

# **INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

**AUTOR: RIGEL ACUÑA MORENO**

**MARZO: 2021**



**San Marcos**

## Introducción

A pesar de que nos referimos a una rama relativamente joven de la psicología; “la psicología social comunitaria” ha sido un área muy elaborada y estudiada en los últimos años. Esto a partir de la comprensión de el ser humano como un agente que se desarrolla y desenvuelve en un entorno social o comunitario, con el cual se influye de forma recíproca.

Diversos psicólogos han dedicado su labor al análisis, interpretación e investigación de esta relación entorno social-persona; una relación dinámica y cambiante. A partir de sus estudios, han surgido ideas, planteamientos e hipótesis que dan lugar a diversos enfoques dentro de este campo tan amplio de la intervención social y que enriquecen el quehacer del psicólogo comunitario.

Este modulo tiene como objetivo, facilitarle al estudiante conocimientos respecto a los aspectos más importantes de los modelos de intervención social más relevantes.



## Tabla de contenido

Introducción.....	1
Intervención psicosocial.....	3
Modelo de salud mental comunitaria.....	4
Modelo de estrés psicosocial.....	7
Modelo de bienestar de Lin y Ensel.....	10
Modelo conductual-comunitario.....	13
Referencias bibliográficas.....	15

## Intervención psicosocial

Entendemos intervención psicosocial como un proceso integral y permanente dirigido a incrementar la capacidad de desarrollo del ser humanos, la familia y la comunidad. Basada en la bidireccionalidad entre lo psicológico y lo social, contemplando la interdependencia de lo individual con lo grupal y lo comunitario. En ella, se entretrejen aspectos multidisciplinarios provenientes de lo cultural, lo social y lo económico; permite que los sujetos pueden ejercer control y poder sobre su ambiente individual y social para afrontar y solucionar problemáticas y lograr cambios en el entorno social. (Alvis Rizzo, 2009).

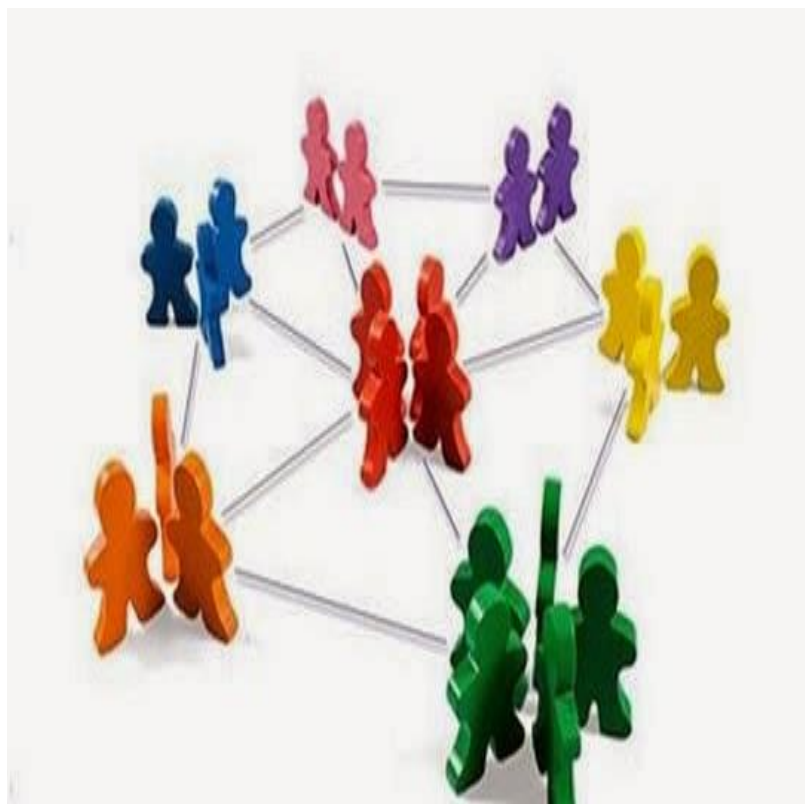


Figura 1. Apoyo psicosocial

Fuente: [https://4.bp.blogspot.com/-sY2ly\\_UZFE0/WvmhXnZ82YI/AAAAAAAAAHs/ZsVfY\\_Moln0HI1Wjj3RD5MdwT\\_qHOdxkACLcBGAs/s640/11260\\_concordia.jpg](https://4.bp.blogspot.com/-sY2ly_UZFE0/WvmhXnZ82YI/AAAAAAAAAHs/ZsVfY_Moln0HI1Wjj3RD5MdwT_qHOdxkACLcBGAs/s640/11260_concordia.jpg)

sY2ly\_UZFE0/WvmhXnZ82YI/AAAAAAAAAHs/ZsVfY\_Moln0HI1Wjj3RD5MdwT\_qHOdxkACLcBGAs/s640/11260\_concordia.jpg

## Modelo de salud mental comunitaria

Se plantea la salud mental comunitaria como modelo asistencial de la reforma psiquiátrica, es una nueva estrategia y un modelo nuevo organizativo, asistencial y teórico.

La categoría salud mental puede ser enunciada como la construcción y desarrollo o deterioro en las distintas prácticas sociales, en el trabajo, la vida familiar, comunitaria, en la política y en lo social. Salud mental en una comunidad es un proceso resultante de sus condiciones de vida, de su historia y de sus proyectos. Se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos. En la práctica cotidiana ello implica un sujeto crítico, reflexivo, pensante, flexible y creativo que sepa construir las estrategias y las herramientas posibles necesarias para enfrentar los procesos y situaciones en forma constructiva y colectiva. Así, los cuidados de la salud mental forman parte de los modos en que una sociedad concibe y trata a sus integrantes. Es decir, que no se encuentra separada de los valores que sustentan una sociedad, la economía, la ideología y la cultura. (Custo, 2008).

Según ( Larban Vera, 2010), las características de este modelo son:

- **Público:** Sin excluir la participación privada, pero con garantías y control desde lo público. Comunitario: de y en la comunidad y para, la comunidad. Participación de la comunidad, a través de las asociaciones de afectados y sus familiares en la planificación, creación y gestión de los recursos y dispositivos asistenciales.
- **Racional:** Respuesta a las necesidades de los usuarios y no en función de una oferta de servicios.
- **Equitativo:** Proporcionalidad respecto al grado de necesidad y NO respecto a criterios meramente políticos o economicistas.
- **Atención integral. Bio-psico-social:** Equipos multiprofesionales e interdisciplinarios. Prestaciones terapéuticas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras (variedad

de prestaciones y orientaciones terapéuticas reconocidas científicamente y con profesionales debidamente formados y acreditados por sociedades científicas).

- **Coordinación de los dispositivos de la red asistencial:** Trabajo en Red. Continuidad de cuidados. Psiquiatra o terapeuta de referencia.
- Planes terapéuticos y de rehabilitación psico-social individualizados y estrechamente imbricados entre sí. No separarlos.
- Inserción socio-laboral.
- Atención especializada e integrada en un segundo nivel asistencial dentro del sistema sanitario general.
- Respetar especificidades de formación y labor de los profesionales. Formación continuada. Cuidados del cuidador profesional.
- Trabajo de equipo, inter disciplinar y multiprofesional.
- Responsabilidad asistencial territorializada. Áreas sanitarias. Tener en cuenta la insularidad.

Por su parte (Gofin & Levav , 1992), para referirse a la salud mental comunitaria, hacen especial énfasis al proceso de intervención en la comunidad; dividiéndolo en las siguientes etapas:

**Examen preliminar de la comunidad:** Consiste en una primera identificación de las necesidades de salud mental que presenta la comunidad (en rigor, de salud en general) y en el relevamiento de los recursos existentes para atenderlas. Como se detalla más adelante, este examen permite determinar en forma más o menos aproximada, cuáles son los problemas prioritarios que merecen ser explorados con mayor detalle a través de la acción siguiente.

**Diagnóstico comunitario:** En esta etapa se estudia la distribución de un trastorno en la comunidad y sus condiciones determinantes. Su control o modificación es el objetivo central que intenta lograr el programa.

**Plan de acciones o programa:** En su concepción se otorga importancia a las siguientes



características: lograr un máximo de impacto (eficacia) con un mínimo de costo (eficiencia), asegurando que los más necesitados sean privilegiados con los mayores beneficios del programa (equidad).

**Implementación del programa:** Esta es la etapa en que se busca la estrategia más apropiada para poner en práctica el programa, procurando que la comunidad sea receptiva y que participe activamente de una u otra manera (UNICEF, 1988) citado en (Gofin & Levav , 1992). La implementación del programa presenta dos componentes: por un lado, todas las actividades de intervención dirigidas a la comunidad, y por el otro, la organización de un registro de esas actividades que, eventualmente, permitirá efectuar su evaluación. Así como vigilancia del estado de salud mental de la comunidad, evaluación de la asistencia provista y efectuar nuevas decisiones.

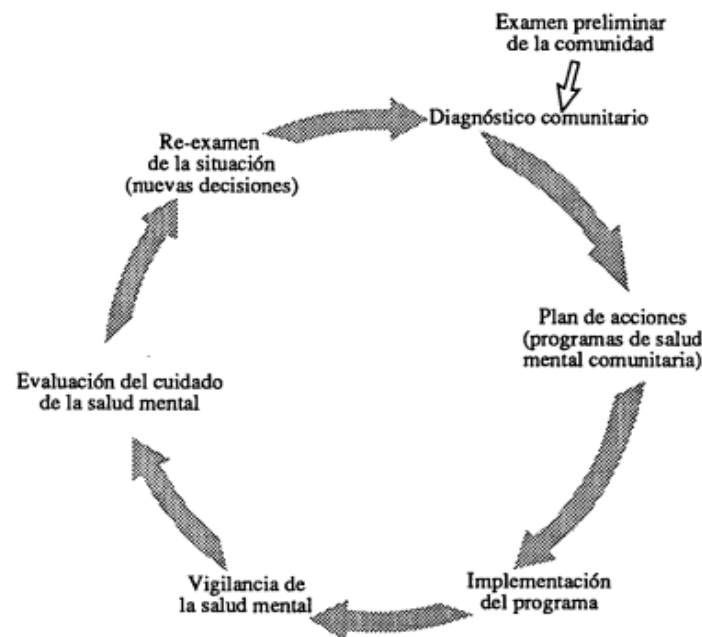


Figura 2. Etapas en el desarrollo de programas de salud mental comunitaria.

Fuente: (Gofin & Levav , 1992)

## Modelo de estrés psicosocial

Según (Musitu Ochoa, Herrero Olaizola, Cantera Espinosa, & Montenegro Martínez, 2004), el enfoque comunitario del estrés psicosocial concibe la vida social como un escenario de experiencias de tensión psicológica derivadas de las dificultades de adaptación personal a determinados imperativos del entorno vital. Este enfoque combina las perspectivas ecológicas, que permite identificar espacios (contextos y situaciones físico-sociales) donde nacen determinadas fuentes de estrés psicosocial, y la transaccional, que presta especial atención a los tiempos (procesos, fases) en que aumenta el riesgo de disfunciones psicológicas por estrés. Asimismo, permite la identificación de los espacios y tiempo de riesgo de ocurrencia de experiencias estresantes. La intervención preventiva proactiva en este campo apunta a la minimización de los potenciales efectos patológicos subsiguientes a la reacción de estrés. La prevención primaria reactiva, por su parte, se orienta al fortalecimiento de los recursos de las personas expuestas a estas circunstancias estresantes. Así, pues, en su vertiente teórica, el modelo explica por qué suelen producirse ciertas crisis asociadas al estrés psicosocial y predice cuándo, dónde y cómo pueden desarrollarse. En la operativa, señala los correspondientes tiempos, espacios y modos de la intervención primaria correspondiente. Este modelo destaca la importancia del apoyo social como ayuda objetivamente recibida y/o subjetivamente percibida. Este apoyo desempeña una función preventiva, reforzando conductas saludables e inhibiendo comportamientos de riesgo, y al tiempo paliativa, minimizando el impacto patológico del estrés al aumentar el control percibido, el bienestar psicológico, la autoestima, el sentido de comunidad, entre otros. La prevención primaria en el campo del estrés psicosocial se sitúa en las antípodas de la clínica tradicional, que actúa lejos del espacio-tiempo de la producción del estrés (en la prevención terciaria). También significa, desde cierto ángulo, un paso adelante con respecto a la intervención en crisis que se queda a medio camino entre la prevención primaria y la terciaria, al actuar cerca del espacio-tiempo estresor. Funciona como una especie de clínica que sale a la calle y se adelanta al momento en que la víctima de una crisis decide acudir al consultorio.



Cuando falla la prevención primaria, entonces se recurre a la intervención en crisis como mal menor, de cara a evitar el mal mayor de la intervención terciaria, cuando el cuadro patológico ya se ha desarrollado. En general, los efectos estresantes de ciertas transiciones (desempleo, divorcio, jubilación, etc.) y de algunos acontecimientos vitales (la muerte de una persona familiar próxima después de una larga enfermedad, el fracaso escolar como resultado de un largo curriculum de fracasos académicos puntuales, etc.) son fácilmente previsibles y prevenibles. Sin embargo, algunas experiencias traumatizantes de victimización (tortura, violación sexual, episodios aislados de violencia doméstica, atentado terrorista, grave accidente de tráfico o laboral, todo tipo de catástrofes, etc.) irrumpen sin previo aviso. Ante ello, no cabe otra opción que la intervención en crisis, que apunta a minimizar los trastornos en personas y grupos que han quedado en estado de especial vulnerabilidad biopsicosocial. La intervención en crisis funciona pues como una especie de psicoterapia que sale del marco artificial del consultorio clínico para intervenir cerca del escenario natural de los hechos estresores. Por su función reparadora, constituye una variedad de la psicoterapia tradicional. Por lo que conlleva de prevención primaria de posibles trastornos futuros que podrían derivar de la experiencia crítica original, constituye una modalidad de intervención comunitaria.

<b>Concepto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El estrés es la experiencia sostenida de una persona que afronta demandas ambientales que le resultan o le parecen excesivas, con unos recursos disponibles que son o considera insuficientes para satisfacerlas.</li> <li>• La excesiva frecuencia, intensidad o duración de la respuesta natural de estrés comporta el riesgo de una repercusión negativa sobre el propio bienestar (físico y psicológico) y el desencadenamiento de una crisis subsiguiente, de potenciales efectos patológicos.</li> </ul>
<b>Fuentes estresantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El estrés ha sido estudiado como respuesta personal, como estímulo ambiental y como interacción ambiente-persona que intervienen en la situación</li> </ul>
<b>Fases</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alarma, resistencia y agotamiento.</li> </ul>
<b>Escenarios de estrés psicosocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transiciones vitales (adolescencia, desempleo, divorcio, jubilación, cambio de escuela o de residencia, reconversión profesional, etc.).</li> <li>• Acontecimientos vitales (life events), hechos traumáticos por sí mismos (tortura, violación, maltrato físico, etc.) y todo tipo de situaciones generales que aparecen como importantes y, al mismo tiempo, peligrosas y amenazadoras, al ser percibidas como impredecibles e incontrolables o como ocasión de demandas ambiguas, conflictivas, excesivas o insuficientes (ante las que no cabe la posibilidad de una respuesta funcional y satisfactoria)</li> <li>• Recursos materiales disponibles (dinero, empleo, vivienda, etc.).</li> <li>• Valoración subjetiva de las demandas situacionales y de los medios personales para satisfacerlas.</li> <li>• Rasgos psicológicos: competencias, habilidades y estrategias de afrontamiento (.copina), funcionamiento fisiológico, cognitivo, emocional y motivacional (grado de activación, ansiedad, nivel de aspiración,</li> <li>• estilo atributivo, control percibido, tendencia al riesgo, lugar de control, autoeficacia, asertividad, autoestima, miedo, depresión, culpabilidad,</li> <li>• Apoyo social (formal e informal), en sus múltiples facetas (de ayuda física, económica, afectiva o informativa), de consejo, interacción positiva, ámbito conversacional, expresión emocional o solidaridad grupal. El apoyo social funciona como mecanismo de prevención primaria y como factor paliativo de trastornos psicológicos.</li> </ul>
<b>Objetivo de la intervención psicosocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención primaria, que actúa sobre las circunstancias en que previsiblemente se producen reacciones estresantes antes de que tengan</li> <li>• Intervención en crisis, durante el proceso de reacción de estrés subsiguiente a una experiencia traumatizante.</li> </ul>
<b>Estrategia interventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo comunitario, creación de redes sociales, mejora de las condiciones y de la calidad de vida. Dotación a las personas de medios adecuados para afrontar las situaciones estresantes (apoyo social, sentido de comunidad, competencias, habilidades sociales, capacidad objetiva y subjetiva de control -empowerment-, recursos económicos, información, etc.</li> </ul>

Figura 3. Modelo de estrés psicosocial

Fuente: Adaptada de J. M. Blanch (2003). Trabajar en la modernidad industrial. En J. M. Blanch (Coord.), Teoría de las Relaciones Laborales. Fundamentos (p. 134). Barcelona: Editorial UOC.

## Modelo de bienestar de Lin y Ensel

En el centro de este modelo podemos encontrar el apoyo social como recurso fundamental del bienestar psicosocial de las personas. La estructura está en relación directa con las fuentes de apoyo social las cuales tienen una correlación entre el individuo y su realidad cotidiana. Estas denotaciones establecen variables objetivas del apoyo. Lin y Ensel señalan tres estratos:

1. Externo y más amplio en el cual la persona establece apoyo social, se identifica y participa con otras personas de la sociedad. En ella el individuo hace parte de organizaciones informales (asociaciones, grupos cívicos, grupos de autoayuda, etc.), actuando de forma voluntaria.
2. Más próximo al individuo, son las redes sociales (familiares, amigos, vecinos del barrio, compañeros de trabajo o estudio) en las cuales se establecen vínculos afectivos importantes y se denotan lazos profundos hacia los otros.
3. El cual la persona establece el más íntimo contacto con aquellos que son significativas para sí mismo, en donde los sentimientos de compromiso se profundizan y se determinan un amplio sentido de responsabilidad y deseo de bienestar del otro. (pareja, hijos, padres, hermanos, amigos íntimos y en algunos casos compañeros de trabajo). (Psicología comunitaria- Modelos de intervención, 2020)

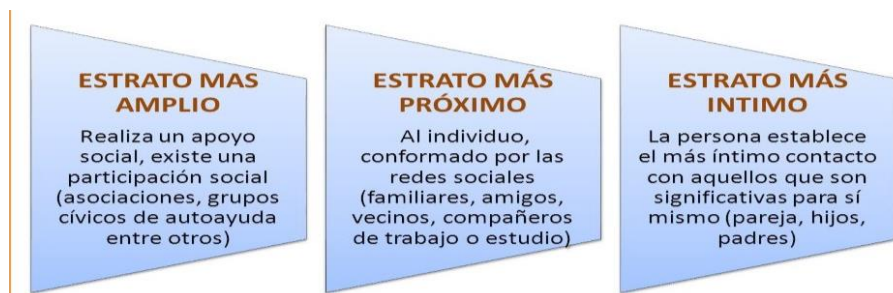


Figura 4. Modelo de bienestar de Lin y Ensel

Fuente: [https://2.bp.blogspot.com/-](https://2.bp.blogspot.com/-1dqDZED3Rvw/VzhimSfoXPI/AAAAAAAAAMt4/XTTpzISppUMr1MFx11nUFOPYXBtBOdrACLcB/s1600/Lin%2By%2BEnsel.jpg)

1dqDZED3Rvw/VzhimSfoXPI/AAAAAAAAAMt4/XTTpzISppUMr1MFx11nUFOPYXBtBOdrACLcB/s1600/Lin%2By%2BEnsel.jpg

Dentro de los procesos de las relaciones con los demás y el establecimiento de diferentes redes, el apoyo social presenta dos funciones esenciales:

- **Instrumentales:** se caracterizan, en el marco de las relaciones sociales, por ser un medio para alcanzar metas a través de una ayuda material o un servicio; consecución de un empleo, préstamo de dinero, cuidado de un familiar. Este tipo de apoyo resulta especialmente importante para las personas con bajos ingresos o con escasos recursos materiales que tienen dificultades para acceder a los servicios de ayuda profesional.
- **Expresivas:** hace referencia al uso de las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas, como un medio por el cual el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos, sentirse valorado y aceptado por los demás, o resolver frustraciones. A través de las relaciones sociales, el ser humano comparte sus sentimientos, manifiesta sus experiencias, expone los pensamientos propios, expresa los sentimientos de sentirse cuidado, valorado, querido, etc.

Según (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2008), el modelo basa en la idea de que el estrés puede describirse en términos de tres entornos o contextos (social, psicológico y fisiológico), que incluyen a su vez dos tipos de fuerzas que pueden amenazar (estresores) o potenciar (recursos) el bienestar psicosocial de las personas. Señalan que Lin y Ensel, incorporan dos teorías para explicar con mayor profusión el papel desempeñado por las variables psicosociales en la relación estrés-bienestar. Los referentes sobre los que los autores fundamentan su nueva propuesta son la teoría del afrontamiento y la teoría de la inhibición del distrés. En este sentido, la teoría del afrontamiento postula que los recursos psicosociales son factores mediadores en las relaciones estresores-bienestar. Estos factores psicosociales pueden seguir tres direcciones. Por una parte, los recursos psicosociales pueden eliminar o modificar las condiciones externas estresantes que causan los problemas. Asimismo, los recursos



pueden cambiar el significado de los estímulos externos de modo que se modifique su naturaleza estresante. Finalmente, los recursos tienen la capacidad de alterar los niveles de las respuestas emocionales. Las variables psicosociales actúan como elementos reactivos que se movilizan (o son adversamente influidos) en los procesos de afrontamiento ante condiciones externas estresantes. La presencia de estrés justifica desde este planteamiento, la puesta en escena de los recursos psicosociales. En cambio, desde la teoría de la inhibición del estrés, no es necesario condiciones externas estresantes para la movilización de los recursos. En este sentido, se plantean que independientemente de la ocurrencia de eventos vitales estresantes, la presencia de recursos psicosociales representa un factor protector para el estrés. En consecuencia, desde este planteamiento se considera que disponer de recursos psicosociales ayuda a reforzar y a fortalecer el equilibrio psicológico y la estabilidad emocional, disminuyendo de este modo la probabilidad de estrés.



Figura 5. Bienestar psicosocial

Fuente: <http://psicologiacomunitariamodelosteoricos.blogspot.com/2016/05/modelo-de-bienestar-de-lin-y-ensel.html>

## Modelo conductual-comunitario

Según (Bogat y Jason, 2000), citado en (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2008), El modelo conductual-comunitario comienza a gestarse a mitad de los años setenta integrando en su concepción, como indica su nombre, los presupuestos teóricos de la psicología comunitaria con la tecnología propia de la teoría del aprendizaje. La complementariedad entre la psicología comunitaria y el enfoque conductual permite superar ciertas limitaciones que cada una de estas disciplinas presenta por separado.

Así, la aportación principal de la teoría conductual a la psicología comunitaria consiste en proporcionarle una tecnología que le permite paliar ciertas deficiencias metodológicas y técnicas. Por su parte, la psicología comunitaria ofrece a la teoría conductual unos presupuestos teóricos que le posibilitan ampliar sus objetivos de intervención. Se pasa de un modelo individual a otro supraindividual en el cual el interés está en la prevención (promoción de la salud y de la normalidad) más que en la rehabilitación o tratamiento. (Macía, Méndez y Olivares, 1993) citada en (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2008).

La unión de ambas disciplinas da lugar a un modelo alternativo que supera de acuerdo con Bogat y Jason (2000) la posición clásica de observación, descripción, evaluación y clasificación de fenómenos o conductas para adoptar una posición y perspectiva intervencionista. En esta línea, estos autores afirman que el modelo conductual-comunitario representa un avance con respecto a los modelos centrados en la persona al vincular las conductas de los individuos y grupos de personas en los contextos y ambientes en los que viven. Siguiendo con estos autores, los presupuestos teóricos, metodológicos y pragmáticos del modelo conductual-comunitaria son varios. Por una parte, se defiende la idea de que la conducta es aprendida a través de la experiencia con el ambiente y que la definición de los objetivos de salud ha de realizarse en términos conductuales. Es decir, definidos de forma observable y cuantificable garantiza la tecnología conductual eficiente e idónea. Asimismo, el estilo de intervención se orienta a actuaciones preventivas dirigidas a la promoción de la salud y de la normalidad. Su nivel de actuación más centrado en el sistema que en las personas, incluye el diseño, la modificación ambiental y la acción social. Se trata en este sentido, de una perspectiva basada en los principios del modelo de competencia. Desde este

modelo se defiende la idea de que la prevención consiste en promocionar la salud y la normalidad, entendida ésta según Albee (1980) como un proceso de adquisición de competencias, habilidades y destrezas sociales. (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango , 2008).

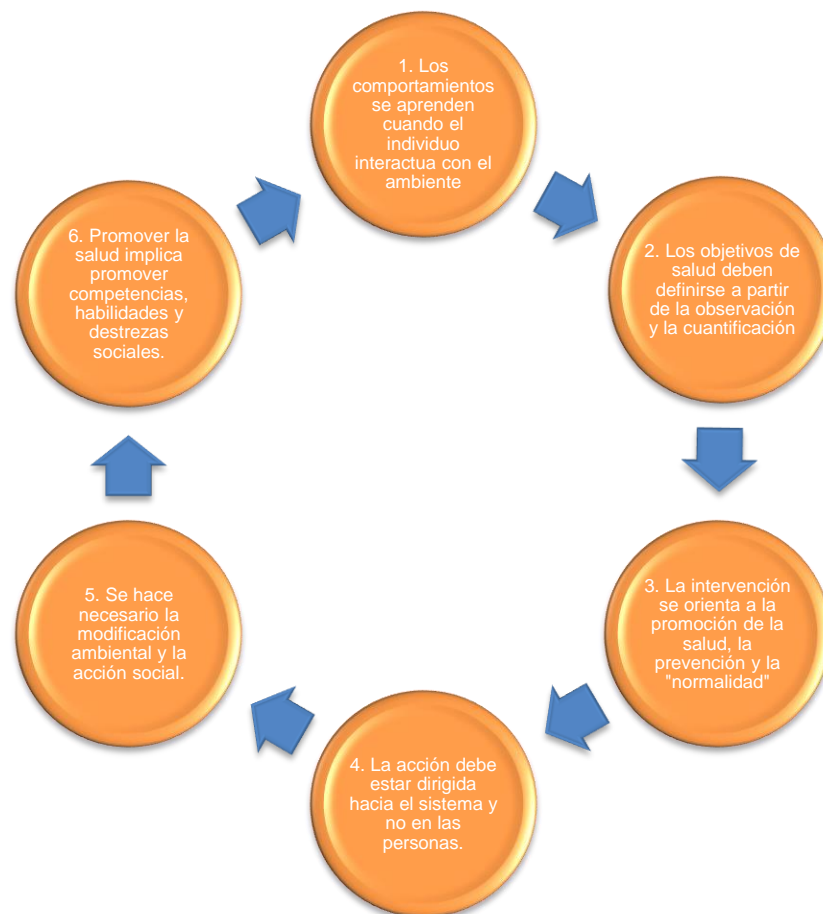


Figura 6. Modelo conductual-comunitario  
Fuente: <https://slideplayer.es/slide/10478236/>

## Referencias bibliográficas

- Larban Vera, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental "continente y contenido". *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente*, 205-224.
- Alvis Rizzo, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Poiésis. Revista electrónica de psicología social*.
- Brito Lorenzo, Z. (2008). Educación popular cultura e identidad desde la perspectiva de Paulo Freire. *Contribuciones para la pedagogía*, 29-45.
- Custo, E. (2008). *SALUD MENTAL Y CIUDADANÍA Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial .
- Gofin, J., & Levav , I. (1992). *Temas en salud mental de la comunidad*. Washington: Organización panamericana de la salud.
- Moro, W. (2009). *La fogata digital*. Recuperado el 8 de diciembre de 2020, de <https://memberfiles.freewebs.com/80/35/84503580/documents/educacion%20popular.pdf>
- Musitu Ochoa, G., Herrero Olaizola, J., Cantera Espinosa, L., & Montenegro Martínez, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.
- Musitu, G., Buelga, S., Vera, A., Ávila, M. E., & Arango , C. (2008). *Psicología social comunitaria*. Mexico D.f: Editorial Trillas Sa De Cv.
- Psicología comunitaria- Modelos de intervención*. (8 de diciembre de 2020). Obtenido de <http://psicologiacomunitariamodelos.blogspot.com/>





[www.usanmarcos.ac.cr](http://www.usanmarcos.ac.cr)

San José, Costa Rica