los hombres, cuyo papel masculino les ha enseñado a ser fuertes y negar su dolor e incomodidad. En cuanto al *grupo de edad*, el rango predominante fue el de 42 a 53 años, lo que demuestra que las personas adultas buscan más ayuda tal vez porque tienden a interpretar los síntomas leves como un empeoramiento grave a medida que van envejeciendo (San Martín, 1992).

Otros factores demográficos que destacaron en los resultados fueron: estar *casados* (53%), tener una *escolaridad de secundaria completa* (27%) seguida de una *carrera técnica* (21%) y dedicarse al *hogar* (40%). Llama la atención que a pesar de que

la muestra coincidió con el nivel de escolaridad que existe en Tlalpan (“educación posbásica” que comprende algún grado de estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada; datos obtenidos del INEGI-2005), la actividad predominante haya sido “el hogar”, mismo que dentro de la sociedad aún no se considera como un trabajo remunerado y si como una actividad poco valorada que como tal, puede poner en riesgo la salud mental de las amas de casa debido a las diferentes factores depresogénos (Burín 1991).

En el aspecto familiar se encontró que es la “pareja del entrevistado” quien más aporta económicamente con un ingreso mensual de más de \$6,000 (27%), pero cerca de esta cifra estuvo la categoría de \$1,000 a \$2,000 (24%). Esta diferencia entre los ingresos hace suponer que los entrevistados no fueron precisos en cuanto al monto real de sus ganancias debido a que las personas con frecuencia tienden a mentir disminuyendo el monto acerca del mismo (Silva y Brain, 2006), por lo que se requiere de la ayuda de otros elementos para determinar esta información.

La mayoría reportó no tener casa propia, sino vivir principalmente en casa compartida (indicado por el 24%), casa rentada y terreno compartido (cada uno indicado por el 10% de los entrevistados. Sin embargo, cuentan techo de concreto (90%), luz eléctrica, drenaje y agua (100%), lo que demuestra que cuentan con los servicios básicos. Dentro de los artículos de uso doméstico se encontraron el Refrigerador (86%) y la Lavadora de ropa (83%), dentro de los artículos de entretenimiento la Televisión (100%) y el Reproductor de CD y DVD (84%) y dentro de los servicios más contratados en estas viviendas se encontró la línea telefónica (80%) y el teléfono celular (71%). Puede decirse que la televisión, el reproductor de CD y DVD y el teléfono, pueden ser medios de diversión, de comunicación y/o de escape.

En el aspecto comunitario los servicios de salud, recreativos y educativos se encontraron principalmente a niveles básicos. Por ejemplo, dentro de los *servicios de salud*, los “centros de salud” son los que mayoritariamente proporcionan atención médica y realizan un trabajo preventivo (como lo señala el 76% de los entrevistados) y sólo existen algunas clínicas y hospitales pequeños (principalmente privados) en la zona, sin embargo si se registra la presencia de farmacias cercanas al domicilio

(indicado por el 80% de las personas); en los *servicios educativos*, las instituciones preescolares (en su mayoría privadas) fueron reportadas por el 81% de la muestra como parte de su entorno en comparación al índice bajo de entrevistados que expresaron contar con primarias, secundarias, preparatorias y universidades dentro de su comunidad, el 57% de la muestra manifestó contar con bibliotecas públicas; y por último en los *servicios recreativos*, destaca la presencia de deportivos (reportados por el 66% de los entrevistados), parques y canchas (64% de los entrevistados) a diferencia de los pocos bares o cantinas que sólo registraron el 17% de los entrevistados.

En cuanto a las tiendas de abarrotes y el transporte llama la atención que un gran número de participantes (97% y 93% respectivamente) reportó su presencia como una ventaja pues: 1) las tiendas de abarrotes cuentan con productos variados como los que se encuentran en los mercados, centros comerciales y tiendas de autoservicio, por lo que se han convertido en establecimientos mercantiles primordiales al favorecer a una gran número de personas, las cuales realizan sus compras de manera accesible; y 2) el transporte público cuenta con una amplia red que permite a las personas tener mayor acceso a servicios de todo tipo y en todos los niveles.

Por otra parte, los entrevistados señalaron qué *lo que más afecta a su comunidad* entre otras cosas son el fecalismo al aire libre de animales (al ser expresado por el 79% de los entrevistados), la falta de botes de basura (por el 81% de los entrevistados) y de alumbrado; esto demuestra que en los servicios públicos continúan presentando carencias importantes. También se encontró alcoholismo (reportándolo el 74%), embarazos de adolescentes (56% de los entrevistados), drogas (53% de los entrevistados) y pandillerismo (con el 43% de los entrevistados) como los principales problemas sociales que ocasionan tensiones y desequilibrios tanto en el individuo como en la familia y en la comunidad, tal vez porque dichos problemas sociales se han producido a un ritmo tal que los seres humanos no pueden evolucionar con la rapidez suficiente para adaptarse a ellos generándose una gran variedad de trastornos físicos y mentales (Coleman, 1998).

2. Salud

Con respecto a las enfermedades y malestares que los entrevistados reportaron haber padecido en el último año, se encontró que la mayoría están asociados con malestares físicos y psicológicos aislados lo que no permitió clasificarlos dentro de alguna enfermedad específica (como cáncer, diabetes, etc.), además de la dificultad para diferenciar entre enfermedad y malestar físico, pues la primera hace referencia a la presencia de daño físico dentro del cuerpo y se identifica mediante una comprobación médica y el debido diagnóstico; mientras que la segunda indica la experiencia de sentirse mal incluyendo sensaciones de incomodidad y molestia que no han sido diagnosticadas (Brannon y Feist, 2001).

Entre los malestares más significativos reportados, se encontraron: con el 30% Estreñimiento (21% mujeres y 9% hombres); con el 31% Bochornos (25% mujeres y 3% hombres); con el 39% Dolores de cabeza frecuentes (35% mujeres y 4% hombres), Le cuesta trabajo empezar alguna actividad (36% mujeres y 3% hombres) y Le cuesta mucho trabajo levantarse por las mañanas (32% mujeres y 7% hombres); con el 40% Ha perdido el interés en su arreglo personal (37% mujeres y 3% hombres), Piensa que nada le sale bien (37% mujeres y 3% hombres); con el 41% Problemas con la forma de comer (40% mujeres y 1% hombres); con el 47% Tic's (41% mujeres y 6% hombres); con el 49% Insomnio (48% mujeres y 1% hombres), Se ha sentido nervioso o muy preocupado sin saber porque (43% mujeres y 6% hombres); con el 50% Se ha preguntado si su vida tiene sentido o vale la pena (43% mujeres y 7% hombres); con el 51% Gastritis (45% mujeres y 6% hombres) y Debilidad o cansancio sin causa aparente (48% mujeres y 3% hombres); con el 60% Preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo (59% mujeres y 1% hombres); con el 61% Problemas con la espalda y cintura (55% mujeres y 6% hombres); y con el 77% Ha sentido que se preocupa demasiado (sólo se presenta en mujeres). La mayoría de estos malestares se asocian a características de tipo psicosomático, en donde se observa que algunos factores psicológicos están interviniendo en distintas manifestaciones físicas (Morales, 1999). Por ello, es importante tomar en cuenta tres aspectos: 1) la necesidad de considerar los componentes emocionales de las enfermedades físicas, 2) el hecho de que las

personas pueden sentir malestares físicos y no tener una enfermedad identificable o pueden estar enfermas y no tener malestares físicos y 3) la presencia de otros tipos de problemáticas (como pueden ser dificultad para manejar el estrés, violencia, falta de redes sociales, etc.) que pueden estar causando dichos malestares (Brannon y Feist, 2001).

Dentro de la autodescripción que proporcionaron los entrevistados, se observó que los adjetivos elegidos fueron ambivalentes al describirse como: accesibles el 83%, desconfiados el 76%, enojones el 71%, tristes el 69%, felices 67%, tranquilos 59%, impulsivos 59%, seguros de si mismos 61% y dominantes 57%. Esto demuestra que los respuestas son de tipo polar al variar dentro de los extremos del continuo de la personalidad, lo importante es que puedan aplicarlos de acuerdo a los requerimientos de adaptación de las etapas del ciclo de vida y a las diferencias establecidas entre los diversos grupos sociales en competencia como lo menciona San Martín (1992). En cuanto a los adjetivos “ambicioso” y “extrovertido”, los entrevistados adoptaron actitudes con valoración negativa colocándolos dentro de lo “anormal”, pero es importante recordar lo que dice este mismo autor acerca de la “normalidad y la anormalidad” en relación a la actividad mental: “estos procesos no son opuestos sino formas de adaptación en las cuales se reaccionara de acuerdo a las demandas internas y externas del individuo” (San Martín, 1992, p. 11).

En el aspecto familiar, el 99% de la muestra reportó antecedentes de enfermedades físicas de las cuales destacaron Cáncer (27%), Diabetes (26%), Cardiopatías (11%) e Hipertensión (9%). El alto porcentaje de las personas que aludieron a la presencia de estas enfermedades, permite ver que las enfermedades crónico-degenerativas están reemplazando a las enfermedades infecciosas en lo que respecta a las causas principales de enfermedad y muerte (Brannon y Feist, 2001). En cuanto a los antecedentes de enfermedades mentales (en las cuales se consultó al psicólogo y/o al psiquiatra en un 30%), llama la atención que un alto porcentaje (16%) de la muestra desconoce el padecimiento, al no poder describir con exactitud la enfermedad a la que se referían y solo etiquetarla como “estuvo o está en tratamiento (12%)” y “tiene problemas mentales (4%)”. Esto puede deberse a mecanismos de

negación y evitación presentes en la muestra como un elemento resistencial, por lo que hay que tratar que el sujeto sea capaz de enfrentar los conflictos y no que el ambiente esté libre de ellos; además de que el criterio para evaluar la salud mental es muy relativo debido a las grandes variaciones individuales y tanto los especialistas como la comunidad en general se pueden llegar a confundir (San Martín, 1992).

A partir de esta información, se observa la predisposición que tienen los entrevistados para contraer enfermedades causadas por factores genéticos o por su estilo de vida. Otro aspecto importante es que el 30% de los entrevistados consideraron la presencia de las enfermedades mentales dentro de los antecedentes de enfermedades familiares a parte de las enfermedades físicas, elemento que por una parte protege a esta población debido a que indica conocimientos muy generales acerca de la existencia de enfermedades mentales, pero por otra parte, esto no quiere decir que por ello tengan garantizado el bienestar de su salud ya que podrían no atenderse por diversas razones como por ejemplo los mitos que siguen habiendo alrededor de este tipo de enfermedades.

3. Percepción familiar

Esteinou (en Ariza y Oliveira, 2004), menciona que la familia fundamentalmente hace dos cosas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre como es la comunicación, la expresividad, las formas de solucionar problemas, etcétera.

Al cuestionar a los entrevistados acerca de su dinámica familiar a partir de su percepción, se observó una tendencia a dar una buena imagen de sí mismos y de su familia al mencionar que tienen una estructura flexible en donde pueden expresar lo que piensan (61%) y lo que sienten (71%) acerca de sus problemas personales, además de poder decidir como usar el tiempo libre en forma individual (77%) coincidiendo con lo que menciona Naranjo (1997) de que la familia debe tener su propio espacio y tiempo para convivir y no únicamente estar sujetos a las tareas designadas dentro y fuera del hogar. Sin embargo, se comprobó que sólo era una tendencia a aparentar que esto sucedía en su familia ya que refirieron que les es difícil explotar en casa (54%)

guardándose pensamientos y sentimientos de amor y de odio y evitando discusiones espontáneas. Es así, que la mayoría de la muestra tiende a idealizar a la familia, tal vez porque dentro de esta configuración familiar se controla la calidad y la cantidad de expresión de la misma, la cual brinda oportunidades para la seguridad, el disfrute, la autorrealización y la responsabilidad con el otro; aunque también influye en las percepciones de peligro, intensifica o disminuye la ansiedad y moldea el impacto entre la fantasía y la realidad (Rendón, 2004).

Además de que la mayoría de los participantes son padres de familia y en ellos recae principalmente la manera en que se establece la dinámica familiar y la forma en que se proporciona amor, se establecen límites y se negocia con los hijos, determinando el clima emocional y evitando que se desorganice la familia como lo plantea Esteinou (en Ariza y Oliveira, 2004). Por esta razón, los entrevistados prefirieron expresar aspectos más favorables de la misma, tal vez por los periodos críticos en los que el vínculo familiar puede fortalecerse o debilitarse cambiando su configuración de acuerdo a cada etapa del ciclo vital y creándose diferentes corrientes de sentimientos que se mueven entre los miembros, tratando de encontrar un equilibrio que estará determinado por las actitudes de los padres (Esteinou en Ariza y Oliveira, 2004).

4. Roles sociales

La importancia de haber investigado esta área radica en lo planteado por Bleichmar (en Burín, 1991), quien refiere que los roles sociales son el conjunto de expectativas, normas y prescripciones acerca de los comportamientos sociales (como tareas y ocupaciones) para las personas que poseen un sexo determinado, ya sea masculino o femenino. Por lo que se indagó la forma en que los entrevistados han asimilado especialmente los roles de género (aprendidos socialmente), acerca de lo que es ser mujer y de lo que es ser hombre.

En las respuestas de las mujeres se encontraron dos tipos de perspectivas de lo que para ellas significa ser mujer:

- *La tradicional (70% de las mujeres participantes)*, desde lo cual ser mujer implica la obligación de proporcionarles algo a los demás y por lo tanto de existir para otros antes que para ella misma (Fernández, 1993). Las respuestas de este tipo fueron: “Amorosa (5%), Cariñosa (5%), Enojona (3%), Madre (3%), Honesta (3%), Insegura (3%), Responsable (3%), Ama de casa (2%), Apoyo a mis hijos (2%), Apoyo a mi marido (2%), Dependiente (2%), Buena ama de casa (2%), Buena cocinera (2%), Buena madre (2%), Complaciente (2%), Comprensiva (2%), Cuido sola a mis hijos (2%), Me gusta hacer quehacer (2%), Limpio la casa (2%), Gusto por ser madre (2%), Soy un mueble (2%), Quiero a mis hijos (2%), Activa (2%), Compradora (2%), Desesperada (2%), Histórica (2%), Sincera (2%), Tranquila (2%), Triste (2%), Ordenada (2%), Fea (2%)”.
- *La no tradicional (30% de las mujeres participantes)*, en donde ser mujer significa primero reconocerse a sí misma para darse un lugar como persona que se da un espacio para sí, se valora y es autónoma; aquí se expresaron respuestas como: “Trabajadora (12%), Inteligente (5%), Lo máximo(3%), Exigente conmigo misma (2%), Exitosa (2%), Explosiva (2%), Lucho por lo que quiero (2%), Perfeccionista (2%) y Valiente (2%)”.

Como se observa, las mujeres de la muestra utilizaron más adjetivos de tipo tradicional (70%) para describirse que de tipo no tradicional (30%), lo que refleja que el papel de las mujeres que acuden al Centro sigue centrándose en la configuración de ciertos roles de género específicamente femeninos como son: *el rol de esposa*, relacionado con la docilidad, la comprensión y la generosidad; *el rol maternal*, relacionado con el amor, el altruismo, la capacidad de dar contención emocional; y *el rol de ama de casa*, relacionado con la disposición sumisa para servir, la receptividad, ciertos modos inhibidos controlables de agresividad y dominación para dirigir la vida doméstica (Burin, 1991). Sin embargo, dentro de este rol tradicional también se encontraron características positivas que podrían beneficiar la dinámica familiar como son: “Amorosa, Cariñosa, Responsable, Apoyo a mis hijos, Apoyo a mi marido, Buena ama de casa, Me gusta hacer quehacer, Limpio la casa, Gusto por ser madre, Quiero a mis hijos y Activa”.

Con respecto al 30% restante de la muestra, se observó una actitud flexible al reconocer su deseo de ser mujeres con posturas no tradicionales pudiéndose describir más allá de las características que han sido impuestas socialmente al rol femenino, aunque esto no corresponda necesariamente a su realidad. Fernández (1993), menciona que el papel de ser *mujer* tiene que ver con ciertas características como son ser un sujeto que existe en la historia, productivo y creativo, con discurso propio, con placer erótico y con poder, lo cual dista mucho de estar presente en la vida de estas mujeres. Sin embargo se observa la necesidad de cambio dentro de ellas, lo que permite hablar de elementos de transición.

En las respuestas de los hombres se encontraron perspectivas de *tipo tradicional* al expresar lo que para ellos significa ser hombre: “Agresivo (8%), Caballero (8%), Entregado a la familia (8%), Honesto (8%), Inteligente (8%), Responsable (8%), Seguro (8%), Sincero (8%), Trabajador (16%), Fracasado (8%) y Pasivo (8%)”. Estos datos sugieren la tendencia de que los hombres de la muestra continúan describiéndose de manera rígida coincidiendo con las características de la masculinidad tradicional que describe Fernández (1993), como la fortaleza física y mental, la excelencia, la violencia, la independencia, la seguridad, la competencia, el ejercicio del poder, la valentía, la racionalidad y el autocontrol. Estos hombres al percibirse muy masculinos, podrían estar limitados en los rangos de su comportamiento ocasionándoles problemas de adaptación, en la actualidad ya existen otras percepciones en donde una persona puede presentar tanto rasgos femeninos como masculinos dependiendo de la propiedad de la situación (Bem, 1974 en Álvarez y Figueroa, 2001).

5. Redes de apoyo

Carmona y Carmona (2004, p. 140), definieron las redes de apoyo como el “conjunto de relaciones sociales que rodean al individuo, donde en cada punto se encuentra otra persona con la cual se mantiene un vínculo con determinadas características, además sirven para describir la estructura de los vínculos entre los individuos”. En esta área se encontró que la mayoría de la muestra cuenta con redes de apoyo al ser afirmado por el 66% de la muestra, siendo de importancia para su salud mental pues los lazos con

otras personas ejercen una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud; en tanto que las personas que viven aisladas o disponen de pocos o malos contactos sociales tienen más riesgo para enfermar o para empeorar en sus enfermedades crónicas (Dean y Lin, 1989; Caplan, 1980 en Morales,1999), como puede sucederles al 34% restante de la muestra que respondieron no tener ninguna persona en la cual puedan apoyarse.

Entre las principales personas de confianza a las que se dirigen los entrevistados cuando tienen problemas se encontraron: los “amigos”, los “profesionales” y la “pareja” los cuales les proporcionan afecto, recursos, ayuda práctica e información como lo plantean Dean, Lin y Caplan (en Morales,1999). Por ello, la importancia de contar con una red de apoyo (cuando se encuentran en una situación de conflicto y se tiene la dificultad para solucionarlo) radica en que favorece el sentirse que forma parte de una red de comunicación y de obligación mutua al movilizar los recursos psicológicos, compartir las tareas y proporcionar habilidades que les brinden comprensión y una guía en el manejo de situaciones problemáticas (Carmona y Carmona, 2004).

6. Problemas emocionales, de conducta y aprendizaje en la familia

De acuerdo a los resultados se encontró que los problemas de conducta (66%) fueron los más reportados por la muestra en comparación a los problemas de tipo emocional (50%) o de aprendizaje (20%). Sin embargo, las personas suelen confundir estos tres tipos de problemas y englobarlos dentro de los de conducta debido a que estos se reflejan directamente en el comportamiento, el cual es más fácil de observar; esto es confirmado por Carboles y Pérez-Pareja (2001) al plantear que estas problemáticas están interrelacionadas y que en muchas ocasiones no se sabe con exactitud que factor originó el problema. Por lo tanto, si los entrevistados no cuentan con la información necesaria para detectar el tipo de problema que se esta presentando será más difícil encontrar la solución, afectando al núcleo familiar principalmente.

Los miembros de la familia que principalmente presentaron dificultades en el comportamiento fueron los “hijos” de los entrevistados ya que este problema por lo

regular comienza desde la niñez y si no se atiende puede ocasionar conductas antisociales en la edad adulta (Henson y Eller, 2000 en Carboles y Pérez-Pareja, 2001). Las conductas reportadas fueron rebeldía, agresividad, berrinches, enojo, mentiras, no obedecer, romper reglas y llorar por todo; esto se debe a la incapacidad de los padres para implantar límites y reglas claras pues cualquier reacción por parte de los padres durante o inmediatamente después de cualquier conducta de los hijos, la refuerza: ya sea prestándole atención para alabarle o para reprenderle. Por ello, es importante tomar en cuenta si la conducta es típica de la edad y si tiene la inteligencia y/o el nivel de habilidad social adecuados para determinar si existe o no algún problema de conducta (Carboles y Peréz-Pareja, 2001).

En segundo lugar se encontraron los problemas emocionales principalmente en “el propio entrevistado” y sus “hijos”, por lo que podrían ser personas cuya estructura no esté tan firme, afectando directa o indirectamente su calidad de vida en una etapa del desarrollo (como puede ser la niñez, la adolescencia, etc.) o en una situación determinada (como puede ser las separaciones, las peleas, la falta de comunicación, etc.) como lo describe Del Barrio (2002).

Los problemas de aprendizaje se encontraron con el menor porcentaje (20%), siendo los niños quienes principalmente los presentan al entrar a la escuela. Este tipo de problemas son los que más se confunden con los problemas de conducta pues como lo plantea Osman (1998), cualquier retraso en los estudios muchas veces se atribuye a un mal comportamiento o a falta de inteligencia. Ahora, se sabe que las dificultades en el aprendizaje obedecen a causas de las que el niño nunca es responsable, por lo tanto no ameritan castigo sino que requiere una intervención multidisciplinaria.

Sin embargo, en los motivos de consulta que reportaron los entrevistados en el formato de entrevista inicial del Centro, se encontraron que los problemas emocionales fueron los más reportados con un 58% y no los problemas de conducta que sólo alcanzaron un 26%; esto sugiere que tal vez la mayoría de las personas no consideraron importante detallar el aspecto emocional en este primer acercamiento, prefiriendo abordarlo a profundidad en la entrevista inicial que se les realizaría a ellos

por ser los propios pacientes. En cuanto al motivo de consulta por problemas de aprendizaje los resultados fueron bajos, tanto en el cuestionario como en la entrevista inicial, al contar con un 20% y 16% respectivamente.

En cuanto a los miembros de la familia que presentan dichos problemas, los datos encontrados en la entrevista inicial y en el cuestionario coincidieron al expresar que es el entrevistado (41% en la entrevista inicial y 14% en el cuestionario) y sus hijos (17% en la entrevista inicial y 17 en el cuestionario) quienes principalmente presentan problemas emocionales; y que son los hijos del entrevistado los que presentan mayoritariamente problemas de conducta (21% en la entrevista inicial y 44% en el cuestionario) y de aprendizaje (16% en la entrevista inicial y 11% en el cuestionario).

7. *Violencia doméstica*

La violencia y el maltrato ha sido y sigue siendo, una característica de la vida familiar tolerada y aceptada desde tiempos remotos. Por ello, fue importante indagar entre los entrevistados situaciones de violencia, encontrando que sólo el 21% reportó la existencia de algún tipo de ésta dentro de la familia y el 79% de la muestra manifestó no presentar violencia en este primer acercamiento, aunque durante la entrevista de evaluación clínica el psicólogo observó elementos que podrían indicar su presencia aún sin que el paciente se de cuenta de que es víctima o que es él/ella quien la ejerce. La razón por la cual lo negaron en este primer acercamiento podría deberse a que no se generó un espacio de confianza suficiente, al no ser las psicólogas que los atenderían, ocasionando que no profundizaran en la información requerida; además de que las consecuencias de la violencia por lo regular originan el ocultamiento de la condición de víctima de violencia, ya sea por vergüenza o miedo y esto aparece reflejado en un debilitamiento de la persona que en muchas ocasiones la conducen a una consulta médica o psicológica por diversos trastornos físicos y psicosomáticos como el insomnio, dolor de espalda, cansancio, palpitaciones, etc. (Corsi, 1992).

La violencia emocional fue la que predominó dentro de la muestra tal vez porque es la más sutil y por ello las personas pueden expresarla con mayor facilidad (en comparación a la violencia física o sexual), e inclusive algunas personas no la

consideran como violencia restándole importancia. Corsi (1992), refiere que la violencia emocional típicamente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, gritos, acusaciones, desprecios, críticas, amenazas, destrucción de objetos) y constantes actos intimidatorios que atentan contra la propia autonomía de la persona como los celos, la obediencia, negarle la posibilidad de trabajar, estudiar o tener amistades, etcétera. Los tres tipos de violencia restantes (económica 2%, física 2% y sexual 3%) no fueron significativos en cuanto a su porcentaje obtenido.

En cuanto a la frecuencia en que se presentan los tipos de violencia, variaron las respuestas de los entrevistados entre la categoría “frecuentemente” y la categoría “ocasionalmente”, pues la violencia no se desarrolla con la misma frecuencia e intensidad, sino que se va presentando por etapas y en cada una se va acrecentando, en forma considerable, la agresión (Buss, 1969).

La violencia se suele presentar en distintas direcciones con respecto a los integrantes de la familia como puede ser entre hermanos, de la madre a los hijos, de los hijos a los padres, etcétera (Corsi, 1994) y en la muestra se encontró que la violencia emocional y la física, se presentan mayormente del “entrevistado hacia sus hijos” y “entre los hijos”; tomando en cuenta que la mayor parte de esta muestra fueron mujeres las cuales son madres, se podría sugerir jerarquías en donde éstas abusan del poder que tienen sobre sus hijos, los cuales van aprendiendo patrones de violencia. La violencia económica y sexual se presentó a nivel de pareja, sólo que esta última se presentó del “esposo a la entrevistada”, lo que coincide con lo planteado por Dohmen (1994), quien menciona que es el adulto masculino quien con más frecuencia utiliza las distintas formas de violencia sexual.

La segunda parte estuvo dirigida a indagar acerca del *abuso sexual*, encontrando que en este primer acercamiento sólo un pequeño grupo de participantes (16%) reportaron violencia sexual, siendo “las propias entrevistadas y sus hijos” las principales víctimas durante la infancia como lo refiere Dohmen (1994), al decir que son las mujeres y los niños las víctimas más comunes de abuso sexual. Queda en duda que se trate de sólo el 16% de la muestra, ya que en la entrevista de evaluación inicial se encontraron elementos relacionados con este tema pero sin ser el motivo principal por

el cual los entrevistados acudieron al Centro. Por lo que se observa que el abuso sexual en general no es un tema fácil de expresar por las personas al preferir minimizar su importancia u ocultarlo.

Es así, como se deben tomar en cuenta algunos factores que pueden incrementar el riesgo de violencia dentro de la familia: a) la cantidad de tiempo en que los miembros están juntos, b) la gama de actividades y temas de interés, c) la intensidad de los vínculos interpersonales, d) las diferencias de opinión para tomar decisiones que afectan a todos, e) las diferencias de edad y sexo, f) los roles atribuidos, g) la pertenencia involuntaria (es decir, el hecho de no haber elegido esa familia), h) el conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, temores y preferencias, etc. (Gelles y Straus en Corsi, 1994).

8. Formas de consumo de sustancias

Hoy día el consumo de diferentes sustancias es un problema de alcance mundial que afecta a una gran cantidad de individuos y hasta el momento la misma sociedad se ha mostrado incapaz de producir los medios adecuados para su solución (Yaría, 1999). Dentro de esta investigación la muestra utilizada no fue la excepción, al encontrarse que han consumido sustancias poco favorables para su salud, pero ¿qué los llevó a consumirlas?. Las razones son muy variadas, sin embargo Yaría (1999), propone cuatro tipos de factores que pudieron intervenir: 1) *lo individual* (crisis propias de las diferentes etapas de desarrollo), 2) *lo familiar* (familias multiproblemáticas con diferentes patologías sociales), 3) *lo comunitario* (alta disponibilidad de drogas y que no se respete las edades mínimas para poder venderles) y 4) *por el grupo de pares* (que en algunas ocasiones ejercen presiones sociales negativas). No son únicamente las propiedades farmacológicas de una droga la que la hace adictiva, sino la combinación de sus propiedades con la personalidad y circunstancias de cada consumidor en concreto.

Cada individuo elige entre drogas legales como el tabaco y el alcohol, o productos ilegales como la cocaína, la heroína y la marihuana. En cuanto a las *drogas legales*, en México el alcohol es la sustancia de mayor consumo (Tapia, 2001), sin embargo llama

la atención que en esta muestra lo que más se aceptó consumir fue el tabaco (61%), siendo actualmente el factor más importante de riesgo de muerte debido al dramático aumento en su uso (Lorenzo y cols., 1998) para el propio “entrevistado” quien reportó ser el principal consumidor (23%) con una edad promedio de inicio de 15 años. Mientras que el alcohol se encontró en segundo lugar al ser reportado por el 50% de la muestra, el esposo/a (15%), los padres y hermanos del entrevistado (15%) fueron los principales consumidores con una edad promedio de inicio de 17 años. Destaca que el entrevistado colocó el consumo de alcohol en otras personas y no en él/ella mismo como ocurrió en el consumo de tabaco, esto podría deberse a que la muestra estuvo integrada en su mayoría por mujeres las cuales trataron de dar una mejor impresión de si mismas ya que socialmente es más sancionado que las mujeres tomen y no que fumen.

Al indagar acerca de los problemas de salud, se encontró que el 75% de los entrevistados comentaron no tener ningún problema al respecto, a pesar de que fumar y beber se consideran una epidemia al ser los más graves problemas de salud pública por las consecuencias sociales, psicológicas y físicas (Tapia, 2001); mientras que el 18% de la muestra afirmó tener problemas de salud por el consumo de estas sustancias, de las cuales el 14% argumentó que es por fumar, ya que es reconocido que el humo del tabaco tiene más de 4000 componentes tóxicos que pueden causar cáncer, bronquitis crónica, enfisema, etcétera (Lorenzo y cols., 1998). En cuanto a los problemas sociales que causa el fumar y el beber, la mayor parte del grupo de los entrevistados (61%) negó haber tenido problemas en este aspecto, mientras que sólo una minoría (15%) aceptó haberlos presentado de los cuales, el 8% fue por consumir alcohol (ocasionando discusiones familiares, agresiones físicas o verbales, peleas, demandas legales y haber estado en la cárcel o sólo detenido) y el 7% por fumar (causando discusiones familiares y molestias por el humo). Se observó que los entrevistados atribuyeron a la conducta de beber mayores problemas sociales, tal vez porque el alcohol altera el estado de conciencia de las personas ocasionando desinhibición en su conducta que les permite actuar impulsiva y agresivamente.

Dentro de la muestra fue la cerveza (31%) y las bebidas preparadas (20%) lo que más acostumbran beber, lo cual coincide con Tapia (2001), el cual menciona que en México es la cerveza y las bebidas preparadas como el tequila, el brandy, el ron, etc., lo que mayormente se consume; con respecto a la frecuencia los entrevistados expresaron un ciclo continuo de cada fin de semana (arriba de seis copas) y por lo regular en fiestas, quizá sea porque la conducta de beber es más social al llevarse a cabo en su mayoría acompañados de otras personas y como lo plantea el autor antes citado el alcohol es un producto avalado culturalmente dentro de la sociedad mexicana a tal grado que se puede hablar de una *alcoholización social* (Tapia, 2001). En el caso de fumar, por lo regular las personas no requieren la presencia de otros para llevar a cabo esta conducta, motivo por el cual se encontró que la mayoría de los entrevistados fuma diario sin importar que lo realicen solos o acompañados ya que es un hábito difícil de eliminar por el número de estímulos al que puede estar asociado y las gratificaciones numerosas que se obtienen (Lorenzo y cols., 1998).

La principal razón por la que la muestra reportó comenzar a beber fue por el “gusto, antojo y diversión (11%)” que provoca el alcohol, a tal grado que este fue el mismo motivo por el cual continuaron bebiendo (17%). Con respecto a la razón por la cual iniciaron la conducta de fumar fue “por aprender, por probar y/o por curiosidad (17%)” de conocer los efectos y las sensaciones que produce el cigarro como el hecho que ellos consideren que “tranquiliza los nervios y la ansiedad (17%)”, razón por la cual continuaron consumiendo tabaco. Esto refleja que el motivo por el cual se inicia, tanto la conducta de beber como de fumar, esta relacionado con conductas más automáticas las cuales no implican un razonamiento ni un fin específico, sino simplemente el deseo de tener una impresión nueva (Naranjo, 1997); y en la razón por la cual continuaron, sólo en fumar se encontró una explicación diferente la cual muestra que los entrevistados parecen estar más concientes del porqué lo hacen al expresar un fin específico.

Las *drogas ilegales* ocuparon en la muestra sólo el 14% lo que representa un total de 10 personas, siendo los “hijos” del entrevistado los principales consumidores. Por tanto, la información obtenida para drogas no fue significativa para esta investigación

debido a dos cuestiones: a) la muestra que reportó consumirla fue pequeña y b) los datos recabados pudieron no ser tan precisos, ya que no son los propios entrevistados quienes la consumen y por lo tanto, sólo proporcionaron respuestas de lo que ellos “consideran” que fue la drogadicción de sus hijos.

b) Discusión general

Con respecto a la existencia del Centro, llama la atención que el 73% de los entrevistados expresaron no haberlo visto antes a pesar de que viven cerca del mismo, siendo ésta la primera ocasión en que acuden a el; mientras que sólo el 27% afirmó ubicarlo dentro de la colonia. Las principales formas por las cuales obtuvieron referencias del mismo fueron: al pasar, lo vio (30%), lo envió la escuela (20%), alguien le comentó de su existencia (19%) y algún conocido era paciente (17%), lo que indica que la mayoría de las personas llegan al Centro por medio de las recomendaciones que alguien más le proporcionó.

Una vez analizados y discutidos los resultados que se obtuvieron en cada una de las áreas a indagar, se puede dar respuesta a la pregunta de investigación propuesta para el presente trabajo, la cual fue:

¿Es posible obtener un primer diagnóstico de las necesidades y recursos para la salud mental a través de un cuestionario, partiendo de la percepción de las personas que acuden al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (C.C.A.P.) en los aspectos individual, familiar y de comunidad?

La respuesta a la interrogante fue afirmativa, ya que por medio de las áreas del instrumento se pudo determinar que las necesidades son mayores en comparación a los recursos con los que cuentan los usuarios que acuden al Centro, esto coincide con lo planteado por Gómez (2002), quien menciona que los resultados encontrados en diversos estudios realizados en comunidades muestran una mayor presencia de necesidades que rebasan los recursos con los que cuentan las personas que la integran.

Dentro de las **principales necesidades** que se encontraron, están:

- Que sólo un 17% de la muestra fueron hombres en tanto que el 83% restante fueron mujeres, lo que concuerda con lo explicado por Pennebaker (en Brannon y Feist, 2001), al referir que el sexo masculino tiende a utilizar menos los servicios de salud sobretodo aquellos encargados de problemáticas relacionadas con la salud mental. Sin embargo, en el total de pacientes menores de 18 años llama la atención que predominen los hombres (con un 63%) en comparación al número de mujeres (37%); estas diferencias podrían deberse al rol sexista que menciona Burín (1991) y que todavía se presenta en las sociedades, el cual conlleva a que los padres cubran principalmente las necesidades de los hijos varones desde edades tempranas por ser ellos el sexo más importante culturalmente, fomentándoles las características propias de su sexo como son el ser fuertes y negar su dolor e incomodidad para así afrontar un mayor número de riesgos como es no buscar asistencia médica; tal vez por ello se encontró una minoría de hombres adultos en la muestra. Esto hace cuestionarnos acerca de la existencia de una posible relación inversa entre la edad y el género de las personas que acuden a los servicios de salud, donde pareciera que a menor edad son los hombres quienes predominan en dichos servicios mientras que a mayor edad son las mujeres las principales usuarias.
- Los entrevistados expresaron un mayor número de malestares físicos y psicológicos (como tic's, insomnio, sentirse nervioso o muy preocupado sin saber por qué, gastritis, debilidad o cansancio sin causa aparente, preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo, problemas con la espalda y cintura, sentirse con demasiada preocupación, etc.) presentándolos de manera aislada y no percibiéndolos como enfermedades específicas, razón por la cual no buscan ayuda profesional al respecto; además del alto índice de enfermedades crónico-degenerativas (como cáncer, diabetes, problemas del corazón, etc.) registrado en las familias de los mismos, lo que permite ver la elevada probabilidad que tienen los participantes para presentar este tipo de enfermedades debido a los factores de la herencia (Brannon y Feist, 2001).

- Con respecto a la autodescripción (del área de roles sociales), se encontró que el 70% de las mujeres de la muestra utilizaron más adjetivos de tipo tradicional para describirse, lo cual refleja que al autodescribirse siguen centrándose en la configuración de ciertos roles de género específicamente femeninos como son: *el rol de esposa*, relacionado con la docilidad, la comprensión y la generosidad; *el rol maternal*, relacionado con el amor, el altruismo, la capacidad de dar contención emocional; y *el rol de ama de casa*, relacionado con la disposición sumisa para servir, la receptividad, ciertos modos inhibidos controlables de agresividad y dominación para dirigir la vida doméstica. Esto puede poner en riesgo la salud mental de las amas de casa debido a la relación entre los roles tradicionales y diferentes síntomas depresógenos que pueden aparecer (Burin, 1991).
- En relación a la violencia, llama la atención que el 79% de la muestra no refirieron presentar dentro de su comportamiento y su ambiente familiar aspectos relacionados con la misma. Sólo el 21% reconoció aspectos relacionados con violencia, sobretodo la de tipo emocional que se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, gritos, acusaciones, desprecios, críticas, amenazas, destrucción de objetos) y constantes actos intimidatorios que como señala Corsi (1992), atentan contra la propia autonomía de la persona como son los celos, la obediencia, negarle la posibilidad de trabajar, estudiar o tener amistades, entre otros. Tal vez el motivo por el cual se expresó más este tipo de violencia fue porque está asociada con aspectos de género aceptados, en donde la mayoría de las personas aún no la consideran como violencia, además de ser la más “sutil” en comparación a la física o sexual.
- En cuanto a drogas legales se reportó un alto consumo de tabaco (61%, con consumo diario) seguido de alcohol (50%, con consumo de cada fin de semana). Es así, que las conductas de beber y fumar se encuentran dentro de los usos y costumbres de esta comunidad (sobre todo en la adolescencia), coincidiendo con Tapia (2001) quien menciona que el alcohol es un producto avalado culturalmente dentro de la sociedad mexicana a tal grado que se puede hablar de una *alcoholización social*, además de lo planteado por Lorenzo y cols. (1998) quienes

afirman que el fumar es un hábito difícil de eliminar por el número de estímulos sociales al que puede estar asociado y las gratificaciones numerosas que se obtienen. Los entrevistados no consideraron de importancia las consecuencias que pueden ocasionar el consumo de las mismas.

- En cuanto a los problemas emocionales, de conducta y de aprendizaje se encontraron contradicciones en las respuestas proporcionadas en el cuestionario y en la entrevista de evaluación inicial. Por lo que, tanto en esta área como en las mencionadas anteriormente, al parecer los sujetos de la muestra trataron de dar una buena imagen de sí mismos y de su dinámica familiar.

Con respecto a **los recursos** de la población, se observó que:

- Dentro de la comunidad destaca la amplia red de transporte público (reportado por el 93% de los entrevistados) que les permite tener acceso a los diferentes bienes y servicios, lo que no ocurría hace unos años en esta comunidad; y el gran número de tiendas de abarrotes (indicado por el 97% de los entrevistados) que funcionan como sustitutos de los mercados, centros comerciales y tiendas de autoservicio que les permiten contar con productos variados aunque de mayor precio.
- El 48% de la muestra cuenta con un nivel escolar promedio (secundaria completa y carrera técnica) lo cual coincide con el nivel de escolaridad que existe en Tlalpan (“educación posbásica” que comprende algún grado de estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada; datos obtenidos del INEGI-2005). Esto genera competencias para la vida, aunque en el caso de las mujeres no sean puestas en práctica dentro de una actividad laboral de la cual se pueden beneficiar.
- La mayoría de los entrevistados reportaron no tener casa propia (sino vivir principalmente en terrenos familiares compartidos o viviendas rentadas), sin embargo destaca que cuentan con los servicios primarios necesarios como son luz eléctrica, drenaje, agua, refrigerador, lavadora de ropa, reproductor de CD y DVD, televisión, línea telefónica y teléfono celular en sus hogares; lo que contrasta con las carencias económicas referidas por los usuarios que regularmente acuden al Centro.

- En cuanto a su salud, se puso de manifiesto una mayor apertura para tomar en cuenta la presencia de las enfermedades mentales tomando en cuenta su motivación para acudir al Centro ya sea como paciente o como acompañante de otro miembro de la familia. Este aspecto puede ser un elemento que por una parte puede representar un recurso para esta población debido a que indica conocimientos muy generales y aceptación de la existencia de enfermedades mentales, pero esto no quiere decir que por ello tengan garantizado el bienestar de su salud ya que podrían no atenderse por diversas razones como por ejemplo los mitos que siguen habiendo alrededor de este tipo de enfermedades.
- En el rol social femenino, se encontró un pequeño grupo de mujeres (30%) que se describieron utilizando ciertos adjetivos que van más allá de los impuestos socialmente al rol femenino tradicional, lo que puede expresar cierta flexibilidad para reconocer su deseo de cambio aunque no necesariamente corresponda a su realidad, pero que habla de búsqueda y autoreconocimiento, aunque sea a nivel de ideal. Sin embargo, dentro del rol tradicional también se encontraron características positivas que podrían beneficiar la dinámica familiar al cubrirse necesidades básicas.
- EL 66% de los entrevistados refirieron contar con redes de apoyo social y/o familiar, lo que les permite establecer lazos con otras personas que ejercen una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida como son los profesionales, sus familiares y amigos (Dean y Lin, 1989; Caplan, 1980 en Morales, 1999).

Lo anterior permite darnos cuenta de dos aspectos sumamente importantes que se deben tomar en cuenta dentro de las estrategias de intervención comunitaria: a) aunque las personas cuenten con ciertos factores considerados como protectores no se benefician de los mismos, y b) tienden a minimizar algunos factores de riesgo. Por ello, es importante identificar tanto los factores de riesgo y de protección a través del conocimiento de las necesidades y los recursos de una comunidad, ya que esto facilita el diseño y la ejecución de estrategias que hacen frente a las diferentes situaciones, puesto que el estudio de los riesgos permite conocer los mecanismos que promueven una buena adaptación y el diseño de procedimientos para promover la salud, a pesar

de estar expuesto al riesgo; mientras que identificar los factores de protección permite amortiguar los efectos de la adversidad (Carr en Ezpeleta, 2005).

Para concluir, es importante considerar que las actividades de prevención dentro de la salud mental se centren en: a) prevenir las enfermedades y los desórdenes mentales, b) fomentar la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, y c) organizar servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación, acciones en que ha de buscar la participación activa de la colectividad (De la fuente, Medina y Caraveo, 1997).

A pesar de que los diversos programas de salud consideran que la prevención es uno de los aspectos más importantes a abordar, en la actualidad no se ha establecido como una actividad prioritaria en nuestro país (exceptuando el caso de prevención de catástrofes y desastres naturales) a pesar de que ésta evita y/o reduce los problemas de salud de las estrategias universales y actividades selectivas entre grupos con mayor probabilidad de presentar tales problemas (Contreras y González, 2001).

Es dentro de la disciplina de la Psicología comunitaria que se toma a la prevención como un eje central al constituir un aspecto de identidad de la misma. Su punto de unión radica en el objetivo de estudio de la Psicología comunitaria, el cual se enfoca en poder intervenir en un primer nivel de atención dentro de esta dimensión colectiva “comunidad” la protección, la promoción y la prevención de la salud, tratando los problemas de conducta humana a través de la manipulación de los factores de riesgo y los factores protectores (Contreras y González, 2001). Por ello, la acentuación de la prevención debe ser el objetivo básico de la intervención psicológica, la cual requiere nuevos programas de estudio que contribuyan a la formación de psicólogos con nuevos roles profesionales y de ejercer la profesión en una variedad de contextos diferentes a los tradicionales (como las comunidades marginadas y grupos desfavorecidos), ya que como plantea Nelly (en Gómez, 2002), la mayoría de los planes de estudio siguen dejando fuera las necesidades de las mayorías y continúan preparando psicólogos para atender necesidades de tipo individual. En el caso de la facultad de psicología, su plan de estudios aún no aborda temas relacionados con la prevención, sin embargo ya

cuenta con Centros de atención a la comunidad donde se llevan a cabo acciones de prevención, como es el caso del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” que ha comprobado la necesidad de incluir en sus actividades programas de “*prevención selectiva y/o indicada*” dirigidas a personas cuyo riesgo de enfermar está por arriba del promedio, ya sea porque ellas directamente presentan los síntomas (por ejemplo, adolescentes que les preocupa en exceso la imagen corporal y el peso aunque no tengan anorexia, etc.) o porque se encuentran en riesgo debido a factores ambientales (por ejemplo, hijos de padres con trastornos mentales o padres divorciados, adolescentes que viven en zonas donde hay un elevado nivel de disponibilidad de drogas). Su objeto, es disminuir factores de riesgo o incrementar los factores de protección proporcionando habilidades sociales (para la vida, de comunicación, de resistencia, escolares, uso de tiempo libre, etc.) que permiten un uso más eficiente de los recursos (Trull y Phares, 2003).

Es así, como la Psicología comunitaria a través de la prevención, busca estimular la participación de las personas y los psicólogos para identificar las prioridades de la acción comunitaria y las principales formas de planificación ya sea bajo su propia iniciativa y/o con el apoyo de los profesionales de la salud (Martín, 1998). Sin embargo, uno de los principales complicaciones que se ha observado en las diferentes investigaciones relacionadas con el trabajo comunitario (incluyendo este proyecto) radica en que las personas suelen adoptar roles pasivos en temas relacionados con el cambio social, delegando la responsabilidad de solucionar sus problemas a los especialistas, lo cual ha originado un desempoderamiento por parte de la propia comunidad al mostrarse poco interesada y participativa como lo plantea Vídela (1991), tal vez por la falta de conciencia y de responsabilidad entre otros factores. Por ello, el trabajo de los especialistas y de las instituciones debe apuntar (entre otras cosas) a la sensibilización de la población con el objetivo de fomentar el protagonismo, la autonomía y el compromiso dentro de las comunidades.

SUGERENCIAS

a) Para el trabajo que se desarrolla dentro del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

1. Promoción

Debido a que la mayoría de los entrevistados reportó no haber visto antes el Centro (a pesar de que viven cerca del mismo), siendo ésta la primera ocasión en que acuden a él; se consideró la importancia de realizar acciones de promoción en lugares estratégicos. Esta planeación debe tomar en cuenta ciertas características propias del Centro como son su nivel de intervención, la atención que se brinda, la capacidad que tienen para cubrir las diferentes necesidades, el tipo de personal, etc. La promoción debe incluir a los diferentes niveles sociales y dirigirse a toda la población incluyendo a los adolescentes, a los adultos jóvenes y a las personas del sexo masculino quienes se han mostrado más renuentes acudir a los servicios psicológicos (de acuerdo a las necesidades encontradas), por lo que se sugiere mayor trabajo de sensibilización.

2. Prevención

Centrada en el fomento a la educación y la salud, por lo que se trata específicamente de ampliar las actividades de prevención primaria a través de pláticas informativas y talleres que ya se llevan a cabo en el Centro, pero que requieren ser reforzados para abordar temas relacionados con las necesidades encontradas en esta investigación tales como:

- Manejo de estrés y solución de conflictos en amas de casa
- Consecuencias de tener familiares con antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas
- Técnicas para mejorar la comunicación, establecer límites y aprender a negociar dentro de la familia
- Información acerca de las características del rol no tradicional dentro de los aspectos de género

- Herramientas que permitan identificar la violencia emocional y el abuso sexual dentro del círculo familiar
- Reconocimiento de los factores que ocasionan el inicio temprano del consumo de drogas, primordialmente durante la adolescencia. Además de las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol con respecto a los problemas de salud y las gratificaciones falsas.

Es importante mencionar que para poder llevar a cabo las actividades tanto de promoción como de prevención, se debe tener un buen conocimiento del ambiente social comunitario, ya que éste sirve de escenario para las conductas de riesgo y las conductas de protección que influyen en la salud mental de los usuarios que acuden al Centro.

b) En relación a la presente investigación:

1. Construcción del cuestionario

- Reestructurar los reactivos para que permitan una forma de respuesta cerrada en todas las áreas, además de establecer opciones de respuesta para las áreas “Problemas emocionales, de conducta y aprendizaje en la familia” y “Formas de consumo”.
- Indagar acerca de los gastos de egresos mensuales para corroborar la información obtenida con respecto a los ingresos mensuales de la familia.
- Modificar el área de “Percepción familiar” a partir de su instrumento original (Escala de Ambiente Familiar de Moos, 1981), para ampliar la información que se puede obtener sobre la dinámica familiar, la cual es de suma importancia en el trabajo terapéutico.
- En el área de salud, tratar de obtener el cuadro clínico de algunas enfermedades como son depresión, ansiedad, estrés, trastornos alimentarios, etc., por medio de la agrupación de síntomas.

2. Aplicación del cuestionario

- Se sugiere que la información proporcionada por el paciente se recabe a lo largo del proceso terapéutico y no sólo en la primera entrevista de evaluación, además de que la persona que lo aplique sea el psicólogo a cargo de dicho proceso para que los datos obtenidos sean más confiables y detallados.
- Registrar en el cuestionario, únicamente la información referente a los miembros de la familia nuclear, dejando los datos de la familia extensa como información adicional.
- En caso de que sea el tutor quien responda aspectos relacionados con el paciente, el psicólogo deberá registrar la información proporcionada y corroborarla con el propio paciente.

REFERENCIAS

- Ackerman, N. (1994). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Argentina. Lumen-Hormé.
- Álvarez, L. M. y Figueroa, W. H. (2001). *Taller vivencial para la difusión de la equidad en la perspectiva de género femenino y masculino: dirigido a niños y niñas de educación primaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México. UNAM
- Ander-Egg, E. (1991). *Desarrollo de la comunidad 11 edición*. México. El ateneo.
- Ariza, M. y Oliveira, O. (2004). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España. Paraninfo.
- Beaglehole, R., Bonita, R. y Kjellstrom, T. (1994). *Epidemiología básica*. Organización panamericana de la Salud.
- Burin, M. (1991). *El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada*. México. Paidós.
- Buss, A. (1969). *Psicología de la agresión*. Buenos Aires. Troquel.
- Calderon, G. (1981). *Salud Mental Comunitaria: un nuevo enfoque de la Psiquiatría*. México. Trillas.
- Cantera, L. (2004). *Psicología comunitaria de la salud*. En Musitu, G. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. España. UOC.
- Caplan, G. (1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona. Paidós.
- Carmona, A. R. y Carmona, A. L. (2004). *Las redes de apoyo social como una alternativa para prevenir la depresión y posibles suicidios en varones*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México. UNAM
- Carranza, M. y Almeida, E. (1995). *La Psicología Comunitaria*. En Almeida, E., Martínez, M., Varela, M. (1995). *Psicología Social Comunitaria*. Facultad de Psicología. Puebla. BUAP.
- Carrobles, J. A. y Pérez-Pareja, J. (2001). *Escuela de padres: guía práctica para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil*. Madrid. Pirámide.
- Coleman, V. (1998). *Adictos y adicciones*. México. Grijalbo.

- Contreras, C. y González, G. (2001). *Atención primaria en factores de riesgo en salud comunitaria: sedentarismo y malos hábitos alimenticios*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México. UNAM
- Corsi, J (1992). Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal. En Fernández, A (1992). *Las mujeres en la comunicación colectiva: una historia de discriminación y resistencias*. México. Paidós.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. México. Paidós.
- Costa, M. (1986). *Salud Comunitaria*. España. Martines Roca.
- De la fuente, R., Medina M. E., y Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Del Barrio, M. V. (2002). *Emociones infantiles: Evolución, evaluación y prevención*. Madrid. Pirámide.
- Dohmen, M. (1994). Abordaje interdisciplinario del síndrome de la mujer maltratada proceso secuencial. En Corsi, J. (1994) *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. México. Paidós.
- Dorchs, F. (1985). *Diccionario de Psicología*. Barcelona. Herder.
- Esteinou, R. (2004). La parentalidad en la familia: cambios y continuidades. En Ariza, M. y Oliveira, O. (2004). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México. Instituto de investigaciones sociales. UNAM.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona. Masson, S. A.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombre y mujeres*. México. Paidós.
- Godoy, J. F., (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En Simón, M. A., (1999). *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid, España Biblioteca Nueva.
- Gómez, J. F. (2002). *Psicología de la comunidad*. México. Plaza y Valdés.
- Hernández, R., Baptista, P. y Fernández, C. (2006). *Metodología de la investigación 4 Ed.* México. McGraw-Hill.
- INEGI. (2005). *II Censo de Población y Vivienda*.

- Labiano, M. (2004). Introducción a la Psicología de la salud. En Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México. Thomson.
- Lorenzo, P., Laredo, J. M., Leza, J. C. y Lizasoain, I. (1998). Drogodependencia. España. Medica panamericana.
- Martín, A. (1998). Psicología comunitaria. España. Síntesis.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L. Y Ruiz, G. (Ed.). Una estrategia de prevención de casos en el programa de intervención breve, para adolescentes que consumen drogas. En (Ed.). Prevención y tratamiento de conductas adictivas. Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Montenegro, M. (2004). Comunidad y bienestar social. En Musitu, G. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. España. UOC.
- Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires. Paidós
- Morales, S., Vázquez, F. y Martínez, M. (Ed.). El diagnóstico comunitario como herramienta en la prevención de las adicciones En (Ed.). Prevención y tratamiento de conductas adictivas. Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Muñoz, A. (2007). Recuperarse tras una crisis: recursos psicológicos. Internet. http://www.cepvi.com/articulos/recursos_psicologicos.shtml
- Musitu, G. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. España. UOC.
- Naranjo, N. (1997). ¿Cómo es su familia?. España. Mensajero.
- Osman, B. (1998). Problemas de aprendizaje. México. Trillas.
- Grupo solidario de trabajo del movimiento popular de pueblos y colonias del sur para el mejoramiento de la vivienda A. C. (2004, Febrero). Proyecto Facultad de Psicología UNAM-MPPCS. México. Facultad de Psicología.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). Psicología de la Salud. Proyecto CONACYT Núm. 25185-H. Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Rendón, T. (2004). La división intrafamiliar del trabajo. En Ariza, M. y Oliveira, O. (2004). Imágenes de la familia en el cambio de siglo. México. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Roa, A. (1995). Evaluación en la Psicología Clínica y de la Salud. Madrid. España. Ciencias de la Educación.
- Russell, B. (1962). Análisis del espíritu. Buenos Aires. Paidós.

- San Martín, H. (1992). Salud y Enfermedad. México. Científicas la Prensa Médica Mexicana.
- San Martín, H. y Pastor V. (1988). Salud Comunitaria: Teoría y Práctica 2ª Edición. Madrid. Díaz de Santos, S.A.
- Silva, M. R. y Brain, M. L. (2006). Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico: Dirección General de Asuntos para el Personal Académico. Proyecto PAPIIT IN5300. México. UNAM. Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Tapia, R. (2001). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México. El manual moderno.
- Trull, T. y Phares, E. (2003). Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la población sexta 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, Puebla. BUAP.
- Vídela, M. (1991). Prevención: intervención psicológica en salud comunitaria. Argentina. Cinco.
- Yaría, J. A. (1999). Drogas, Postmodernidad y redes sociales. Argentina. Lumen.
- Zax, M. y Specter, G. (1978). Introducción a la Psicología de la comunidad. México. El manual moderno
- (2007). Recurso natural. Wikipedia. http://es.wikipedia.org/wiki/Recurso_natural

APÉNDICE

CUESTIONARIO DE SALUD INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO

La siguiente serie de preguntas tienen la finalidad de conocer sus datos sociodemográficos. Es importante que responda con sinceridad y cuidado, la información será estrictamente confidencial:

¿Ya conocía el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”? Si () No ()

¿Dónde adquirió información referente a este Centro?

Nombre _____

Dirección _____

Colonia _____

Sin dirección permanente Si () No ()

Motivo del cambio de domicilio y tiempo en el que vivió _____

1. Edad _____

2. Sexo. M _____ H _____

3. Estado civil:

___ Casado ___ Soltero ___ Unión Libre ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo

4. Religión _____

5. Escolaridad:

___ Primaria (C) (I) ___ Secundaria (C) (I) ___ Bachillerato o Carrera Técnica (C) (I)
___ Profesional (C) (I) ___ Lee y/o escribe

6. Ocupación: _____

7. ¿Quiénes aportan al gasto familiar? _____

8. Señale el ingreso mensual promedio de la familia:

___ \$500 a \$1000 ___ \$1000 a \$2000 ___ \$2000 a \$3000
___ \$3000 a \$4000 ___ \$4000 a \$6000 ___ más de \$6000

9. La casa que habitan es:

Casa (P) (R) (C) Departamento (P) (R) (C) Cuarto (P) (R) (C) Terreno (P) (R) (C)

10. ¿Número de habitaciones con las que cuenta su casa (incluyendo cocina y baño)?

11. ¿Con qué servicios, cuenta su casa?

Servicios	Si	Servicios	Si
Techo de lámina		Automóvil	
Techo de asbesto		Teléfono	
Techo de concreto		Teléfono celular	

Luz eléctrica No. Focos ()		TV por cable	
Regadera		Reproductor de CD y DVD	
Refrigerador		Antena parabólica	
Calentador (boiler u otros)		Seguro de auto	
Microondas		Seguro de vida	
Lavadora de ropa		Servicio doméstico	
Secadora		Drenaje y Agua	
Televisión			

12. ¿Con qué instituciones o servicios educativos, de salud y recreativos cuenta su comunidad?

Servicios	Si	Servicios	Si
Mercado		Tienda de abarrotes	
Deportivo		Fabricas	
Biblioteca		Transporte	
Escuelas: ___ Kinder ___ Nivel medio ___ Primaria superior ___ Secundaria ___ Universidades		Iglesias	
___ Centros de salud ___ Clínicas ___ Hospitales		Bancos	
Parques y canchas		Farmacia	
Centros comerciales y tiendas de autoservicio		Otros (cantinas, bares, pulquerías)	

13. Dentro de su comunidad, ¿cuáles de los siguientes problemas existen?

Falta de recolección de basura		Asalto domiciliario		Alcoholismo	
Heces fecales en la vía pública		Asalto en la vía publica		Embarazo adolescente	
Ruido de fabricas o automóviles		Homicidio		Violencia familiar	
Desechos tóxicos e industriales		Suicidios		Explotación de menores	
Basura doméstica		Secuestros		Niños de la Calle	
Falta de botes de basura públicos		Delitos contra la salud (Narcomenudeo)			
Accidentes automovilísticos		Prostitución			
Despojo, desalojo o invasión de predios		Pandillerismo			
Robo, fraude o estafa		Drogas			

A continuación se presenta una serie de preguntas relacionadas con su salud física y psicológica:

A) Marque con una "X" aquella enfermedad que haya padecido en los últimos doce meses.

- | | |
|---|--|
| 1. ____ Anemia | 9. ____ Presión alta |
| 2. ____ Asma | 10. ____ Problemas del riñón |
| 3. ____ Artritis o reumatismo | 11. ____ Gastritis, úlceras o enfermedades gástricas |
| 4. ____ Bronquitis | 12. ____ Debilidad o cansancio sin causa aparente |
| 5. ____ Cáncer | 13. ____ Calor en todo el cuerpo (bochornos) |
| 6. ____ Problemas crónicos del hígado | 14. ____ Taquicardia |
| 7. ____ Diabetes | 15. ____ Problemas con la espalda o cintura |
| 8. ____ Problemas con el corazón | 16. ____ Padece de estreñimiento |
| 17. Problemas con su forma de comer
() Poco apetito, () comer demasiado, () inicia dietas frecuentes, () vomitar después de comer. | 25. ____ Ha sentido escalofríos o temblores sin causa aparente |
| 18. ____ Padece de dolor de cabeza frecuentemente (más de una vez a la semana) | 26. ____ Piensa que nada le sale bien |
| 19. ____ Padece de Diarrea constante (más de una vez a la semana) | 27. ____ Se ha preguntado si su vida tiene sentido o vale la pena |
| 20. ____ Ha sufrido de insomnio | 28. ____ Ha perdido el interés en su arreglo personal |
| 21. ____ Ha tenido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo | 29. ____ Le cuesta mucho trabajo levantarse por las mañanas |
| 22. ____ Le cuesta trabajo empezar alguna actividad | 30. ____ Se ha sentido nervioso o muy preocupado sin saber por que |
| 23. ____ Ha sentido que se preocupa demasiado | 31. ____ Cuando está nervioso alguna parte de su cuerpo tiene movimiento (tic) |
| 24. ____ Tiene dificultad para recordar las cosas | 32. ____ Ha sentido deseos de quitarse la vida repentinamente. |

33. ¿Qué antecedentes hay de otras enfermedades de tipo físico, psicológico o psiquiátrico en su familia?

34. En el siguiente listado se dan algunos adjetivos que las personas usan para describirse así mismas. Indique si el adjetivo lo describe:

	Si	No		Si	No
Ambicioso			Feliz		
Seguro de sí mismo			Mentiroso		
Tranquilo			Triste		
Aislado			Impulsivo		
Exitoso			Enojón		
Extrovertido			Introvertido		
Dominante			Desconfiado		
Accesible			Agresivo		

35. ¿Cuántos amigos cercanos tiene, con los cuales pueda platicar sus problemas personales? _____

36. Del siguiente listado, indique aquellas personas a las que usted se dirige cuando tiene problemas (puede marcar más de una):

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pareja | <input type="checkbox"/> Vecinos |
| <input type="checkbox"/> Padres | <input type="checkbox"/> Profesionales (Doctor, Abogado,
Psicólogo, Sacerdote, otros) |
| <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Grupos Especifique cuales |
| | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> Instituciones Especifique cuales |
| | _____ |
| <input type="checkbox"/> Parientes | |

37. ¿Existen problemas de conducta en su familia? Si No
 ¿Quiénes la presentan, con que frecuencia en el último año y describa dichos problemas?

38. ¿Existen problemas de aprendizaje en la familia? Si No
 ¿Quiénes la presentan, con que frecuencia en el último año y describa dichos problemas?

39. ¿Existen problemas de tipo emocional en la familia? Si No
 ¿Quiénes la presentan, con que frecuencia en el último año y describa dichos problemas?

Indique cual de las siguientes preguntas logran reflejar cual es su dinámica familiar.

EN MI FAMILIA.....	Si	No
Existen limitaciones para expresar ideas y pensamientos		
Con frecuencia se expresan afectos y sentimientos (Frustración, dolor, enojo, alegría, felicidad, no poder parar de reír o de llorar, etc).		
Si se nos antoja realizar alguna actividad al momento, simplemente lo hacemos		
Es difícil explotar en casa sin que alguien se moleste		
Hay muchas discusiones espontáneas		
Se platican problemas personales entre los miembros		
Se procura organizar el tiempo libre dentro de casa		
Se procura organizar el tiempo libre fuera de casa		
Se acepta que cada miembro decida cómo usar su tiempo libre en forma individual		

La siguiente serie de preguntas tienen la finalidad de conocer aspectos sobre la trascendencia de algunos problemas familiares.

EN MI FAMILIA:	Si	No	FRECUENCIA	ENTRE QUIENES
1. ¿Se impide que se tengan y se frecuenten a los amigos?				
2. ¿Se expresan frases como “no sirves para nada, no puedes cuidarte solo (a)”?				
3. ¿Hay burlas acerca del físico de algún miembro?				
4. ¿Se prohíbe el trabajar o seguir estudiando?				
5. ¿Algún miembro exige que se le obedezca a su antojo?				
6. ¿Algún miembro de la familia suele causar miedo a otro?				
7. ¿Hay gritos, amenazas y/o insultos?				
8. ¿Se trata como sirviente, ignorante y/o tonto a otro integrante?				
9. ¿Suele usarse el dinero como medida de control?				
10. Hay limitación en cuanto al gasto del hogar sin mutuo acuerdo				
11. ¿Suele haber empujones, jalones y/o intentos de asfixiar a algún miembro?				
12. ¿Suele haber golpes físicos (cachetadas, puñetazos, cinturonzos, patadas, mordidas, pellizcos, etc.) o heridas?				
13. ¿Hay amenazas de irse con otras personas si no se accede a tener relaciones sexuales aunque no se quiera?				
14. ¿Hay críticas acerca del desempeño sexual?				
15. ¿Algún miembro exige tener relaciones sexuales cuando el otro no lo desea?				

16. ¿Considera que en su familia alguien sufre abuso sexual? _____ Si _____ No
 ¿Quiénes y desde hace cuanto? _____

17. Mencione tres adjetivos que te describan como:

Mujer/Hombre
1)
2)
3)

Las siguientes preguntas están relacionadas con su forma de consumo:

ALCOHOL

1. ¿Existe algún miembro en la familia que consuma alcohol? Si _____ No _____
Parentesco _____

2. ¿Cuándo fue la última vez que consumió alcohol?

a) _____ hace 12 meses b) _____ hace 30 días c) _____ última semana

3. ¿Qué acostumbra beber? (puede marcar más de una opción)

_____ Bebidas preparadas	_____ Mezcal
_____ Cerveza	_____ Aguardiente
_____ Alcohol puro	_____ Otras

4. ¿Cuántas copas bebe por ocasión?

_____ 3 copas o menos _____ 4 copas _____ 5 copas _____ 6 o más copas

5. ¿Qué edad tenía cuando bebió por primera vez y por qué razón? _____

6. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió bebiendo? _____

7. ¿Qué problemas de salud ha tenido por beber? (agudos o crónicos) _____

8. ¿Qué problemas sociales ha tenido por beber? (legales, familiares, de pareja, etc.) _____

TABACO

1. ¿Existe algún miembro en la familia que fume? Si _____ No _____
Parentesco _____

2. ¿Cuándo fue la última vez que fumó?

a) _____ hace 12 meses b) _____ hace 30 días

3. ¿Con qué frecuencia fuma actualmente?

a) _____ diario b) _____ frecuentemente
c) _____ ocasionalmente d) _____ rara vez

4. ¿Si no ha fumado en el último año, y lo hizo anteriormente, con qué frecuencia fumaba?

a) _____ diario b) _____ frecuentemente
c) _____ ocasionalmente d) _____ rara vez

5. ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez y por qué razón? _____

6. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió fumando? _____

7. ¿Qué problemas de salud ha tenido por fumar (por ejemplo: tos, garganta irritada, resequedad, etc. ó problemas más severos como “cáncer”)? _____

8. ¿Qué problemas sociales ha tenido por fumar? (familiares, de pareja, con amigos, etc.)

DROGAS

1. ¿Existe algún miembro en la familia que haya consumido alguna sustancia?

Si _____ No _____ Parentesco _____

2. ¿Cuáles son? (puede marcar más de una)

a) ___ heroína b) ___ cocaína c) ___ marihuana d) ___ piedra _____ otras

3. ¿Cuántos años tenía cuando lo hizo por primera vez y por qué razón? _____

4. ¿Cómo la obtuvo y en qué lugar? _____

5. La ha consumido en los últimos: a) _____ 12 meses b) _____ 30 días

6. ¿Qué sustancias usa actualmente? _____

7. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió consumiendo sustancias? _____

8. ¿Qué problemas de salud y/o enfermedades graves ha tenido consumir sustancias? _____

9. ¿Qué otros problemas sociales y/o legales ha tenido consumir sustancias? _____

¡GRACIAS!

Fecha de aplicación: _____

Entrevistador: _____