



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

I Z T A C A L A



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

**EL TRABAJO DEL PSICOLOGO EN
COMUNIDAD Y EN SALUD PUBLICA**

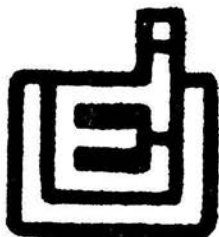
COI
31921
[7
1989-2

T E S I N A

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

P R E S E N T A

GEORGINA VALENTINA CALDERON MENDIETA



LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEXICO

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

IZT. 1001192

	INTRODUCCION.....	1
I	EL CAMPO DE LA SALUD.....	10
I.1	CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD.....	17
I.2	ESTRUCTURACION DEL CAMPO DE LA SALUD.....	20
I.3	SALUD PUBLICA.....	27
I.3.1	ATENCION PRIMARIA DE SALUD.....	31
II	CAMPO DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA.....	38
II.1	HISTORIA DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA.....	38
II.2	INTRODUCCION DEL PSICOLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD.....	46
II.3	DIFERENTES PAPELES QUE HA ASUMIDO EL PSICOLOGO COMUNITARIO.....	40
III	RELACION ENTRE SALUD PUBLICA Y SALUD COMUNITARIA.....	58
III.1	PARTICIPACION COMUNITARIA.....	59
III.2	PROGRAMA DE EDUCACION A LA SALUD.....	62
IV	ALTERNATIVAS.....	83
	BIBLIOGRAFIA.....	97

INTRODUCCION

EN LA ACTUALIDAD EL CAMPO DE ACCIÓN DE LA PSICOLOGÍA ES MUY VARIADO, SE PUEDE INTERVENIR EN LA INDUSTRIA, EN CENTROS DE REHABILITACIÓN, EN EL SISTEMA EDUCATIVO Y EN EL SECTOR - SALUD, TENIENDO CADA UNA DE ELLAS MARCOS TEÓRICOS, OBJETIVOS, MÉTODOS Y TÉCNICAS ESPECÍFICOS DE ACUERDO AL ÁREA DE ESTUDIO. EL PSICÓLOGO NO SÓLO SE INCERTA EN EL CAMPO DE TRABAJO CON - SUS CONOCIMIENTOS EXCLUSIVOS DEL ÁREA; SINO QUE ADEMÁS DEBE CUBRIR LOS REQUISITOS QUE CADA UNA DE LAS ORGANIZACIONES LE DEMANDE DE ACUERDO A SUS NECESIDADES LABORALES DE ESE MOMENTO.

LAS NECESIDADES DE LAS ORGANIZACIONES RESPECTO AL PSICÓLOGO SURGEN DE LA DEMANDA DE LA INSTITUCIÓN HACIA EL EXTERIOR, TAL ES EL CASO DE LA INDUSTRIA; Y DE LA POBLACIÓN HACIA LA - INSTITUCIÓN, EN ESTE CASO SE ENCUENTRAN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN, EL SISTEMA EDUCATIVO Y EL SECTOR SALUD. LAS NECESIDADES DEL PSICÓLOGO DENTRO DEL SECTOR SALUD SURGEN GRACIAS A LA GRAN DEMANDA SOCIAL QUE SE GENERA A PARTIR DE UN MOMENTO - HISTÓRICO DETERMINADO, ASÍ, LA PSICOLOGÍA CLÍNICA SE INCERTA DENTRO DEL SECTOR SALUD PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES SOCIALES DE ATENCIÓN A LOS LESIONADOS PSICOLÓGICAMENTE AL TÉRMINO DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, YA QUE, EN ESTE SENTIDO, - CRECEN LAS DEMANDAS DE SALUD MENTAL, DANDO COMIENZO UNA SERIE DE MEDIDAS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE SALUD MENTAL, COMO SON: LA CREACIÓN DE CENTROS DE SALUD MENTAL CON EL "OBJETIVO DE INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS PERTURBACIONES MENTALES - -

TRADICIONALES, EL CUIDADO DE LOS PACIENTES MENTALES QUE NO -
REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN TODAVÍA O DE OTROS QUE HUBIERAN SIDO
DADOS DE ALTA DE LOS HOSPITALES" (ZAX Y SPENCER P.3). ES HASTA
DESPUÉS DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL QUE EL PSICÓLOGO ES RECO
NOCIDO OFICIALMENTE DENTRO DE LAS DISCIPLINAS DE LA SALUD MEN
TAL VIÉNDOLO COMO UN AXULIAR DEL MÉDICO ÚNICAMENTE. A PARTIR
DE ESTE MOMENTO LA PSICOLOGÍA SE EXPANDE RÁPIDAMENTE A UNA AM
PLIA VARIEDAD DE ÁREAS COMO CIENCIA Y COMO PROFESIÓN PRONTO -
SURGE LA ESPECIALIDAD LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, QUE SE ORIGINA -
EN GRAN MEDIDA EN LOS HOSPITALES Y CONSULTORIOS PSIQUIÁTRICOS.

A PESAR DEL GRAN DESARROLLO QUE HA TENIDO LA PSICOLOGÍA
EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, TANTO EN LA TEORÍA COMO EN SU APLICACIÓN;
EL PSICÓLOGO NO HA LOGRADO MODIFICAR EL PAPEL QUE LE FUE ASIG
NADO DENTRO DEL SECTOR SALUD, ASÍ, TODAVÍA VEMOS AL PSICÓLOGO
QUE ESTÁ INCIERTO DENTRO DEL CAMPO DE LA SALUD, TRABAJANDO DE
UNA FORMA AÚN TRADICIONAL. LO CUAL NOS LLEVA A PLANTEAR SI EN
MÉXICO NO EXISTE UNA DEMANDA DE SALUD QUE MUEVA LA ESTRUCTURA
DE LA ORGANIZACIÓN DEL CAMPO DE LA SALUD PARA MOVILIZAR Y AC
TUALIZAR EL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD.

EN MÉXICO SÍ EXISTE UNA GRAN DEMANDA POR PARTE DE LA SO
CIEDAD EN LO REFERENTE A LA SALUD; TAL ES ESTA NECESIDAD QUE
LA SALUD ESTÁ CONSIDERADA COMO UNO DE LOS PROBLEMAS PRIORITA
RIOS DENTRO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (S.S.A., 1986). -
SI TOMAMOS EN CUENTA QUE EL ÁMBITO DE LA SALUD ES MUY EXTENSO,
ASÍ QUE EL PSICÓLOGO PARA PODERLO ABORDAR DE MANERA - - -

SISTEMÁTICA DEBE PARTIR DE LA DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD, SU CONFORMACIÓN ESTRUCTURAL Y PRINCIPALMENTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD QUE ES UNA POLÍTICA QUE LA OMS (1978)- A PARTIR DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD MUNDIAL DICTA, ELABORANDO UNA SERIE DE LIMITACIONES Y POLÍTICAS PARA PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD DE TODOS LOS PUEBLOS DEL MUNDO. ÉSTA DECLARACIÓN SE LE PROPONE A LAS DIFERENTES SOCIEDADES DE LA TIERRA PARA QUE LE SIRVA DE GUÍA, Y A PARTIR DE AHÍ, REALICEN MODIFICACIONES EN LOS DIFERENTES PLANES Y PROYECTOS DEL SECTOR SALUD - - DENTRO DE LAS ÁREAS DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD.

AL QUERER TOMAR LA DECLARACIÓN ALMA-ÁTA COMO MODELO Y - GUÍA EN LA REALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS Y POLÍTICAS DE LOS PLANES DE ACCIÓN, EL SECTOR SALUD PUEDE ENCONTRARSE CON GRANDES PROBLEMAS, COMO ES EL CUESTIONAMIENTO DE SU FUNCIÓN POLÍTICA, SOCIAL, CULTURAL Y DE SERVICIO PARA LA CUAL FUE CREADA Y NO ESTÁ CUMPLIENDO SU COMETIDO; YA QUE, EL MODELO PROPUESTO DE "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", SE CONTRAPONA TOTALMENTE AL QUE RIGE EN MÉXICO EN LA ACTUALIDAD; EL PRIMERO HABLA DE LA NECESIDAD DE DARLE PRIORIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; YA QUE SE ORIENTA PRINCIPALMENTE A LOS PROBLEMAS DE - SALUD DE LA COMUNIDAD Y PRESTA LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y - PREVENCIÓN NECESARIOS PARA RESOLVER ESOS PROBLEMAS (OMS,1978).

EL SEGUNDO NOS PLANTEA SERVICIOS DE SALUD CLÁSICA PORQUE SÓLO ALGUNAS PERSONAS TIENEN ACCESO A ESTOS; HABLAMOS DE LA -

BURGUESÍA (ACUDE AL MÉDICO PRIVADO); TRABAJADORES SINDICALIZADOS (QUE ESTÁN INSCRITOS EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL IMSS, ISSSTE, PEMEX) Y SUBEMPLEADOS Y DESEMPLEADOS (QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE POBLACIÓN ABIERTA S.S.A.), CARECIENDO LA GRAN MAYORÍA DE LA POBLACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MÍNIMOS INDISPENSABLES (ROJAS, 1988); AUNQUE LAS ESTADÍSTICAS DE SALUBRIDAD NOS DIGAN QUE ATIENDEN Y DA COBERTURA AL 70% DE LA POBLACIÓN (S.S.A. 1988). SI REALMENTE ÉSTO ÚLTIMO SUCEDE EN MÉXICO ACTUALMENTE, SURGEN VARIAS PREGUNTAS: ¿POR QUÉ LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN UN ESTADO CRÍTICO A DIEZ AÑOS DE LA DECLARACIÓN DE ALMA-ATA? ¿NO SE HAN TOMADO LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES, O ES QUE LAS MEDIDAS TOMADAS HAN SIDO DE CARÁCTER REMEDIAL MÁS QUE PREVENTIVO? O ¿ES QUE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD HA RESULTADO INSUFICIENTE DEBIDO A QUE HA SIDO REALIZADA EN FORMA INCOORDINADA Y ARBITRARIA? (TORRES, 1988).

EXISTEN DOS MODELOS DENTRO DEL CAMPO DE LA SALUD, QUE NOS AYUDARÍAN A RESPONDER ESTAS PREGUNTAS: 1) EL MODELO CLÍNICO ES EL QUE RIGE PRINCIPALMENTE AL SECTOR SALUD Y EN EL CUAL SE BASAN TODA LA ATENCIÓN MÉDICA, CLÍNICA Y HOSPITALARIA; A DONDE TODO SE MUEVE A TRAVÉS DE UN MODELO CURATIVO REFERIDO A LA ENFERMEDAD MÁS QUE A LA SALUD; ESTE MODELO OPERA A UN NIVEL INDIVIDUAL (MÉDICO-PACIENTE). 2) EL MODELO PREVENTIVO SE REFIERE PRINCIPALMENTE A TOMAR MEDIDAS DE ACCIÓN ANTES DE QUE SE PRESENTE LA ENFERMEDAD BUSCANDO Y ATACANDO SUS ORÍGENES, TRABAJANDO A UN NIVEL POBLACIONAL.

AUNQUE EL MODELO PREVENTIVO EXISTE DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, A ÉSTE NO SE LE HA DADO LA DEBIDA IMPORTANCIA Y RESPALDO. DENTRO DE ESTE MODELO UBICAMOS A LA SALUD PÚBLICA QUE SE ENCARGA DE LA "APLICACIÓN DE LAS CIENCIAS BIOLÓGICAS, SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS A LOS ESTUDIOS DE LOS FENÓMENOS DE SALUD EN POBLACIONES. DE AHÍ QUE ABARQUE DOS OBJETOS PRINCIPALES DE ANÁLISIS: A) EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS CONDCIONES DE SALUD DE LAS POBLACIONES, Y B) EL ESTUDIO DE LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA A ESAS CONDICIONES" - - (FREN K. 1988 P.248). TAMBIÉN INCLUIAMOS LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD QUE ES "FUNDAMENTALMENTE ASISTENCIA SANITARIA - - PUESTA AL ALCANCE DE TODOS LOS INDIVIDUOS Y FAMILIAS DE LA COMUNIDAD, POR MEDIOS QUE SEAN ACEPTABLES, CON PLENA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD, Y A UN COSTO QUE ÉSTA Y EL PAÍS PUEDAN SOPORTAR" (OMS, 1978 P.3).

LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD SE UBICAN DENTRO DE UN MODELO PREVENTIVO, PORQUE SU OBJETIVO PRINCIPAL ESTÁ ENFOCADO A LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DIRIGIDO A LA COMUNIDAD. ¿POR QUÉ COMUNIDAD? PORQUE CADA UNA DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES QUE CONFORMAN UNA POBLACIÓN REFLEJA VERDADERAMENTE LAS NECESIDADES REALES (COMO LAS VIVEN, LAS SIENTEN Y LAS PERCIBEN) DE NUESTRO PAÍS; MANIFESTANDO CARACTERÍSTICAS Y COMPORTAMIENTOS DETERMINADOS, EN RELACIÓN AL ESTADO ACTUAL DE SALUD. ADEMÁS LA COMUNIDAD ES DONDE LA ATENCIÓN PRIMARIA TIENE SU PRINCIPAL CAMPO DE ACCIÓN "PORQUE REPRESENTA EL PRIMER NIVEL DE CONTACTO CON LOS INDIVIDUOS, FAMILIAS,-

Y LA COMUNIDAD CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, LLEVANDOLO LO MÁS CERCA POSIBLE LA ATENCIÓN DE SALUD AL LUGAR DONDE RESIDEN Y TRABAJAN LAS PERSONAS" (IBIDEM, P.4), TAMBIÉN PORQUE EN LA COMUNIDAD SE ORIGINAN Y ENCUENTRAN LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD; POR EJEMPLO, LAS ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS.

SI LA COMUNIDAD ES SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO DENTRO DEL SECTOR SALUD Y LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN SUS OBJETIVOS - - PRINCIPALES; COMO ES POSIBLE QUE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y EL PSICÓLOGO NO PERTENEZCAN A ESTE TIPO DE MODELO PREVENTIVO (LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA SE CARACTERIZA PRINCIPALMENTE POR TRABAJAR EN COMUNIDADES PARA PREVENIR Y PROMOVER LA SALUD, CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD) Y NI SIQUIERA FIGU-- REN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN; SINO HASTA EL SEGUNDO NI-- VEL DE ATENCIÓN REALIZANDO ACTIVIDADES DENTRO DE UN MODELO - CLÍNICO O CURATIVO DESEMPEÑANDO EL PAPEL TRADICIONAL, BÁSICA-- MENTE PARTICIPANDO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO AUXILIAR DEL MÉDICO, REALIZANDO ACTIVIDADES DE DIAGNÓSTI-- CO Y REHABILITACIÓN DE PADECIMIENTOS DE TIPO NEUROPSIQUIÁTRI-- CO (RODRIGUEZ, 1984). ADEMÁS, LA INSTITUCIÓN REFUERZA Y DE-- TERMINA EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN, PRI-- MERO POR LOS REQUISITOS DE INGRESO A ÉSTA, SEGUNDO POR LAS - FUNCIONES ASIGNADAS AL PSICÓLOGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN Y - TERCERO POR LOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN QUE SE IMPARTEN DEN-- TRO DE LA INSTITUCIÓN, QUE SON A PARTIR DE LAS NECESIDADES - QUE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DETER-- MININA DEBEN SER CUBIERTOS.

NO SOLAMENTE LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA EL PSICÓLOGO - TIENE LA RESPONSABILIDAD DE MOVILIZAR EL PAPEL QUE DESEMPEÑA, SINO QUE TAMBIÉN, SE TIENE QUE REORGANIZAR Y REESTRUCTURAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO DE ACUERDO A LA REALIDAD SOCIAL EN LA QUE SE VIVE, DANDO RESPUESTA A LAS DIFERENTES DEMANDAS EXISTENTES EN LA SOCIEDAD. PARA ELLO, SE DEBE DETERMINAR EL MEJOR CAMINO PARA RESOLVER. 1) SI LA PREPARACIÓN AC--- TUAL DEL PSICÓLOGO DEBE SEGUIR SIENDO LA MISMA, 2) SI LA ENSEÑANZA DEBERÁ SEGUIR SIENDO PRINCIPALMENTE TEÓRICA O SE DEBE - INSTRUIR A LOS ALUMNOS EN FORMA PRÁCTICA PARA LO QUE SERÁ SU EJERCICIO PROFESIONAL DENTRO DE UN CAMPO ESPECÍFICO, 3) CUÁL DEBE SER LA FORMACIÓN A NIVEL DE LICENCIATURA, GENERAL O ESPECIALIZADA, SE DEBE FORMAR UNO O VARIOS TIPOS DE PSICOLÓGOS, - EN QUÉ NIVEL DEBE DARSE LA ESPECIALIZACIÓN, 4) LA FORMACIÓN - DE PROFESIONALES DEBE DE ESTAR ACORDE CON LAS NECESIDADES REALES DEL PAÍS (IBIDEM).

CON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO SE PUEDE ELABORAR ALGUNOS SUPUESTOS QUE SE ELABORARÁN A LO LARGO DEL PRESENTE TRABAJO. - EL PRIMERO SE REFIERE A QUE SI LA SALUD ESTÁ DEFINIDA PRINCIPALMENTE POR LAS CONDICIONES HISTÓRICAS Y SOCIALES DEL INDIVIDUO, Y LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO ES IDENTIFICAR LAS CONDICIONES HISTÓRICAS Y SITUACIONALES DE LOS FACTORES CUYA INFLUENCIA -- TRASTOCA LA INTERACCIÓN ENTRE EL INDIVIDUO Y SU ENTORNO... EN TONCES, EL PSICÓLOGO ENCAJA PERFECTAMENTE EN EL SECTOR SALUD, PORQUE A NIVEL PSICOLÓGICO SE CONCIBE COMO OBJETO DE ESTUDIO,

AL ORGANISMO ÍNTEGRO (TOTAL) EN INTERACCIÓN CON SU MEDIO FÍSICO, BIOLÓGICO Y SOCIAL (TORRES, 1988 p.53-54). SEGUNDO, EL PSICÓLOGO DEBE FORMAR PARTE ACTIVA DEL EQUIPO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PORQUE EL COMPORTAMIENTO ES UN FACTOR QUE GENERA PROBLEMAS DE SALUD, LAS NECESIDADES DE MODIFICAR LAS PRÁCTICAS NUTRICIONALES Y DE HIGIENE SE HACEN EVIDENTE COMO UNA SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD. TERCERO, EL PSICÓLOGO POSEE HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS NECESARIAS PARA LA PLANEACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS PATRONES CONDUCTUALES DEL INDIVIDUO, ASÍ COMO EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE ÉSTE POSEE EN RELACIÓN A LA SALUD. CUARTO, LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA ES UNA RAMA DE LA PSICOLOGÍA QUE DEBE INCLUIRSE EN EL MODELO PREVENTIVO COMO UNA PARTE ESCENCIAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PORQUE CUBRE LOS LINEAMIENTOS QUE LA OMS MARCA DENTRO DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. - ADemás, TIENE MUCHO MÁS HERRAMIENTAS EN RELACIÓN AL COMPORTAMIENTO DE LAS COMUNIDADES O DE LOS GRUPOS HUMANOS.

PARA DAR PIE AL ANÁLISIS DE ESTOS SUPUESTOS EN EL PRIMER CAPÍTULO DEL PRESENTE TRABAJO, SE REVISARÁ LA CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD ACEPTADO POR LA OMS, UBICANDO SUS ALCANCES Y LIMITACIONES EN LA SOCIEDAD MEXICANA; REVISANDO QUÉ TIPO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SE PRESTAN EN NUESTRO PAÍS; Y CÓMO SE ESTRUCTURA EL SECTOR SALUD Y A DÓNDE ES DONDE SE UBICA A LA SALUD PÚBLICA Y A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD,

RESALTANDO PRINCIPALMENTE ASPECTOS QUE SE REFIERAN A LA SALUD COMUNITARIA.

PARA PODER ANALIZAR REALMENTE QUÉ IMPLICACIONES, ALCAN--CES Y LIMITACIONES PUEDE TENER EL PSICÓLOGO DENTRO DEL SEC--TOR SALUD UBICADO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ATENDIENDO A COMUNIDADES, EN EL SEGUNDO CAPÍTULO SE REVISARÁ LA HISTÓRIA - DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, CÓMO ES QUE EL PSICÓLOGO LOGRA INCERTARSE DENTRO DEL CAMPO DE LA SALUD Y LOS DIFERENTES PAPE LES QUE EL PSICÓLOGO COMUNITARIO HA ASUMIDO DENTRO DE LA PRÁC TICA PROFESIONAL EN EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA.

EN EL TERCER CAPÍTULO, SE HACE NECESARIO REVISAR LOS PRO GRAMAS Y MODELOS QUE EL SECTOR SALUD Y LA PSICOLOGÍA COMUNITA RIA UTILIZAN E IMPLEMENTAN PARA LA ATENCIÓN A LA COMUNIDAD. - AL MISMO TIEMPO, SE ANALIZARÁ LA RELACIÓN ENTRE EL SECTOR SA LUD Y LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA ENMARCÁNDOLO DENTRO DE LA - - ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

EN EL ÚLTIMO CAPÍTULO, EN BASE A LO ANALIZADO EN TODO EL TRABAJO, SE TRATARÁN DE ELABORAR PROPUESTAS EN RELACIÓN AL - PAPEL DEL PSICÓLOGO UBICADO O ENLAZADO DENTRO DEL SECTOR SA--LUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

I.- EL CAMPO DE LA SALUD

LA GRAN IMPORTANCIA QUE EN LOS ÚLTIMOS TIEMPOS HA TENIDO LA SALUD, TANTO EN LOS PAÍSES LLAMADOS DESARROLLADOS Y SUBDESARROLLADOS, HA SIDO MOTIVO DE DIVERSOS ESTUDIOS POR PARTE DE LOS EXPERTOS EN SALUD. ESTO ES IMPULSADO GRACIAS A LAS 10 DECLARACIONES QUE SE HACEN EN ALMA-ATA (1978), REFERENTE A LOS LINEAMIENTOS QUE DEBERÁN SEGUIR LOS PAÍSES PARA ALCANZAR UN NIVEL DE SALUD PARA TODOS LOS PUEBLOS DEL MUNDO.

LA SALUD, DEFINIDA POR LA OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD), ES "UN ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, Y NO SOLAMENTE LA AUSENCIA DE AFECCIONES O ENFERMEDADES" (OMS, 1978 P.2). EN LA ACTUALIDAD, SI NOSOTROS TOMAMOS AL PIE DE LA LETRA ESTA DEFINICIÓN, NOS ENCONTRAMOS CON VARIOS PROBLEMAS: A) SU CARÁCTER ES MUY GENERAL, B) ES AHISTÓRICA, C) DESCONOCE LAS ENORMES DIFERENCIAS EXISTENTES EN LA SOCIEDAD ACTUAL, D) SI LOS CONCEPTOS DE BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL REPRESENTAN SERIOS PROBLEMAS PARA SU MEDICIÓN (YA QUE EXISTEN ALGUNOS INDICADORES PARA MEDIRLOS), AÚN LO ES MÁS PARA LA TERCERA CATEGORÍA BIENESTAR SOCIAL; DONDE NO EXISTEN PARÁMETROS BIEN DEFINIDOS PARA MEDIRLO CORRECTAMENTE, E) AUNQUE EL ESQUEMA DE UNIDAD BIOPSIOSOCIAL ESTÉ UNIDO EN APARENTE VISIÓN, LOS TRES TIPOS DE FENÓMENOS PERMANECEN AISLADOS, YA QUE SE DESCONOCEN LAS RELACIONES ENTRE LOS COMPONENTES BIOLÓGICOS, MENTALES Y SOCIALES, ADEMÁS, CARECE DE UN ORDENAMIENTO CAUSAL SIN JERARQUIZACIÓN (VASCO, 1978). CRISTINA LURELL (1975) VE -

LIMITACIONES EN LA DEFINICIÓN PROPUESTA POR LA OMS, PORQUE -
PLANTEA A LA SALUD COMO ESTADO DÁNDOLE UNA CONCEPTUALIZACIÓN
DE ESTÁTICA Y SEPARÁNDOLA DE LA ENFERMEDAD, CUANDO LA REALI--
DAD DEMUESTRA QUE LA SALUD-ENFERMEDAD CONSTITUYE UNA UNIDAD -
DIALÉCTICA, YA QUE, SON DOS MOMENTOS DE UN MISMO FENÓMENO, -
PUESTO QUE, ENTRE ELLOS SE ESTABLECE UNA RELACIÓN DE CONSTAN-
TE CAMBIO. IGUALMENTE COPLAMAR (1985) NOS MARCA QUE ESTA DEFI
NICIÓN CONCIBE AL INDIVIDUO PASIVO, A DONDE ÉL ESPERA QUE EL
PROCESO SALUD-ENFERMEDAD SE DÉ, OLVIDANDO QUE EL INDIVIDUO ES
DINÁMICO, GENERADOR DE SU PROPIO PROCESO DE DESARROLLO.

POR ÚLTIMO, CABE HACER MENCIÓN QUE LA DEFINICIÓN DE LA -
OMS ENTRÓ EN VIGOR EN 1948, ÉSTO NOS INDICA QUE EL MARCO TEÓ-
RICO Y PRÁCTICO BAJO EL CUAL SE CONSTRUYÓ, EN LA ACTUALIDAD -
CARECE DE VALIDEZ, PORQUE DE ESA FECHA A NUESTROS DÍAS HAN --
PASADO VARIOS ACONTECIMIENTOS, ADEMÁS, EL HOMBRE ES UN SER -
HISTÓRICO QUE PRODUCE SU MEDIO SOCIAL PARA TRANSFORMARLO EN -
SU BENEFICIO, ES DECIR, SU REALIDAD ESTÁ EN CONSTANTE CAMBIO.
POR LO TANTO, SI NOS REGIMOS POR ESTA DEFINICIÓN ESTAMOS MOS-
TRANDO UN RETROCESO EN EL CAMPO DE LA SALUD. AL MISMO TIEMPO,
NO PODEMOS QUITAR MÉRITOS A ESTA DEFINICIÓN DE SALUD QUE EN -
SU MOMENTO DEJÓ ATRÁS A VARIAS CONCEPCIONES ORGANICISTAS Y -
BIOLÓGISISTAS QUE IMPERABAN EN ESA ÉPOCA, EN DONDE NO SE TOMA
BA EN CUENTA LOS ASPECTOS MENTALES Y SOCIALES DEL INDIVIDUO.

PARA PODER DEFINIR LO QUE ES EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
TENDRÉMOS PRIMERO QUE EXPONER LOS DIFERENTES MODELOS QUE LO -

HAN EXPLICADO A TRAVÉS DE LA HISTÓRIA Y AÚN EN LA ACTUALIDAD, SEGÚN CADA UNO DE ELLOS, ENTIENDA LA REALIDAD Y LOS MARCOS CULTURALES E IDEOLÓGICOS DE LOS DIFERENTES GRUPOS SOCIALES QUE LA HAN INTERPRETADO.

MODELO UNICAUSAL:

ESTE MODELO CONSIDERA UN SOLO TIPO DE CAUSA DE LA ENFERMEDAD, EXPLICÁNDO LA ENFERMEDAD COMO CAUSA DE UN AGENTE PATÓGENO QUE AL ELIMINARLO O ATACARLO DESAPARECE AUTOMÁTICAMENTE. ESTE MODELO ESTÁ SUSTENTADO TEÓRICAMENTE POR LOS POSTULADOS DE RORCH: A) EL MICROORGANISMO SE HALLA SIEMPRE CON LA ENFERMEDAD, B) EL MICROORGANISMO NO SE ENCUENTRA EN NINGUNA OTRA ENFERMEDAD, Y C) EL MICROORGANISMO AISLADO Y CULTIVADO DURANTE VARIO TIPO, REPRODUCE LA ENFERMEDAD. CON LOS POSTULADOS ANTERIORES, PODEMOS OBSERVAR QUE ESTE MODELO SE CENTRA ÚNICAMENTE EN LA ENFERMEDAD, DEJANDO AFUERA TODO LO RELACIONADO CON EL CONTEXTO SOCIAL DEL INDIVIDUO, NO ACEPTANDO QUE ESTE FACTOR CONTRIBUYE A PROVOCAR LA ENFERMEDAD. ADEMÁS, ANALIZA LA REALIDAD DE UN INDIVIDUO AISLADO, YA QUE, SU OBJETIVO ES EL DE RESOLVER LO MÁS RÁPIDO POSIBLE UN PROBLEMA DE ENFERMEDAD, PORQUE BUSCA LA REINCORPORACIÓN DE LAS PERSONAS ENFERMAS LA ACTIVIDAD DESEMPEÑADA, PARA QUE NO EXISTA PÉRDIDA EN EL CAPITAL.

MODELO MULTICAUSAL:

ESTE MODELO YA NO SÓLO VE LA CAUSA-EFECTO DE LA ENFERMEDAD, SINO QUE TOMA EN CUENTA ELEMENTOS CON LA CUAL ESTÁ - -

RELACIONADA LA ENFERMEDAD: SOCIALES, ECONÓMICOS, CULTURALES, FÍSICOS, QUÍMICOS, ETC., CON EL OBJETO DE ESTABLECER REGULARIDADES EMPÍRICAS ENTRE ESTOS FACTORES Y EL TIPO, FRECUENCIA Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (ROJAS, 1988).

SIN EMBARGO, AUN CUANDO TOMA EN CUENTA VARIOS FACTORES - RELACIONADOS CON EL CONTEXTO SOCIAL DEL INDIVIDUO, NO PERMITE UNA COMPRESIÓN PROFUNDA DEL VERDADERO SIGNIFICADO DE LO - - SOCIAL, QUEDANDO SOLAMENTE EN: A) UN PLANO DESCRIPTIVO: OBSERVAR LA SITUACIÓN DE SALUD DE UNA POBLACIÓN CON BASE EN ESTA - FORMA DE ANÁLISI FRAGMENTA LA REALIDAD, PORQUE TALES VALORES OCULTAN LAS DIFERENCIAS INTERNAS; DESIGUALDADES SOCIALES, ENFERMEDADES Y MUERTE ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE LA POBLACIÓN, Y B) CUANTITATIVO: EL PROCESO SOCIAL SE EXPRESA A TRAVÉS DE INDICADORES: NÚMERO DE HIJOS, VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, ETC., ES DECIR, SE TOMA A LOS INDIVIDUOS COMO EL PROCESO MISMO, LAS SOLUCIONES QUE SE INSTRUMENTAN SON CUANTITATIVAS Y ORIENTADAS A LA MODIFICACIÓN DE INDICADORES Y NO REALMENTE A LAS CAUSAS; ASÍ, LA REALIDAD SOCIAL SE LIMITA A SEÑALAR RELACIONES EXTERNAS E INMEDIATAS ENTRE LOS FENÓMENOS (RODRÍGUEZ, 1985).

COMO PODEMOS OBSERVAR, EN ESTE MODELO YA NO SE CONCIBE - AISLADO AL INDIVIDUO DE LOS FACTORES FÍSICOS Y SOCIALES; SIN EMBARGO, LA REALIDAD QUE SE INVESTIGA ES LO FENOMENOLÓGICO, - LO EXTERNO E INMEDIATO DE LOS VÍNCULOS Y ASPECTOS FÍSICOS Y - SOCIALES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, SU OBJETIVO ES AYUDAR AL MANTENIMIENTO DEL SISTEMA SOCIAL A TRAVÉS DE MEDIDAS QUE -

PERMITAN EVITAR SITUACIONES DISFUNCIONALES QUE VULNEREN, EL -
ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL MISMO (ROJAS, 1988). EN ESTA FOR-
MA DE ANÁLISIS SE HACE PATENTE QUE LO SOCIAL ES NECESARIO Y -
DETERMINANTE, PERO NO SUFICIENTE SÓLO CUANDO SE FRAGMENTA DE
ESTA FORMA.

MODELO ALTERNATIVO:

ESTE MODELO BUSCA CONOCER LAS CAUSAS FUNDAMENTALES DE LA
ENFERMEDAD, NO VISTAS EN ABSTRACTO, SINO CON SUJETOS HISTÓRI-
COS, QUE PERTENECEN A COMUNIDADES SOCIALES QUE TRABAJAN, VIVEN
DE DETERMINADA MANERA, RESULTADO EN QUE SE ESTRUCTURA LA SOCIE-
DAD PARA REPRODUCIR Y REPRODUCIRSE IMPLICANDO UN CAMBIO CUALI-
TATIVO EN EL ANÁLISIS Y COMPRENSIÓN EN EL PROCESO SALUD-ENFER-
MEDAD.

ESTE MODELO CONSIDERA EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, COMO
UN FENÓMENO SOCIAL CUYAS CAUSAS DEBEN BUSCARSE EN LA ESTRUCTU-
RA DE LA SOCIEDAD A FIN DE DETERMINAR EL **POR QUÉ** EXISTEN SI--
TUACIONES DIFERENCIALES ENTRE LAS CLASES SOCIALES RESPECTO -
DEL TIPO, FRECUENCIA Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD, ASÍ, COMO -
EN LA CONCEPCIÓN DE ÉSTA, EN LA ESPERANZA DE VIDA, MUERTE Y -
EN EL ACCESO REAL A LOS SERVICIOS MÉDICOS. ESTE ENFOQUE A DI-
FERENCIA DEL ANTERIOR, PRETENDE CREAR LEYES Y TEORÍAS PARA EX-
PLICAR LA SALUD-ENFERMEDAD COMO FENÓMENO SOCIAL; VINCULANDO -
LO TEÓRICO CON LO EMPÍRICO, LO ABSTRACTO CON LO CONCRETO, A -
FIN DE ALCANZAR A TRAVÉS DE CATEGORÍAS, LEYES Y TEORÍAS, UNA
PROFUNDA COMPRENSIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. IGUALMENTE

PRETENDE ANALIZAR LA REALIDAD EN SU CONJUNTO, EN SUS MÚLTIPLES NEXOS Y DETERMINACIONES, VISTA COMO UNA REALIDAD CONCRETA, HISTÓRICA EN LA CUAL SE ENCUENTRAN Y DESARROLLAN TODOS LOS PROCESOS Y OBJETOS. EL MÉTODO QUE UTILIZA ES MATERIALISMO HISTÓRICO Y DIALÉCTICO COMO TEORÍA Y MÉTODO GENERAL DE CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD CONCRETA.

ROJAS SORIANO (1988), A PARTIR DEL ANÁLISIS PROCESO SALUD-ENFERMEDAD BASADO TEÓRICAMENTE EN EL MATERIALISMO HISTÓRICO, PROPONE:

- A) LA SALUD-ENFERMEDAD, ES UN FENÓMENO VÍNCULADO A DIVERSOS FACTORES SOCIALES, FÍSICOS, QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS.
- B) EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, ESTÁ EN PERMANENTE CAMBIO Y RECIBE DIVERSIDAD DE INFLUENCIAS DE LA VIDA SOCIAL. "SI PARTIMOS DE QUE LOS CONCEPTOS, CATEGORÍAS, HIPÓTESIS, LEYES Y TEORÍAS ES UNA REPRODUCCIÓN APROXIMADA DE ESA REALIDAD EN PERMANENTE CAMBIO, LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEPENDERÁ DE LAS CONDICIONES MATERIALES DEL MOMENTO HISTÓRICO QUE SE VIVE" (ROJAS, P.22-23).
- C) EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN UN SISTEMA CAPITALISTA EN DONDE SE DA LA CONTRADICCIÓN ENTRE EL CAPITAL Y EL TRABAJO Y SE EXPRESA SOCIALMENTE EN LA LUCHA DE CLASES ENTRE LA BURGUESÍA Y EL PROLETARIADO, LAS CONDICIONES REALES DE EXISTENCIA, LOS INTERESES Y LAS IDEOLOGÍAS DE LAS CLASES SOCIALES ESTÁN PRESENTES EN LA FORMA EN QUE SUR--

GEN Y SE DESARROLLAN EN DICHO PROCESO, ASÍ COMO LA CONCEPCIÓN QUE SE TIENE DE ÉL.

- D) EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD ES NECESARIO ANALIZAR LOS DIVERSOS ASPECTOS CON LOS CUALES SE ENCUENTRA RELACIONADO Y CONOCER LOS FACTORES ESCENCIALES DE MAYOR PESO QUE DETERMINAN LAS MODALIDADES QUE ASUME DICHO PROCESO: FACTOR DEL SER SOCIAL, SON LOS QUE SURGEN DE LA VIDA MATERIAL DE LA SOCIEDAD, Y NOS PERMITE DEMOSTRAR A TRAVÉS DEL MATERIALISMO HISTÓRICO QUE LAS CONDICIONES REALES DE EXISTENCIA DETERMINAN LAS POSIBILIDADES OBJETIVAS DE MINIMIZAR, O RETARDAR LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD.
- E) EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y LA FORMA EN QUE SE ENCUENTRA RELACIONADO CON LA ESTRUCTURA SOCIOECONÓMICA DE LA SOCIEDAD, DEBE ADQUIRIRSE A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA CIENTÍFICA, EMPLEANDO TEORÍAS, MÉTODOS Y TÉCNICAS DE LA REALIDAD CONCRETA, EN ESTE CASO DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y SUS DIVERSOS ASPECTOS Y RELACIONES.
- F) LA TRANSFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES MATERIALES ADVERSAS PARA LA SALUD SÓLO PUEDEN LLEVARSE A CABO A TRAVÉS DE PRÁCTICAS CONCRETAS.
- G) EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD ES UNA UNIDAD -INSEPARABLE-, PERO AL MISMO TIEMPO LUCHA INTERNAMENTE, PORQUE NO ES UN PROCESO LINEAL NI CONTÍNUO; LA ENFERMEDAD NO PRECEDE A LA SALUD NI VICEVERSA, SINO QUE EXISTEN DETERMINADOS FACTORES QUE SIRVEN DE CONDICIONANTES PARA QUE LA ENFERME--

- DAD SE PRESENTE.
- H) EN EL ORGANISMO UNA VEZ TRANSCURRIDO TODO EL PROCESO DEL CAMBIO SALUD A ENFERMEDAD, LA RECUPERACIÓN NO ES LA MISMA QUE TENÍA ANTES DE ENFERMAR, YA QUE, ESTA NUEVA SITUACIÓN ES DIFERENTE A LA ANTERIOR, PORQUE NADA PERMANECE IGUAL AL ESTADO DE SALUD QUE SE TENÍA ANTES, AL QUE SE ADQUIERE DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD.
- I) ENTRE SALUD Y ENFERMEDAD NO EXISTE EQUILIBRIO DEFINITIVO: UNO DE LOS CONTRARIOS, FINALMENTE TRIUNFA SOBRE EL OTRO.
- J) EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD ES UN PROCESO NATURAL, PERO HISTÓRICO QUE SURGE Y SE DESARROLLA EN UN DETERMINADO ORGANISMO, EL CUAL SE ENCUENTRA CONDICIONADO POR DIVERSAS SITUACIONES SOCIALES Y SE RELACIONA CON LA NATURALEZA DE DIFERENTES MANERAS.

1.1.- CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

RESUMIENDO, LA SALUD-ENFERMEDAD, ES UN PROCESO SOCIOHISTÓRICO, Y LAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES QUE ADOPTA EN CADA UNO DE LOS DIFERENTES ORGANISMOS SE ENCUENTRA DETERMINADA POR LAS CONDICIONES MATERIALES DE EXISTENCIA Y DE TRABAJO, LOS MARCOS CULTURALES E IDEOLÓGICOS DE CADA COMUNIDAD, TODO ÉSTO ES UNA EXPRESIÓN CONCRETA DEL MODO DE PRODUCCIÓN DOMINANTE EN LAS DIFERENTES FORMACIONES SOCIALES.

UNA VEZ ANALIZADO LO ANTERIOR, DAREMOS EL CONCEPTO DE SALUD QUE MANEJA ROJAS (1988), EL CUAL SE ACERCA MÁS A ESTE

TIPO DE APROXIMACIÓN TEÓRICA, "LA SALUD ES LA APROPIACIÓN - - SUFICIENTE, IGUAL O ADECUADA DE LA NATURALEZA QUE SE MANIFIESTA EN EL INDIVIDUO COMO UN PROCESO, SOCIALMENTE DETERMINADO, - QUE SE CONCRETA EN LA CAPACIDAD FÍSICA Y/O PSÍQUICA DE LOS INDIVIDUOS PERTENECIENTES AL PROLETARIADO PARA SATISFACER SUS - NECESIDADES BÁSICAS, ASÍ COMO DESARROLLAR SUS CAPACIDADES ARTÍSTICAS, INTELECTUALES, ETC., -ÉSTO ÚLTIMO CUANDO LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y DE VIDA LO PERMITAN EN UNA FORMACIÓN SOCIAL HISTÓRICAMENTE DETERMINADAS" (P.224). ACLARAREMOS QUE NO ESTAMOS TOTALMENTE DE ACUERDO CON ESTA DEFINICIÓN PRINCIPALMENTE AL REFERIRSE AL PROLETARIADO Y A LA FORMACIÓN SOCIAL HISTÓRICAMENTE DETERMINADA, PORQUE, SURGIRÁN DOS PREGUNTAS: - ¿LA BURGUESÍA Y OTRAS CLASES SOCIALES QUE CONFORMAN UNA SOCIEDAD CARECE DE SALUD Y/O ENFERMEDAD? Y POR OTRA PARTE, ¿DEBE EXISTIR UNA FORMACIÓN SOCIAL HISTÓRICAMENTE DETERMINADA PARA QUE EXISTA EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD?

A TRAVÉS DE ESTA DEFINICIÓN OBSERVAMOS QUE EL INDIVIDUO DEBE INFLUIR SOBRE LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA POR MEDIO DE LA PRÁCTICA CONCRETA PARA ALTERARLAS A FIN DE LOGRAR MEJORAR SU NIVEL DE EXISTENCIA Y DE TRABAJO PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD. LO ANTERIOR DEPENDERÁ DEL MARCO ECONÓMICO, POLÍTICO Y JURÍDICO PROPIO DE CADA SOCIEDAD, DE TAL FORMA, QUE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, DEBE CONSIDERARSE EN Y PARA EL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO DE UN PAÍS, ÉSTO EN FUNCIÓN DE LAS LIMITACIONES QUE IMPONE LA ESTRUCTURA SOCIOECONÓMICA DE CADA FOR-

MACIÓN SOCIAL: RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS, Y DE LAS POLÍTICAS QUE SE FIJEN EN ESTE CAMPO (OMS, 1978).

AL MISMO TIEMPO HAY QUE TENER CUIDADO AL MANEJAR ESTE -- CONCEPTO DE SALUD O CUALQUIER OTRO, PORQUE NO HAY QUE OLVIDAR QUE CUALQUIER CONTENIDO QUE SE LE ASIGNE A LA SALUD SERÁ EL EJERCICIO ACADÉMICO DE UNA MINORÍA ILUSTRADA (KINIEGRA, 1988) SOLAMENTE PARA EL MEJOR ENTENDIMIENTO Y COMPRENSIÓN DE ESTE PROCESO EN UN MOMENTO DETERMINADO.

CON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, PODEMOS UBICAR AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN UNA REALIDAD CONCRETA, NOS REFERIMOS ESPECÍFICAMENTE A LA FORMACIÓN SOCIAL MEXICANA; MÉXICO, ES UN PAÍS CAPITALISTA DEPENDIENTE, CON UNA ESTRUCTURA SOCIAL, ECONÓMICA, POLÍTICA, CULTURAL E IDEOLÓGICA QUE EJERCE UNA INFLUENCIA DETERMINANTE SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, LAS RELACIONES SOCIALES EXISTENTES DOMINANTE-DOMINADO Y EXPLOTADOR-EXPLOTADO EN ESTA SOCIEDAD LO DEMUESTRAN, YA QUE, EN MÉXICO EXISTEN DIFERENTES ENFERMEDADES SEGÚN EL GRUPO SOCIAL AL QUE PERTENECEN LOS INDIVIDUOS; PARA EL GRUPO DOMINANTE, LAS ENFERMEDADES QUE MÁS PADECEN SON DE TIPO: DEGENERATIVO COMO CÁNCER, DIABETES Y SENILIDAD (PATOLOGÍA DE LA ABUNDANCIA); MIENTRAS QUE EL GRUPO DOMINADO PADECE ENFERMEDADES INFECCIO-CONTAGIOSAS, NUTRICIONALES Y DE PATOLOGÍA GENITAL (PATOLOGÍA DE LA POBREZA). ÁMBAS ESTÁN DETERMINADAS POR LOS NIVELES DE VIDA DE LA POBLACIÓN (CÉLIS, 1972). ¿QUÉ HACE EL SECTOR SALUD PARA ATENDER ESTE TIPO DE ENFERMEDADES QUE SE PRESENTAN EN LAS DISTINTAS CLASES SOCIALES?

EL SECTOR SALUD EN MÉXICO, CUENTA CON TRES GRANDES PRESTADORES DE SERVICIO DE ATENCIÓN PARA LA SALUD; ROJAS (1988),- ACUÑA (1987), KINIEGRA (1985) Y RODRÍGUEZ (1985) NOS LAS DESCRIBEN DE LA SIGUIENTE MANERA: PRIVADOS, SEGURIDAD SOCIAL Y - ASISTENCIA PÚBLICA.

I.2.- ESTRUCTURACION DEL CAMPO DE LA SALUD

A) SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS

LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS ESTÁN CONSTITUIDOS POR - LA MITAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, QUE TRABAJAN EN - FORMA INDIVIDUAL O POR GRUPOS REUNIDOS EN UNIDADES DE ATEN--- CIÓN EXTERNA Y/O HOSPITALARIA PRESTANDO SERVICIOS COMO UN NE- GOCIO, SUJETOS A LAS LEYES DEL MERCADO Y AL RÉGIMEN DE LIBRE EMPRESA. A ESTE TIPO DE SERVICIO ACUDE LA BURGUESÍA Y ALGUNOS SECTORES DE LA CLASE MEDIA QUE TIENEN SUFICIENTE PODER DE COM- PRA PARA ADQUIRIRLO, OBVIAMENTE SÓLO ES ATENDIDO EL 15% DE LA POBLACIÓN; ADEMÁS, ESTE TIPO DE SERVICIO ESTÁ CENTRADO EN LA ATENCIÓN CURATIVA Y REHABILITATORIA ESCASAMENTE PRESTA SERVI- CIOS PREVENTIVOS.

B) INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, SERVICIOS MÉDICOS Y ALGUNAS DEPENDENCIAS ESTATALES O PARAESTATALES ESTÁN BASADAS EN UN DERECHO GREMIAL A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, GENERAL-- MENTE A TRAVÉS DE UN CONVENIO TRIPARTITA O BIPARTITA, ES DE-- CIR, SE MANTIENE ECONÓMICAMENTE DE LAS APORTACIONES DE LOS EM

PLEADOS ASEGURADOS, PATRON Y/O GOBIERNO. A ESTE TIPO DE SERVICIOS DE SALUD ACUDEN LOS TRABAJADORES AFILIADOS (SECTORES MEDIOS QUE SE ENCUENTRAN CASI EN SU TOTALIDAD EN EL SISTEMA DE PRODUCCIÓN) Y SUS FAMILIARES DERECHOHABIENTES. EL FIN DE ESTAS INSTITUCIONES ES MANETENER UN SISTEMA PRODUCTIVO DETERMINADO - EN EL CASO DE MÉXICO CAPITALISTA, YA QUE MEDIANTE ESTE SERVICIO SE TIENE SANO AL OBRERO PARA AUMENTAR Y MEJORAR LA PRODUCTIVIDAD Y PARA REINCORPORAR OPORTUNAMENTE AL TRABAJO A LA VIDA PRODUCTIVA (SOBERÓN, 1983), LOGRANDO UNA MEJOR ADAPTACIÓN DEL HOMBRE A SU TRABAJO SIN PÉRDIDA ALGUNA Y PARA PROPORCIONAR MANO DE OBRA EN CONDICIONES ACEPTABLES DE SALUD PARA SER EXPLOTADO. ES NATURAL QUE ESTE TIPO DE SERVICIO SÓLO ATIENDE AL 35% DE LA POBLACIÓN CON UN 40% DEL TOTAL DE MÉDICOS. DENTRO DE ESTE TIPO DE SERVICIOS SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DEL ISSSTE, IMSS, PEMEX, CFE, FNM, SHCP, SMI E ISSFAM.

C) SERVICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA

LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA SÓLO CUENTAN CON EL 10% DE LOS MÉDICOS DEL PAÍS, PARA ATENDER A LA MITAD DE LA POBLACIÓN, ATENDIENDO EN REALIDAD A UN 15% DE LA POBLACIÓN, - - QUEDANDO AL MARGEN DE LOS SERVICIOS DE SALUD 25 MILLONES DE PERSONAS (HUICHAN, 1985). LOS RECURSOS ECONÓMICOS CON LOS QUE CUENTA ESTA INSTITUCIÓN ES MÍNIMA, DADO QUE A ESTE TIPO DE SERVICIOS ACUDEN QUIENES NO TIENEN DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL NI RECURSOS NECESARIOS PARA PAGAR SERVICIOS PRIVADOS: - PEONES, SUBEMPLEADOS, TRABAJADORES EVENTUALES, DESEMPLEADOS Y MARGINADOS DE LA CIUDAD. PRESTANDO ESTE TIPO DE SERVICIOS SE

ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DEL D.D.F., DIF, INI, SSA E IMSS -COPLAMAR.

CABE ACLARAR QUE LOS DIFERENTES TIPOS DE SERVICIOS QUE SE PRESTAN EN EL SECTOR SALUD EN MÉXICO ESTÁN ORGANIZADOS CON FINES DE TRABAJO, YA QUE, CUENTAN CON ACUERDOS INTERINSTITUCIONALES QUE LES PERMITEN ACTUAR EN FORMA CONJUNTA PARA ATENDER LAS DIVERSAS DEMANDAS DE LA POBLACIÓN.

OBSERVAMOS EN LA ACTUALIDAD QUE MÉXICO SE RIGE POR UN SISTEMA DE SALUD CLASISTA, DONDE LA ATENCIÓN A LA SALUD CREA, REPRODUCE, Y MANTIENE LA FUERZA DE TRABAJO EN "PERFECTAS" CONDICIONES, EVITANDO MUERTES Y ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE REPRESENTAN PÉRDIDAS PARA EL CAPITAL (INCAPACIDADES Y PENCIONES), TAMBIÉN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD CONTRIBUYEN PARCIALMENTE A LA PERMANENCIA DEL MODO DE PRODUCCIÓN CAPITALISTA, YA QUE ÉSTOS HACEN PÚBLICOS QUE LA ENFERMEDAD ES UN PROBLEMA BIOLÓGICO INDIVIDUAL (EL ALCOHOLISMO ES UNA ENFERMEDAD) LA CUAL HAY QUE COMBATIR CON CIENCIA Y TECNOLOGÍA, LIMITANDO Y QUITANDO AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD SU CARACTER SOCIO-HISTÓRICO - ELIMINANDO TODAS LAS REDES DE RELACIONES SOCIALES PRODUCTIVAS E IDEOLÓGICAS QUE AFECTAN LA SALUD, UBICÁNDOLA EN UN MODELO - BIOLOGISISTA CAUSA-EFECTO (RODRÍGUEZ, 1985). POR ÚLTIMO, ESTÁ CENTRADO EN UN MODELO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEJANDO AL MARGEN TODAS AQUELLAS POLÍTICAS ENCAUZADAS A LA PREVENCIÓN Y ENFOCADAS A UNA COLECTIVIDAD.

PARA SUBSANAR ESTE TIPO DE PROBLEMAS, EN 1982, EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA MEXICANA PRESENTÓ EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, ENFATIZANDO LAS ACCIONES A TOMAR EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE AFECTAN EL DESARROLLO DE MÉXICO: LO POLÍTICO, EDUCACIÓN, AGROPECUARIO, EL INDUSTRIAL Y EL SECTOR SALUD (SOCIEDAD MEXICANA Y CANADIENSE, 1986). ES DE NUESTRO INTERÉS EN FOCARNOS A LAS PUNTUACIONES HECHAS EN EL APARTADO DE SALUD; EN ÉSTE, SE HACE PATENTE LA NECESIDAD DE PROPICIAR LAS CONDICIONES PARA PRESTAR SERVICIO A TODA LA POBLACIÓN CON LA CALIDAD DESEADA, POR LO CUAL, SE PLANTEAN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS Y ESTRATÉGIAS:

OBJETIVOS.

- 1.- TENDER HACIA UNA COBERTURA NACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD, GARANTIZANDO UN MÍNIMO RAZONABLE DE CALIDAD PARA TODOS LOS HABITANTES DEL PAÍS.
- 2.- MEJORAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN, PARTICULARMENTE DE LOS SECTORES RURALES Y URBANOS REZAGADOS Y CON ESPECIAL PREOCUPACIÓN POR LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES.
- 3.- CONTRIBUIR, CON RESPETO ÍNTEGRO A LA VOLUNTAD DE LA PAREJA, A UN CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO CONCORDANTE CON EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL PAÍS.
- 4.- PROMOVER LA PROTECCIÓN SOCIAL QUE PERMITA FOMENTAR EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS, ESPECIALMENTE A LOS MENORES, ANCIANOS Y MINUSVÁLIDOS.

ESTRATEGIAS.

- A) IMPULSO A LAS ACCIONES PREVENTIVAS PARA CONTRARESTAR LA -
INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y PARALELA--
MENTE FORTALECER LAS ACCIONES QUE TIENDAN A LIMITAR LAS -
NO TRANSMISIBLES.
- B) REORGANIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN DE LOS SERVICIOS A TRAVÉS
DE LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD QUE ARTI-
CULE PROGRAMÁTICAMENTE SUS ACTIVIDADES BAJO UN ESQUEMA DE
RESPECTO A LA AUTONOMÍA DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR, CON -
UNA ESTRUCTURA DE ATENCIÓN A TRES NIVELES.

ESTA ORGANIZACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN, SE REFIERE A -
LA DIVISIÓN FUNCIONAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS GRUPOS
HUMANOS, TENIENDO EN CUENTA BÁSICAMENTE: LA FRECUENCIA Y GRA-
VEDAD DE LOS PADECIMIENTOS, ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS, TI-
PO DE SERVICIOS Y ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS AL PÚBLICO.

PRIMER NIVEL DE ATENCION:

ESTE NIVEL REPRESENTA LA PARTE MÁS ÁMPLIA DE LA PIRÁMIDE,
OTORGANDO LOS SIGUIENTES SERVICIOS: 1) CONOCIMIENTO Y PROMO--
CIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVO, 2) ORGA
NIZACIÓN DE LA COMUNIDAD PARA SU PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS Y
SERVICIOS, 3) VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, 4) ORIENTACIÓN NUTRI
CIONAL Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, 5) CONTROL DE ENFERMEDA
DES TRANSMISIBLES, 6) CONTROL DEL NIÑO SANO, 7) CONTROL DE LA
MUJER EN EDAD FÉRIL Y EN UNIÓN, Y 8) PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
EN LO REFERENTE A DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ESTE NIVEL PRESTA

LOS SIGUIENTES SERVICIOS: 1) ATENCIÓN A PARTOS EUTÓCICOS, 2) CONSULTA MÉDICA DE LOS PADECIMIENTOS COMÚNES, 3) DETECCIÓN - OPORTUNA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS, 4) SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, 5) CURACIONES E INYECCIONES, 6) TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS Y PALUDISMO, 7) CIRUR-- GÍA MENOR, 8) REFERENCIA DE PACIENTES, 9) ATENCIÓN ODONTOLÓGI CA. Y CON RESPECTO A REHABILITACIÓN: 1) DETECCIÓN DE INCAPACI DADES Y 2) REFERENCIA A OTROS NIVELES. ESTE NIVEL SE DIVIDE - EN TRES SUBNIVELES (SOBERÓN, 1983):

- A) **OPERACION AUTOATENCIÓN.**-FORMADO POR LAS ACCIONES DE SALUD QUE SE DAN EN LA PROPIA COMUNIDAD, ES DECIR, LAS MEDIDAS QUE LA COMUNIDAD PONE EN PRÁCTICA PARA EL CUIDADO DE LA - SALUD. LOS RECURSOS HUMANOS CON LOS QUE CUENTAN REGULAR-- MENTE SON LOS PROPIOS INTEGRANTES DE LA COMUNIDAD, EL IN-- DIVIDUO, EL NÚCLEO FAMILIAR Y LOS GRUPOS SOCIALES. LOS RE-- CURSOS FÍSICOS SON EL HOGAR, SITIOS DE TRABAJO O RECREA-- CIÓN. EN ESTE SUBNIVEL, SE INCLUYE EL AUTOCUIDADO DE LA - SALUD, CONSEJOS DE SALUD FAMILIARES Y COMUNITARIOS, PRÁC-- TICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LOS ELEMENTOS EDUCATI-- VOS FORMALES E INFORMALES.
- B) **OPERACION: TECNICO AUXILIAR.**- EN ESTE SUBNIVEL PARTICIPA PERSONAL TÉCNICO, PROMOTORES DE LA SALUD Y PERSONAL AUXI-- LIAR ADIESTRADO ESPECIALMENTE, ALGUNAS VECES PROVENIENTE DE LA PROPIA COMUNIDAD. LAS INSTALACIONES QUE SE REQUIE-- REN PARA PRESTAR SERVICIO A LA SALUD SON SITIOS CONVENCIO-- NALES DE ATENCIÓN MÉDICA, CONSULTORIOS Y CASAS DE SALUD -

TANTO EN EL ÁREA RURAL COMO EN ZONAS MARGINADAS, LAS ACCIONES QUE SE LLEVAN A CABO SON PREVENCIÓN, EDUCACIÓN PARA LA SALUD, ATENCIÓN MÉDICA SIMPLIFICADA, SANEAMIENTO BÁSICO Y MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE.

- c) **OPERACION PROFESIONAL.**—Aquí INTERVIENEN LOS PROFESIONALES HABITUALES DE LA SALUD, MÉDICO, PASANTE Y ENFERMERA Y PARA PRESTAR SERVICIOS SE REQUIEREN CLÍNICAS Y CENTROS DE SALUD, LOS PROBLEMAS QUE SE ATIENDEN VAN ENCAMINADOS A RESOLVER - DEMANDAS COMUNES QUE NO REQUIEREN EL USO DE TECNOLOGÍA COMPLETA Y COMPLEJA, SEA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO O - REHABILITACIÓN.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION:

EN ESTE NIVEL SE ATIENDE PROBLEMAS MÉDICOS DE COMPLEJIDAD MEDIA, QUE REQUIERAN HOSPITALIZACIÓN O CONSULTA ESPECIALIZADA, LLEGANDO EL 10% Ó 15% DE LOS CASOS QUE NO SE PUEDEN RESOLVER - EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN; PRESTANDO SERVICIOS A POBLACIONES REFERIDAS EN UNA ZONA DE INFLUENCIA AMPLIA IMPARTIÉNDOSE - EN HOSPITALES REGIONALES Y DISTRITALES, CON RECURSOS ESPECIALIZADOS DE PERSONAL, EQUIPO E INSTALACIONES. EN ESTE NIVEL SE - REALIZAN LAS SIGUIENTES FUNCIONES EN PREVENCIÓN: 1) VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTRAHOSPITALARIA Y FUERA DE LA UNIDAD, 2) PREVENCIÓN DE ACCIDENTES E INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS. DE - - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: 1) ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS CON PROBLEMAS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS, PEDIÁTRICOS, GINECOOBSTÉTRICOS, TRAUMATOLÓGICOS, ESTOMATOLÓGICOS, OTORRINOLARINGOLÓGICOS, DERMATOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS, 2) ATENCIÓN A PACIENTES

HOSPITALIZADOS DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA, GINECOOBSTÉTRICA Y CIRUGÍA GENERAL.

TERCER NIVEL:

ESTE NIVEL INCLUYE LOS PROBLEMAS DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA CUYA ATENCIÓN ES NECESARIO EL USO DE EQUIPO Y PERSONAL ALTAMENTE ESPECIALIZADO, ATENDIENDO SOLAMENTE EL 3% DE LOS CASOS. EN ESTE NIVEL SE LLEVA A CABO LA INVESTIGACIÓN MÉDICA Y EL ENTRENAMIENTO AVANZADO EN EL POSTGRADO. SÓLO PRESTA SERVICIOS EN UNAS CUANTAS CIUDADES DONDE HA SIDO FACTIBLE ESTABLECER ESTOS SERVICIOS, CENTROS MÉDICOS U HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD QUE FUNCIONAN COMO UNIDADES DE CONCENTRACIÓN REALIZANDO LAS SIGUIENTES FUNCIONES: 1) ATENCIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS, EN LAS SUBESPECIALIDADES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS, 2) SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ALTAMENTE ESPECIALIZADO: RADIODIAGNÓSTICO, SONOGRAFÍA, MEDICINA NUCLEAR, Y 3) REHABILITACIÓN FÍSICA, PSÍQUICA, SOCIAL Y LABORAL.

1.3.- SALUD PUBLICA

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD RETOMA LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO ELABORANDO OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS PRIORITARIAS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD, PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD, DANDO PRIORIDAD A LAS ACCIONES PREVENTIVAS E INCORPORÁNDOSE A LA PRÁCTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ADEMÁS, DE DIRIGIRSE A COMUNIDADES O A COLECTIVIDADES ATENDIENDO PRINCIPALMENTE A LA POBLACIÓN DESPROTEGIDA O INCA-

PACITADA EN LA ESFERA FÍSICA, MENTAL O SOCIAL. PARA LOGRAR -- ÉSTO, ES NECESARIO UBICARNOS EN UNA DISCIPLINA QUE CONTENGA - UN NIVEL ESPECÍFICO DE ANÁLISIS O QUE SU ESCENCIA CONSISTA EN POBLACIONES, COMUNIDADES O GRUPOS DE GENTES. EN ESTE CASO NOS PUEDE AUXILIAR LA SALUD PÚBLICA QUE "ES LA CIENCIA Y EL ARTE DE IMPEDIR LAS ENFERMEDADES, PROLONGAR LA VIDA Y FOMENTAR LA SALUD Y LA EFICIENCIA MEDIANTE EL ESFUERZO ORGANIZADO DE LA - COMUNIDAD, PARA EL: A) SANEAMIENTO DEL MEDIO, B) CONTROL DE - LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, C) LA EDUCACIÓN DE LOS INDI-- VIDUOS EN HIGIENE PERSONAL, D) LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVI-- CIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y - TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS ENFERMEDADES, Y E) EL DESARROLLO DE UN MECANISMO SOCIAL QUE ASEGURE A CADA UNO UN NIVEL DE VI-- DA ADECUADO PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD" (VEGA Y MANZANE DO, P.8). ESTA DEFINICIÓN HABLA DE IMPEDIR ENFERMEDADES, PRO-- LONGAR LA VIDA, FOMENTAR LA SALUD Y PROMOVER LA EFICIENCIA FÍ SICA Y MENTAL DEL HOMBRE, LO QUE NOS REFIERE A LA FUNCIÓN PRE VENTIVA QUE TIENE CON RESPECTO A (FERRERA, P.198):

- 1.- LA PROTECCIÓN A LA SALUD, QUE SE REFIERE A TODAS LAS ACCIO NES QUE SE REALIZAN EN FAVOR DE SUPRIMIR LOS RIESGOS RE-- SULTANTES DE LA VIDA COMÚN Y DE LA AGRESIÓN DE LOS ELEMEN TOS MICROBIANOS: SANEAMIENTO AMBIENTAL, PROVICIÓN DE - - AGUAS Y ALIMENTOS, CONTROL DE EXCRETAS, CONTROL DE INSEC TOS, ROEDORES Y ANIMALES NOCIVOS, SANEAMIENTO DE LÍQUIDOS Y RESIDUOS INDUSTRIALES, CONTROL DE ALIMENTOS, CONTROL DE OTROS RIESGOS Y MOLESTIAS AMBIENTALES, Y CONTROL DE LAS -

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, AGUDAS Y CRÓNICAS.

- 2.- EL FOMENTO DE LA SALUD, COMPRENDE ACCIONES QUE SE REALIZAN PARA PROMOVER EL ÓPTIMO ESTADO VITAL, FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL DEL INDIVIDUO Y ACCIONES QUE ACRECIENTEN LOS NIVELES DE SALUD, COMO SON LA HIGIENE MATERNO-INFANTIL, HIGIENE DEL PREESCOLAR, HIGIENE Y MEDICINA DEL DEPORTE, HIGIENE Y MEDICINA DEL TRABAJO, HIGIENE MENTAL, HIGIENE DEL ADULTO E HIGIENE DEL GERONTE.
- 3.- LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD SE REFIERE A TODAS LAS ACCIONES QUE SE REALIZAN PARA RECUPERAR LA SALUD PERDIDA, ÉSTAS CORRESPONDEN A LA MEDICINA ASISTENCIAL: LA ATENCIÓN MÉDICA Y PARAMÉDICA DEL PACIENTE, LA ASISTENCIA DENTAL, LA ASISTENCIA DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE EDADES DE NIÑOS, JÓVENES, ADULTOS Y ANCIANOS, Y REHABILITACIÓN.
- 4.- LAS FUNCIONES GENERALES DE SERVICIO SON ACTIVIDADES QUE RESULTAN FUNDAMENTALES PARA EL EJERCICIO PERFECTO DE LAS ANTERIORES FUNCIONES. CONSTITUYEN LA INFRAESTRUCTURA IMPRECINDIBLE PARA EJERCER LA SALUD PÚBLICA, ÉSTAS SON LA ESTADÍSTICA DEMOGRÁFICA VITALES Y ADMINISTRATIVAS, EL LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO, LA EDUCACIÓN SANITARIA, LA ENFERMERÍA, EL SERVICIO SOCIAL, EL PERSONAL, LA LEGISLACIÓN.
- 5.- LAS FUNCIONES DE LA COMUNIDAD EN RELACIÓN CON LA SALUD; ÉSTA SE REFIERE A LAS ACCIONES QUE LA COMUNIDAD ORGANIZA PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL: LA EDUCACIÓN, LA POLÍTICA ECONÓMICA, LA PRODUCCIÓN Y BIENES DE SERVICIO, Y LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA.

PARA LOGRAR TODO ÉSTO, LOS INSTRUMENTOS DE QUE SE VALE LA SALUD PÚBLICA SEGÚN VEGA FRANCO (1987), SON: 1) LA EPIDEMIOLOGÍA QUE PERMITE EL ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS ENFERMEDADES, EL DIAGNÓSTICO DE SALUD EN COMUNIDADES, LA PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD O ESTABLECER UN EQUILIBRIO ENTRE LA DEMANDA DE SALUD Y LA OFERTA DE SERVICIOS — NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y LOS RECURSOS DISPONIBLES — E INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS QUE CONDICIONAN LA SALUD O LA ENFERMEDAD, 2) LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA INDICADA EN CADA SITUACIÓN, 3) LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES Y 4) EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS MARCADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD: A) PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA, B) PROGRAMA MATERNO INFANTIL, C) PROGRAMA DE SALUD MENTAL, D) PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES, E) PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, F) PROGRAMA DE SANEAMIENTO BÁSICO, G) PROGRAMA CONTRA LOS ACCIDENTES, H) PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, I) PROGRAMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA, J) PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, K) PROGRAMA DE APOYO, L) PROGRAMA DE INFORMACIÓN (SECRETARÍA DE SALUD, 1988).

LOS ANTERIORES PROGRAMAS SE EJECUTAN SIMULTÁNEAMENTE Y SON TENDIENTES A PREVENIR LAS ENFERMEDADES, PRESERVAR Y RESTAURAR LA SALUD. CADA UNO DE LOS PROGRAMAS DEBE ESTAR EN CONSONANCIA CON LAS METAS FIJADAS POR LOS OTROS, ASÍ, TODOS LOS PROGRAMAS DEBEN INCLUIR FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SERVICIO,-

INVESTIGACIÓN Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL PARA TENER UNA MAYOR POSIBILIDAD DE ÉXITO EN SU DESARROLLO.

COMO OBSERVAMOS, LA SALUD PÚBLICA AUN COMO RAMA DE LA MEDICINA, ABARCA UN RAMO DIFERENCIAL MUCHO MAYOR, QUE ES EL QUE LE CORRESPONDE A LAS CIENCIAS SOCIALES, PORQUE SE INCLUYE LA RELACIÓN CON LA NATURALEZA, CON OTROS SERES Y CON SUS CONCEPCIONES TEÓRICAS, AFECTIVAS, RELIGIOSAS Y TAMBIÉN POLÍTICAS.

LA SALUD PÚBLICA SE APOYA EN TEORÍAS COMO LA SOCIOLOGÍA, ANTROPOLOGÍA Y PSICOLOGÍA; PERO SÓLO TOMA LO QUE LE AYUDA A EXPLICAR EL FENÓMENO A ESTUDIAR EN ESE MOMENTO DE ACUERDO A SU MUY PARTICULAR PUNTO DE VISTA; POR EJEMPLO, DE LA SOCIOLOGÍA TOMA LA TEORÍA DE PEARSON DE SISTEMAS QUE DEFINE LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL, DÉTECTA LA PROBLEMATICA ACERCA DE LA POBLACIÓN, Y OBTIENE CONSTANTEMENTE EL CONCENSO PARA AJUSTAR LA NORMA SOCIAL. DE LA PSICOLOGÍA TOMA LOS ESTUDIOS MOTIVACIONALES (LA BÚSQUEDA DE LA RAZÓN DE LAS FUERZAS QUE MOTIVAN A LOS SERES HUMANOS A COMPORTARSE Y ACTUAR DE DETERMINADA MANERA Y LOS ESTUDIOS DE PERSONALIDAD.

1.3.1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD

EL ACCIONAR DE LA SALUD PÚBLICA POR SUS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES: OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, FUNCIONES, HERRAMIENTAS Y PROGRAMAS QUEDAN ENMARCADOS DENTRO DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN A LA SALUD PERO CON UNA MAYOR PROFUNDIDAD EN EL PRI-

MERO A TRAVÉS DE UNA NUEVA CONCEPCIÓN QUE INTEGRA LA ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL, CON TODAS AQUELLAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA DIRIGIDAS AL INDIVIDUO Y A SU ENTORNO INMEDIATO LA EDUCACIÓN - PARA LA SALUD, LA PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, - LAS CONDICIONES SANITARIAS DE LA VIVIENDA, EL TRABAJO, LA VACUNACIÓN, ETC. ESTA NUEVA CONCEPCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD MÁS QUE CONCEPCIÓN ES UNA POLÍTICA QUE LA OMS PROPONE PARA ALCANZAR LA ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 BASADA PRINCIPALMENTE EN 1) LA SALUD ES PARTE INTEGRANTE DEL DESARROLLO, 2) LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL Y UNA META SOCIAL MUNDIAL, 3) LAS GRANDES DESIGUALDADES EXISTENTES EN EL ESTADO DE LA SALUD Y LA DISTRIBUCIÓN INJUSTA DE LOS RECURSOS SANITARIOS, TANTO, EN LOS PAÍSES COMO DENTRO DE ÉSTOS, DEBERÁ REDUCIRSE DE UNA MANERA DRÁSTICA, 4) LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD, INDIVIDUAL Y COLECTIVA, EN LA APLICACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ES UN FACTOR CLAVE, ES DECIR, ES LA PIEDRA ANGULAR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, 5) EL COMPROMISO POLÍTICO DE LA NACIÓN EN SU CONJUNTO, ES INDISPENSABLE PARA ALCANZAR LA SALUD PARA TODOS, 6) LOS PAÍSES DEBEN LLEGAR A SER INDEPENDIENTES, AUNQUE NO NECESARIAMENTE AUTOSUFICIENTES, EN CUESTIONES DE SALUD, 7) LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SECTORES ES NECESARIA PARA APOYAR EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL, 8) DEBE HACERSE UN MEJOR USO DE LOS RECURSOS DEL MUNDO PARA PROMOVER LA SALUD Y EL DESARROLLO MEDIANTE LA COOPERACIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA (SECRETARÍA DE SALUD, 1988). COMO PODEMOS OBSERVAR ESTA ESTRATEGIA SE BASAN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD; ESBOZAN

DO MEDIDAS DE EJECUCIÓN QUE SON APLICABLES A INDIVIDUOS, FAMILIAS EN SUS HOGARES, A COMUNIDADES, A LOS SERVICIOS DE SALUD - EN EL NIVEL PRIMARIO Y DE APOYO A OTROS SECTORES. ADEMÁS DE ESTAS ESTRATEGÍAS SON UNA GUÍA GENERAL PORQUE CADA PAÍS DEBE ELEGIR MEDIDAS QUE SEAN ADECUADAS A SUS PROPIAS CIRCUNSTANCIAS Y QUE SEAN CIENTÍFICAMENTE SATISFACTORIAS, ADAPTABLES, ACEPTABLES Y DE COSTO RAZONABLE (OMS, 1978).

LA ESTRATEGIA ESENCIAL DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA LA POBLACIÓN ABIERTA ES LA ATENCIÓN PRIMARIA PORQUE ES A TRAVÉS DE ELLA QUE SE PRETENDE DAR UNA MAYOR COBERTURA A LA POBLACIÓN CON UN COSTO MÍNIMO EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LA INTERPRETACIÓN DE LA CONFERENCIA DE ALMA-ÁTA "LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD ES FUNDAMENTALMENTE ASISTENCIA SANITARIA PUESTA AL ALCANCE DE TODOS LOS INDIVIDUOS Y FAMILIAR DE LA COMUNIDAD, POR MEDIOS QUE SEAN ACEPTABLES, CON PLENA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD Y A UN COSTO QUE ÉSTA Y EL PAÍS PUEDAN SOPORTAR. LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD CONSTITUYE EL NÚCLEO DEL SISTEMA NACIONAL Y FORMA PARTE DE LA ESTRATEGÍA DEL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA COMUNIDAD" (OMS, 1978, P.3). OTRA META DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD ES EL INCREMENTO DE LOS NIVELES DE BIENESTAR Y DISMINUCIÓN DE DESIGUALDADES A TRAVÉS DEL ACCESO DE LOS GRUPOS HUMANOS POSTERGADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD; DANDO PRIORIDAD A LAS POBLACIONES RURALES Y URBANAS MARGINADAS ATACANDO EL COMPORTAMIENTO Y LOS ESTILOS DE VIDA QUE SON UNA CONSECUENCIA DEL AMBIENTE CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO Y FÍSICO, ASÍ COMO DE LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS. PARA LOGRAR - -

ÉSTO SE UTILIZARÁ LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE TIENEN EL PRO-
PÓSITO DE DISMINUIR LA EXPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN A RIESGOS -
DETERMINADOS POR FACTORES AMBIENTALES Y SOCIOECONÓMICOS - -
MEDIANTE ACTIVIDADES DE SALUD ESPECÍFICA. ESTO SE COMPLEMENTA
RÁ CON EDUCACIÓN SANITARIA DEBIDAMENTE COMBINADAS CON LAS DE
REPARACIÓN Y REHABILITACIÓN (OMS Y OPS, 1981).

CON ESTE MARCO DE REFERENCIA LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA -
SALUD HA VENIDO IMPLANTÁNDOSE EN MÉXICO DE MANERA GRADUAL Y -
PAULATINA A PARTIR DE 1985 EN TODO EL PAÍS, ESPECÍFICAMENTE -
EN LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS A TRAVÉS DE COPLAMADE DE CADA
ENTIDAD FEDERATIVA, SIENDO EL COORDINADOR EL GOBERNADOR RES--
PECTIVO. EN LA ACTUALIDAD ES MUY DIFÍCIL EVALUAR LA EFICACIA
Y EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, YA QUE, HA -
TRANSCURRIDO POCO TIEMPO PARA QUE SE DEMUESTRE, PERO, VIENDO
LOS RESULTADOS A GROSSO MODO EN NUESTRO PAÍS EL RESULTADO HA -
SIDO POCO POSITIVO, ÉSTO TAL VEZ SE DEBA A LO QUE LA S.S.A. -
(1988) ENMARCA COMO FALTA DE RESPONSABILIDAD HACIA LOS SERVI-
CIOS QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD PROPORCIONA, Y HA--
CIA LA POBLACIÓN A LA QUE ESTÁ DESTINADA; TAMBIÉN A LA FALTA
DE CONSCIENCIA DE LOS DIRECTIVOS DE LA SALUD COLOCADOS PARA -
ATENDER LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD, Y LA SITUACIÓN POLÍ-
TICA, SOCIAL Y ECONÓMICA POR LA QUE ATRAVIESA EL PAÍS EN - -
ESTOS MOMENTOS, AL IGUAL QUE LA CARENCIA DE PERSONAL CAPACITA-
DO Y LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA ESTE TIPO
DE ESTRATEGIAS.

EN EL DISTRITO FEDERAL LOS SERVICIOS DE SALUD TUVIERON -
PÉRDIDAS MATERIALES Y HUMANAS EN LOS SISMOS DE 1985. ANTE - -
ESTA SITUACIÓN SE BUSCARON ALTERNATIVAS CONGRUENTES CON LA RE
FORMA SANITARIA QUE EL PAÍS VENÍA DESARROLLANDO, UNA DE ELLAS
FUE LA DE RECONSTRUIR Y RENOVAR ASPECTOS DEL SISTEMA DE SALUD,
YA QUE, UN ESTUDIO REVELÓ QUE EXISTÍA INCONGRUENCIA ENTRE EL
SECTOR HOSPITALARIO Y LOS CENTROS DE SALUD YA EXISTENTES, -
MIENTRAS LOS CENTROS DE URGENCIA DE LOS HOSPITALES SE ENCON--
TRABAN SATURADOS, NO SE UTILIZABAN LOS CENTROS DE SALUD DEL -
PRIMER NIVEL; PORQUE LA POBLACIÓN EN LUGAR DE BUSCAR SERVI---
CIOS DE PRIMER NIVEL, ACUDEN DIRECTAMENTE A LOS HOSPITALES Y
CASÍ SIEMPRE CUANDO SE ENCUENTRAN EN UNA ETAPA DE ENFERMEDAD }
AVANZADA.

ANTE ESTA SITUACIÓN SURGE UNA PROPUESTA DE SOLUCIÓN, EL
MODELO DENOMINADO CENTROS AVANZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA
SALUD (CAAPS), QUE SE DEFINEN COMO "SISTEMAS ALTERNATIVOS DE
ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, UBICADOS COMO UN PUN-
TO INTERMEDIO ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN" -
(S.S.A., p.94). SU OBJETIVO ES EL MISMO QUE EL DE ATENCIÓN --
PRIMARIA A LA SALUD, VARIANDO SOLAMENTE EN EL ENFASIS QUE SE
LE DA A LA PREVENCIÓN, A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS PRO--
BLEMAS DE SALUD Y AL USO DE ESTRATEGIAS MÁS EFECTIVAS. EN -
DONDE VARÍA, ES EN EL TIPO DE PROBLEMAS QUE ABORDA, PORQUE -
ATIENDE ALGUNOS ASPECTOS PERTENECIENTES AL SEGUNDO NIVEL DE -
ATENCIÓN QUE POR SU BAJA COMPLEJIDAD, PUEDEN SER RESUELTOS EN
EL PRIMERO (MANEJO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ATENCIÓN DE

PARTOS DE BAJO RIESGO, MANEJO DE URGENCIAS DEL PRIMER CONTACTO Y EL ABORDAJE DE LA DINÁMICA FAMILIAR), TAMBIÉN SE APLICAN ACCIONES DE SALUD PÚBLICA DE NIVEL INTERMEDIO, AQUELLAS QUE ESTÁN RELACIONADAS CON EL MEDIO AMBIENTE DOMICILIARIO Y FAMILIAR QUE SE BASAN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON EL FIN DE LOGRAR QUE LOS INDIVIDUOS DE LA COMUNIDAD PARTICIPEN ACTIVAMENTE EN SU AUTOCUIDADO.

EN EL DISTRITO FEDERAL SE PROPUSO ESTA ALTERNATIVA COMO ESTUDIO PILOTO EN EL HOSPITAL JUÁREZ, PERO LA INICIATIVA FUE TOMADA CON RECHAZA POR PARTE DEL PERSONAL DE ESTA INSTITUCIÓN, DEBIDO TAL VEZ A AL FORMACIÓN PROFESIONAL QUE ELLOS TIENEN, PUES LA ADOPCIÓN DE UN MODELO NUEVO IMPLICA UN CAMBIO EN SUS PERSPECTIVAS. FINALMENTE EL HOSPITAL SE INAUGURÓ COMO UN CENTRO ESPECIALIZADO EN CIRUGÍA ÁMBULATORIA, EN VIRTUD DE QUE ESTA SERÍA LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE SE LLEVARÍA A CABO EN ÉL, EXCLUYENDOSE TODOS LOS OTROS COMPONENTES PLANTEADOS EN EL MODELO ORIGINAL. A PESAR DE ESTOS PROBLEMAS PARA IMPLANTAR ESTE MODELO, EN 1987, TIJUANA, BAJA CALIFORNIA, FUE CAAPS - AÑADIÉNDOSE EL ÁREA DE CIRUGÍA SIMPLIFICADA Y LA ATENCIÓN MÉDICA PERMANENTE. EN LA ACTUALIDAD FUNCIONA CON TRES TUTORES ESPECIALISTAS UN CIRUJANO GENERAL, UN ANESTESIOLOGO Y UN GINECO-OBSTETRA; TRES TUTORES DE MEDICINA GENERAL Y UN TUTOR EN PSICOLOGÍA.

EN AGOSTO DE 1987, SE INAUGURA EL CAAPS EN EL CENTRO DE SALUD GERARDO VARELA, TAL COMO SE CONCIBIÓ ORIGINALMENTE.

COMO HEMOS VISTO, ESTE PROYECTO APENAS ESTÁ EN SUS INI--
CIOS, SI TIENE ÉXITO SE AGREGARÁ UNA UNIDAD AL MODELO DE ATEN--
CIÓN A LA SALUD (S.S.Á.,), MIENTRAS TANTO, SE DEBE SE---
GUIR CON EL MODELO ACTUAL DANDO ÉNFASIS A LA ATENCIÓN PRIMA--
RIA A LA SALUD, TRATANDO DE QUITAR LOS PREJUICIOS QUE ENTORNO
A ELLA EXISTEN, YA QUE, TEÓRICAMENTE, ES UNA ESTRATEGIA QUE -
PUEDE AMPLIAR LA COBERTURA DE LA POBLACIÓN PROGRESIVA Y SOSTE--
NIDAMENTE, ATENDER LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS DE LA COMUNIDAD,
OBVIAMENTE ÉSTO SERÍA RESCATANDO LO QUE DE ELLA SE PUEDA APLI--
CAR EN NUESTRO PAÍS. LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA
SALUD DA OPORTUNIDAD A OTROS PROFESIONALES ENMARCADOS DENTRO
DEL CAMPO DE LA SALUD QUE HASTA LA FECHA NO SE LES HA DADO LA
IMPORTANCIA QUE TIENEN DENTRO DE ESTE CAMPO A SURGIR COMO IM--
PULSORES Y TRABAJADORES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

II CAMPO DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

II.1.- HISTORIA DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

UNA VEZ REVISADO EL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD, LOS DIFERENTES TIPOS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE SE PRESTAN EN NUESTRO PAÍS, CÓMO ESTÁ ESTRUCTURADO EL SECTOR SALUD, LA SALUD PÚBLICA Y A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, SE HACE NECESARIO REVISAR TAMBIÉN LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, CÓMO EL PSICÓLOGO LOGRA INSERTARSE DENTRO DEL CAMPO DE LA SALUD Y LOS DIFERENTES PAPELES QUE EL PSICÓLOGO COMUNITARIO HA ASUMIDO DENTRO DE SU PRÁCTICA PROFESIONAL. ESTO CON EL FIN DE ANALIZAR REALMENTE QUÉ IMPLICACIONES, ALCANCES Y LIMITACIONES PUEDE TENER EL PSICÓLOGO DENTRO DEL SECTOR SALUD SI SE UBICA DENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ATENDIENDO A COMUNIDADES.

LOS ORÍGENES DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA PUEDEN UBICARSE EN CONSECUENCIA DE LAS FUERZAS SOCIALES QUE OPERABAN EN LA SOCIEDAD NORTEAMERICANA (MOVIMIENTOS ESTUDIANTILES Y RACIALES A FINES DE LOS 60'S). ADEMÁS, COMO UNA CONSECUENCIA DE LA INSATISFACCIÓN DE LOS PARADIGMAS EXISTENTES PARA LA APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA A NUEVAS ÁREAS DE PROBLEMAS, CONTRIBUYE AL NACIMIENTO EL MOVIMIENTO DE SALUD MENTAL QUE TIENE LUGAR A FINES DE LOS 50'S, YA QUE, SE CREÓ LA COMISIÓN MIXTA DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL EN 1955 PARA ABORDAR EL PROBLEMA CON PROGRAMAS GLOBALES



UN.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

39

ENFOCADOS A TODA LA POBLACIÓN (ZAX Y SPENCER, 1979). ESTA COMI---
SIÓN REALIZÓ UNA INVESTIGACIÓN, CONCLUYENDO: 1) QUE LA ENFERME-
DAD MENTAL RESULTABA DEMASIADO COSTOSA PARA LA NACIÓN, 2) QUE -
LOS RECURSOS DESTINADOS PARA EL TRATAMIENTO ERAN INSUFICIENTES,
Y 3) QUE LAS PERSONAS POBRES SUFRÍAN CON MAYOR FRECUENCIA EL --
DESAJUSTE PSICOLÓGICO SEVERO, ASOCIANDO LA FRECUENCIA Y PROFUN-
DIDAD DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS CON CONDICIONES DE POBREZA,
AISLAMIENTO Y CARENCIAS MATERIALES. ESTA MISMA COMISIÓN PROPONE
ESTABLECER CENTROS DE SALUD MENTAL PARA CADA 50,000 PERSONAS DE LA
POBLACIÓN PARA TRATAR LAS PERTURBACIONES TRADICIONALES DE LA SA
LUD MENTAL, EL CUIDADO DE LOS PACIENTES QUE NO REQUIEREN HOSPI-
TALIZACIÓN Y PARA SERVIR DE BASE PARA LA CONSULTA CON DIVERSOS
AGENTES DE LA COMUNIDAD CAPACES DE PROPORCIONAR SERVICIOS DE -
SALUD MENTAL.

IZT. 1001192

EN 1961, EL PRESIDENTE KENNEDY ESTABLECE UNA POLÍTICA DE -
REFORMAS SOCIALES DE CORTE LIBERAL IMPULSADO POR LA ACTIVIDAD -
DE LA COALICIÓN LIBERAL PRO-DERECHOS CIVILES Y POR EL POTENTE -
MOVIMIENTO NACIONALISTA DE LOS NEGROS. ASÍ, KENNEDY APOYA LA -
CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES CULMINANDO EN LA
LEGISLACIÓN PROMULGADA EN 1964 Y QUE DIO LUGAR A LOS CENTRO DE
SALUD COMUNITARIA (BARRENTOS E ISLAS, 1987); ESTOS CENTROS --
TENÍAN FUNCIONES DE TIPO ASISTENCIAL, PERO INCLUÍAN ACTIVIDADES
DE CONSULTA Y EDUCACIÓN A TRAVÉS DE LAS CUALES EL PSICÓLOGO CLÍ
NICO PODÍA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA DE LAS COMUNIDADES DE TRABA-
JO.

CON LA APERTURA DE LOS CENTROS COMUNITARIOS, EL PSICÓLOGO CLÍNICO SE ENCUENTRA ANTE UN NUEVO CAMPO DE TRABAJO, LO CUAL LO LLEVA A REPLANTEARSE SU ACCIONAR CONVOCANDO UNA CONFERENCIA EN BOSTON EN 1965, SIENDO SUS PARTICIPANTES PSICÓLOGOS DIRECTA E INDIRECTAMENTE INVOLUCRADOS EN LA SALUD MENTAL COMUNITARIA; EN ESTA CONFERENCIA ANALIZARON SUS LIMITACIONES LLEVÁNDOLOS A PENSAR EN SU NUEVA CONCEPCIÓN DE SÍ MISMOS Y DE LA EMPRESA COMUNITARIA, CONSIDERANDO: 1) LA INSTRUCCIÓN DEL PSICÓLOGO PARA EL TRABAJO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD, 2) EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA COMUNIDAD COMO AGENTE DE CAMBIO, ANALISTA DE LOS SISTEMAS SOCIALES, CONSULTORES SOBRE ASUNTOS DE LA COMUNIDAD Y COMO PARTICIPANTE CONCEPTUALIZADOR, 3) LAS CONDICIONES DEL AMBIENTE SOCIAL QUE AFECTAN EL EQUILIBRIO PSICOLÓGICO DEL INDIVIDUO (ZAX Y SPENCER, 1979). CONCLUYENDO QUE LAS NUEVAS TAREAS DEL PSICÓLOGO SERÍAN LAS DE TRATAR DE AFECTAR LAS CONDICIONES SOCIALES RESPONSABLES DEL COMPORTAMIENTO HUMANO, ES DECIR, INCIDIR EN LA DINÁMICA DE LA COMUNIDAD DE TAL MANERA DE OBTENER CAMBIOS POSITIVOS EN EL COMPORTAMIENTO DE SUS HABITANTES, ÉSTO SE LOGRARÍA A TRAVÉS DE LA DEFINICIÓN DE SUS NUEVOS ROLES COMO PSICÓLOGOS COMUNITARIOS, Y DE LA DELINEACIÓN DE ÁREAS DE INVESTIGACIÓN PARA LA COMPRENSIÓN Y ELABORACIÓN DEL CAMPO RECIENTE CREADO. RECOMENDANDO QUE EL MODELO EDUCATIVO PARA ENTRENAR A LOS PSICÓLOGOS COMUNITARIOS FUERA DIFERENTE AL MODELO MÉDICO, TAMBIÉN IDENTIFICARON SEIS ÁREAS DE ESTUDIO PARA EL PSICÓLOGO COMUNITARIO (TYLER, 1984):

1.- LAS PERSONAS EN SUS COMUNIDADES CON ATENCIÓN ESPECIAL AL -

IMPACTO DEL AMBIENTE FÍSICO Y SOCIAL SOBRE LOS INDIVIDUOS, ADEMÁS DEL IMPACTO COMO MIEMBROS DE ORGANIZACIONES SOCIALES.

- 2.- LAS REACCIONES DE LA GENTE AL CAMBIO PLANEADO, TAL COMO SE EVALUABAN ESTUDIANDO DIFERENTES ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL.
- 3.- LA INVESTIGACIÓN BÁSICA SOBRE LAS RELACIONES ENTRE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD CON EL FIN DE APRENDER LA MANERA COMO LAS PERSONAS MANEJAN EL STRESS.
- 4.- EL EXAMEN DE LOS EFECTOS DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL SOBRE LOS INDIVIDUOS, POBLACIONES DE ALTO RIESGO, Y LA UTILIDAD DE ORGANIZACIONES SOCIALES ALTERNATIVAS PARA REDUCIR EL STRESS.
- 5.- EL POTENCIAL PARA FACILITAR EL CAMBIO SOCIO-ORGANIZACIONAL MODIFICANDO LOS FACTORES MOTIVACIONALES Y DE PERSONALIDAD EN LOS INDIVIDUOS.
- 6.- LA INVESTIGACIÓN INVOLUTIVA SOBRE OTROS PROCESOS DE CAMBIO SOCIAL Y DE CONSULTA.

EN 1968, ES ASESINADO EL LIDER NEGRO MARTÍN LUTHER KING Y EL CANDIDATO DEMOCRÁTICO ROBERT F. KENNEDY EN LOS ESTADOS UNIDOS. AL ASUMIR EL PODER NIXON CAMBIÓ LA TÁCTICA REFORMISTA CONCILIADORA DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL POR UNA ESTRATEGIA BASADA EN PROGRAMAS DE AUTOSUFICIENCIA COMUNITARIA, LA CUAL BUSCÓ QUE LOS GRUPOS LOCALES DEJARAN DE DEPENDER DE LOS RECURSOS FEDERALES PARA CUBRIR SUS NECESIDADES, LA ESTRATEGIA SERÍA

QUE LA PROPIA LOCALIDAD URBANA O RURAL, EMPLEARA TODOS LOS RE--
CURSOS DISPONIBLES POR ELLA MISMA, PARA FOMENTAR SU BIENESTAR.-
BAJO ESTA DEMANDA EN EL TRABAJO COMUNITARIO SE IDENTIFICARON EN
ESE MISMO AÑO TRES DIFERENTES ROLES PARA EL PSICÓLOGO COMUNITA-
RIO: 1) RELACIONADO CON LA BÚSQUEDA DE CAMBIOS SOCIALES Y POLÍ-
TICOS, 2) INVOLUCRADO CON PROGRAMAS FEDERALES, PERO SIN SUBSCRI-
BIR UN COMPROMISO POLÍTICO, Y 3) LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS BUSCA-
BAN UNA ALTERNATIVA A LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, PERO SIN PER-
DER DE VISTA EL ROL BÁSICO DE SERVICIO (BARRENTO E ISLAS, 1980).

EN ESTOS TRES ROLES, ES IMPORTANTE NOTAR QUE EL PSICÓLOGO
COMUNITARIO NO ASUMIÓ NINGÚN COMPROMISO PARA LA COMUNIDAD, POR-
QUE SÓLO SE COMPROMETIÓ CON LOS INTERESES DE UNA CLASE (DOMINAN-
TE) AMINORANDO Y CALMANDO TODOS LOS MOVIMIENTOS SOCIALES DE - -
ESTA ÉPOCA, ES DECIR, EL PSICÓLOGO COMUNITARIO QUEDÓ CONDICIONA-
DO POR LA ESTRUCTURA DE LA POLÍTICA GUBERNAMENTAL DE LA ADMINIS-
TRACIÓN DE NIXON A PESAR DE TODOS LOS AVANCES RESPECTO A COMUNI-
DADES EXISTENTES DURANTE SU GOBIERNO (TYLER, 1984). ES IMPORTAN-
TE RESALTAR QUE EL PSICÓLOGO EN ESTE TIEMPO NO SE DESPRENDÍA -
TOTALMENTE DE SU PAPEL DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL.

LA CONFERENCIA DE AUSTÍN (1971), DA PAUTA PARA QUE LA PSI-
LOGÍA COMUNITARIA SE SEPRE DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL --
RESPECTO AL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD Y DE LA PSICOLOGÍA CLÍNI-
CA, YA QUE AQUÍ SE HABLA DE DISEÑOS Y PERSPECTIVAS DIFERENTES -
PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS Y LA GENERACIÓN DE LOS CO-
NOCIMIENTOS NECESARIOS PARA EL NUEVO CAMPO. SE PIDIÓ BUSCAR - -

OTROS CRITERIOS DE EFICACIA, NUEVAS ÁREAS DE ACTIVIDAD Y DIFERENTES ROLES; PORQUE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA DEBERÍA COMPRENDER LA DINÁMICA SOCIAL EN SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO - PSICOLÓGICO DEL INDIVIDUO, ENTENDER LOS PROBLEMAS COMUNITARIOS EN OTRO CONTEXTO, DE TAL FORMA, QUE SE PUDIERA DEFINIR DE OTRA MANERA MÁS CLARA EL ROL APROPIADO DEL PSICÓLOGO COMUNITARIO, SIENDO LA ALTERNATIVA CREAR NUEVOS RECURSOS EN LA COMUNIDAD, PARA LA COMUNIDAD Y POR LA COMUNIDAD (BARRENTOS E ISLAS, 1987).

EN LA CONFERENCIA, SE CONCLUYÓ QUE EL PSICÓLOGO COMUNITARIO ESTABA INTERESADO EN: 1) PARTICIPAR EN LA PLANEACIÓN DE UN CAMBIO SOCIAL, 2) ORGANIZAR E IMPLEMENTAR DICHSO CAMBIOS SOCIALES, 3) DISEÑAR Y CONDUCIR PROGRAMAS DE SERVICIO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES HUMANAS GENERADAS POR EL CAMBIO SOCIAL CON EL DESARROLLO DE RECURSOS COMUNITARIOS PROPIOS, 4) DESCRIBIR Y EVALUAR LOS AMBIENTES FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS Y EL IMPACTO QUE DICHSO AMBIENTES TIENEN SOBRE LA CALIDAD DE LA VIDA DE LAS PERSONAS, Y 5) ANALIZAR LOS VALORES, CON ESPECIAL RELEVANCIA EN LOS PROBLEMAS DE LA DIVERSIDAD HUMANA Y DEL BIENESTAR HUMANO (TYLER, 1984).

TAMBIÉN SE PROPUSIERON CATEGORÍAS O ÁREAS DE CONOCIMIENTOS PROVISIONALES QUE CUBRIESEN LAS NECESIDADES PRIMARIAS DE TRABAJO, SIENDO LAS TRES PRINCIPALES (BARRENTO E ISLAS, 1987):

- 1.- EL ANÁLISIS DE LOS PROCESOS SOCIALES, SE PROPONÍA ANALIZAR EL PASADO Y EL PRESENTE DE LAS INSTITUCIONES SOCIALES COMUNES, DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES Y DE LA INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS ECONÓMICOS, SOCIAL Y POLÍTICO. ESTA CATEGORÍA

PROPUGNABA POR DISPONER DEL CONOCIMIENTO SUFICIENTE DE LAS RESTRICCIONES Y FUERZAS SOCIALES QUE AFECTAN A LA COMUNIDAD ESPECÍFICA.

- 2.- EL ESTUDIO DE LAS INTERACCIONES DE UN SISTEMA SOCIAL ESPECÍFICO, SOBRE TODOS DE AQUELLOS QUE ESTÁN O VAN A SER INVOLUCRADOS EN LOS PROGRAMAS DE CAMBIO.
- 3.- EL DISEÑO DE INTERVENCIONES SOCIALES, PARTE INTEGRAL DEL ANÁLISIS DE LAS FUERZAS SOCIALES Y DE LA EVALUACIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN EN PARTICULAR, ÉSTO ES, CÓMO UN ELEMENTO COMPONENTE DE UN MODELO DE TRABAJO DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA; O MEJOR DICHO, DE UN ESQUEMA QUE PERMITIERA ORGANIZAR EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO EN LA COMUNIDAD.

A PESAR DE LOS AVANCES OBTENIDOS POR LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, ÉSTA QUEDÓ CONDICIONADA A LA ESTRUCTURA DE LA POLÍTICA GUBERNAMENTAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE NIXON. EN LA ACTUALIDAD ESTA ÁREA SE ENCUENTRA EN UN PROCESO DE AVANCE Y TRANSFORMACIÓN. EN UN FUTURO SE HARÁ CADA VEZ MÁS IMPORTANTE, POR LAS NECESIDADES APREMIANTES DE LAS POBLACIONES A SERVIR.

EN ESTOS MOMENTOS EXISTEN DIFERENTES DEFINICIONES DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA QUE MUESTRAN DIVERSAS FORMAS DE INTERPRETARLA, DE ACUERDO A UNA VARIEDAD DE ENFOQUES QUE EXISTEN POR DEBAJO DE CADA UNA DE ELLAS (BENDER, 1981). POR EJEMPLO, LA DEFINICIÓN DE ZAX Y SPENCER (1979) QUE NOS DICE QUE LA "PSICOLOGÍA COMUNITARIA ES CONSIDERADA COMO UN ENFOQUE DE LOS PROBLEMAS DE LA CONDUCTA HUMANA QUE DESTACA LAS CONTRIBUCIONES HECHAS A SU DESARROLLO --

POR LAS FUERZAS AMBIENTALES ASÍ COMO EN LAS CONTRIBUCIONES POTENCIALES POR HACER CON MIRAS A SU ALIVIO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ESAS FUERZAS" (P.3). ESTA DEFINICIÓN TOMA EN CUENTA TODOS LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA Y ADMITE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS.

LAS DEFINICIONES QUE RAPPAPORT (1980) DA, SON UN INTENTO DE ENCONTRAR OTRAS ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA DESVIACIÓN DE LAS NORMAS BASADAS EN LA SOCIEDAD, PORQUE ÉL NOS DICE QUE: "LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA ES UNA ALTERNATIVA DE APOYAR EL DERECHO DE CADA PERSONA A SER DIFERENTE SIN RIESGO DE SUFRIR SANCIONES MATERIALES O PSICOLÓGICAS (P.6)... ES UN PRODUCTO DIRECTO DE NUESTRO INTENTO DE LIDEAR CON LA CONDUCTA DE AQUELLOS INDIVIDUOS QUE NO SE AJUSTAN A LA SOCIEDAD" (P.11).

POR ÚLTIMO LA DEFINICIÓN DE BENDER (1981), ES UNA PROTESTA CON LA MANERA EN QUE LOS SERVICIOS PSICOLÓGICOS SE ADMINISTRAN EN LA ACTUALIDAD, YA QUE, NOS DICE QUE: "LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA ES UN 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" (P.11).

NO OBSTANTE, TODAS LAS DEFINICIONES ANTERIORES NOS DEJAN ENTREVER LA DIRECCIÓN Y EL CURSO QUE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA HA TOMADO EN LA ACTUALIDAD, YA QUE, NOS MUESTRAN QUE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA:

- 1.- TIENE INFLUENCIAS SOCIALES.
- 2.- SE INTERESA EN POBLACIONES COMPLETAS Y EN SISTEMAS SOCIALES.
- 3.- NECESITA SU CONSTATACIÓN EN EL MUNDO REAL Y EN LA CIENCIA.
- 4.- TRABAJA EN FAVOR Y PARA LA COMUNIDAD.
- 5.- SU ÉNFASIS ESTÁ EN LA NECESIDAD DE SERVICIOS PREVENTIVOS Y EN LA EDUCACIÓN.

ES IMPORTANTE RESALTAR QUE LA FORMACIÓN DE LA PSICOLOGÍA - COMUNITARIA, ES MUY RECIENTE, POR LO TANTO, TODOS SUS PROGRAMAS Y FORMAS DE INTERVENCIÓN SON NUEVOS E INOVADORES, Y CADA UNO DE ELLOS TIENE UNA VALIDEZ QUE LO AVALA SU PRÁCTICA.

II.2.- INTRODUCCION DEL PSICOLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD

LA PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD ES AL MENOS PARTE Y FRUTO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA PSIQUIATRÍA, POR LO CUAL ES IMPORTANTE REVISAR EN QUÉ MOMENTO LA PSICOLOGÍA CLÍNICA SE INCERTA CON LA PSIQUIATRÍA Y POSTERIORMENTE SE SEPARA TRANSFORMADA EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA, POR LO CUAL HAREMOS UN BREVE ESBOZO DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA.

A PRINCIPIOS DEL SIGLO XIX A LOS ENFERMOS MENTALES SE LES CONSIDERABA QUE REFLEJABAN UN DAÑO CEREBRAL Y SE CREÍA QUE ERAN DETERMINADOS POR SU AMBIENTE. SIN EMBARGO, TODAVÍA NO SE CONSOLIDABA UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO. AL FINAL DEL SIGLO XIX, EL SURGIMIENTO DEL DARWINISMO SOCIAL Y EL CONTINUADO INFLUJO DE EMIGRANTES DIRIGIÓ LA PSIQUIATRÍA EN DOS DIRECCIONES (ZAX Y - -

SPENCER, 1979; Y RAPPAPORT, 1980):

- 1) APOYAR LAS INSTITUCIONES MENTALES COMO UN MEDIO DE REMOVER A LOS INDESEABLES DE LA COMUNIDAD.
- 2) ALENTAR ACTIVIDADES DE REFORMA PARA PREVENIR LA DISPERSIÓN DEL ALCOHOLISMO, EL TABACO Y LA MASTURBACIÓN, LAS CUALES - SE CREÍA QUE ERAN CAUSA DE LA LOCURA.

A MEDIDADOS DEL SIGLO XX EL USO DE LA PSICOLOGÍA FUE EXTENSO Y LAS TERAPIAS ELECTROCONVULSIVAS, LAS DROGAS SON ADMINISTRADAS - COMO TRATAMIENTOS A PACIENTES CRÓNICOS. ES HASTA LA LLEGADA DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL QUE EL PSICÓLOGO HACE SU PRESENCIA NOTORIA PORQUE CONTRIBUYE A LA GUERRA POR MEDIO DE LA SELECCIÓN Y ENTRENAMIENTO AL PERSONAL MILITAR, POR EL DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL Y - LA TERAPIA DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS. ES DESPUÉS DE LA SEGUNDA GUERRA, QUE EL PSICÓLOGO CLÍNICO ES RECONOCIDO OFICIALMENTE COMO UNA DE LAS CUATRO DISCIPLINAS (PSIQUIATRÍA, TRABAJO SOCIAL, ENFERMERÍA Y PSICOLOGÍA) DE LA SALUD MENTAL, YA QUE EXISTÍA UNA GRAN DEMANDA DE LOS VETERANOS DE LA GUERRA Y SE NECESITABAN MILES DE PSICÓLOGOS PARA CONSTITUIR UN PERSONAL HOSPITALARIO (CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS) PARA AUMENTAR EL NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL (TYLER, 1984).

EL PSICÓLOGO Y EL PSIQUIATRA BAJO ESTAS CONDICIONES, SE MEZCLAN Y SE HAYAN JUNTOS POR LA NECESIDAD SOCIAL QUE IMPERABA EN ESE MOMENTO, ASÍ, LA PSICOLOGÍA PASA A SER VISTA COMO LA CRIADA DE LA PSIQUIATRÍA EN LA GUERRA CONTRA LA ENFERMEDAD MENTAL (RAPPAPORT, 1980). LA CREACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD - -


MENTAL COMUNITARIOS AL IGUAL QUE LA PSIQUIATRÍA ESTÁN BASADOS - EN UN MODELO MÉDICO "CONJUNTO FUNDAMENTAL DE SUPUESTOS CON LOS QUE UNO ENFOCA LOS DATOS Y EL CUAL GUÍA LAS OBSERVACIONES. LOS MODELOS PUEDEN DEFINIR CAMINOS SOBRE EL CUAL INTERACTÚAN LAS -- PERSONAS Y FIJAR LÍMITES A LAS POSIBLES OPERACIONES EN QUE LAS QUE EL PROFESIONAL PUDIERA TOMAR PARTE" (ZAX, P.). EL MODELO MÉDICO DEFINIDO ASÍ, HA SIDO UTILIZADO EN TRES FORMAS DIFERENTES APLICADO A LA SALUD MENTAL (ZAX Y SPENCER, 1979):

- 1.- PARA REFERIRSE AL CONCEPTO DE PADECIMIENTO DE LA ENFERME-- DAD (HUESPED-AGENTE-MEDIO AMBIENTE) DE ACUERDO CON EL CUAL SON POSIBLES LAS CURAS ESPECÍFICAS DEL PADECIMIENTO.
- 2.- PARA TENER EL PODER: PRIMERO PORQUE EL MODELO DESCRIBE COMO ESTÁN ORGANIZADOS Y ADMINISTRADOS LOS SERVICIOS DE SALUD - MENTAL, EN EL QUE UN MÉDICO O UN PSIQUIATRA FUNGE - COMO DIRECTOR Y OTROS PROFESIONALES SON MIEMBROS SUBORDINA DOS.
- 3.- PARA REFERIRSE A LAS ESTRUCTURAS FORMALES O DEL ESTABLECI- MIENTO QUE SE HAN CREADO EN LOS CAMPOS DE LA SALUD MENTAL EN TORNTO A LAS FORMAS QUE SE PRESENTAN LOS SERVICIOS DE - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. ASÍ, ALGUNAS ACCIONES PUEDEN - ESTAR DIRIGIDAS A QUE SE EXCLUYA AL PSQUIATRA Y AL PSICÓLO GO.

AL PASO DEL TIEMPO, EL PSICÓLOGO SE HABÍA ADHERIDO A UNA - ESPECIE DE PSIQUIATRÍA PARAMÉDICA Y ESTABA TRABAJANDO DIRECTA-- MENTE DENTRO DE UN CONTEXTO MÉDICO EN UN HOSPITAL MENTAL CON - UNA ORIENTACIÓN PASIVA HACIA LOS PACIENTES (EL PACIENTE ESTABA -

PREDISPUUESTO A PRESENTARSE ANTE EL PSICÓLOGO CON EL MISMO "ÁNIMO" PASIVO QUE ADOPTA CUANDO ACUDE AL MÉDICO) IMPUESTA AL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL POR EL MODELO MÉDICO, YA QUE SI EL PSICÓLOGO ESPERABA (IGUAL QUE EL PSIQUIATRA) A QUE LLEGARA EL PACIENTE Y A TRATARLO SOLAMENTE COMO LO MARCA EL MODELO MÉDICO SE - - CORRÍA EL RIESGO DE REACCIONAR Y ACTUAR CUANDO EL PROBLEMA ESTUVIERA PRESENTE.

EL PSICÓLOGO NO ESTABA DE ACUERDO Y SATISFECHO CON EL DOMINIO Y CONTROL QUE EL MODELO DE ATENCIÓN LES CONCEDÍA A LOS MÉDICOS Y A SUS IDEAS. SUS RESPUESTAS FUERON DIVERSAS LUCHARON PARA QUE SE AMPLIARAN LOS CONCEPTOS EN LOS CUALES SE BASABAN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL, YA QUE ALGUNOS ESTUDIOS DEMOSTRABAN (ZAXY SPENDER, 1979), QUE LOS CENTROS NO ESTABAN CUMPLIENDO SU COMETIDO, ADEMÁS, LOS PSICÓLOGOS NOTARON QUE EL PSIQUIATRA ETIQUETABA A SU PACIENTE Y UNA VEZ QUE RECIBÍAN SU TÍTULO, LOS DEJABAN A MERCED DE TRATAMIENTOS MENOS DINÁMICOS DE CUSTODIA. OTRA LIMITANTE QUE LOS PSICÓLOGOS DESCUBRIERON ES QUE EL TRATAMIENTO QUE DABA EL PSIQUIATRA AL PACIENTE ERA UNA PSICOTERAPIA DIRECTIVA: CHOQUES ELÉCTRICOS, LOBOTOMÍA O EL TRATAMIENTO CON DROGAS. - ASÍ, EL PSICÓLOGO COMENZÓ A PROPONER ALTERNATIVAS, RECONOCIENDO QUE EL ENTRENAMIENTO DEL PSICÓLOGO COMUNITARIO FUERA DIFERENTE DEL MODELO MÉDICO, QUE FUERA UN MODELO INTERDISCIPLINARIO BASADO EN LA PSICOLOGÍA Y OTRAS CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO, SIENDO SUS DOMINIOS LAS INTERRELACIONES ENTRE LOS INDIVIDUOS Y LA SOCIEDAD Y EL CAMBIO SOCIAL PLANEADO (TYLER, 1984).



DIFERENTES PAPELES QUE HA ASUMIDO EL PSICOLOGO COMUNITARIO

A TRAVÉS DE LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y AÚN EN LA ACTUALIDAD, EL PSICÓLOGO COMUNITARIO HA DESEMPEÑADO DIVERSOS PAPELES QUE LO IDENTIFICAN COMO UNA PERSONA INTERESADA EN EL DESARROLLO COMUNITARIO, BUSCANDO CON ELLO, PROPORCIONAR ATENCIÓN A LOS GRUPOS DE POBLACIÓN QUE SE CONSIDERAN MAL SERVIDOS, MAL ATENDIDOS Y CON RIESGOS DE SUFRIR ALGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA, BUSCA A INDIVIDUOS QUE CORREN UN RIESGO EN UN ESTADO PARTICULAR DE VIDA Y BUSCA HACER CONSCIENTES A LAS PERSONAS DE SUS ACTUALES PATRONES DE CONDUCTA Y DE LAS INFLUENCIAS SOCIALES QUE OPERAN SOBRE ELLOS, ARGUYENDO QUE AYUDA A CAMBIAR LA INFLUENCIA MISMA (ZAX Y SPENCER, 1979). ASÍ, AL PSICÓLOGO COMUNITARIO SE LE ASIGNA EL ROL DE FORTALECER LA CALIDAD DE VIDA COMUNITARIA PARA RESOLVER EN ALGUNA MEDIDA LOS PROBLEMAS SOCIALES DE LA SALUD MENTAL. POR LO TANTO, EN EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DENTRO DE SU ACCIONAR DEBEN INCLUIRSE TRES ASPECTOS (MARÍN, 1980).

- 1) LA EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES PRESENTES EN EL MEDIO AMBIENTE. ÉSTA TIENE COMO OBJETIVO ESTUDIAR UN GRUPO, INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN PARA ENCONTRAR LA CAUSA Y EL CURSO DE LA ACCIÓN QUE HAN PRODUCIDO EL EVENTO OBSERVADO EN UN MOMENTO DADO, PRODUCIENDO SUFICIENTES DATOS Y DETALLES QUE PERMITAN EVALUAR LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA DE LA FORMA EN QUE LA COMUNIDAD LO PERCIBE Y EL INDICAR POSIBLES PAUTAS DE INTERVENCIÓN.



- 2) EL DISEÑO DE INTERVENCIÓN. AQUÍ EL PSICÓLOGO COMUNITARIO - DEBE PRESENTAR A LA COMUNIDAD UN PROGRAMA DE ACCIÓN QUE AL UTILIZAR LOS RECURSOS DE LA MISMA COMUNIDAD LLEVARÁ AL CAMBIO SOCIAL, PRESENTANDO IDEAS ESTRATEGICAS DE CAMBIO SOCIAL UTILIZANDO SU CREATIVIDAD E INVENTIVA.
- 3) EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN. EXISTEN DOS TIPOS DE EVALUACIÓN: LA FORMATIVA Y LA SUMATIVA. EN LA PRIMERA, EL PSICÓLOGO EVALÚA EL PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN EL MOMENTO EN QUE ESTÁ SIENDO IMPLEMENTADO, PERMITIÉNDOLE DISCERNIR SI LOS DIFERENTES ASPECTOS DE LA INTERVENCIÓN ESTÁN FUNCIONANDO DE LA FORMA EN LA QUE ESTABAN ANTICIPADOS; AL MISMO TIEMPO LA INFORMACIÓN OBTENIDA LE PERMITE MODIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS O INCLUIR NUEVAS INTERVENCIONES. LA SEGUNDA EVALUACIÓN SE LLEVA A CABO AL FINAL DE LA INTERVENCIÓN, PERMITIENDOLE AL PSICÓLOGO EVALUAR SI LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN SE CUMPLIERON.

CON ESTOS TRES ASPECTOS SE VA PERFILANDO EL PAPEL DEL PSICÓLOGO COMUNITARIO, YA QUE, SÓLO UN POCO DE SU TIEMPO LO EMPLEARÁ EN EL TRATAMIENTO EN SESIONES TERAPEÚTICAS INDIVIDUALES; EMPLEANDO MUCHO MÁS EN EL DIAGNÓSTICO, EN EL DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN, EN LA INTERVENCIÓN Y EN LA EVALUACIÓN TRABAJANDO CON GRUPOS DE LA COMUNIDAD; PORQUE AL PSICÓLOGO HISTÓRICAMENTE SE LE HA ASIGNADO, Y ASÍ ASUMIÓ EL ROL DE FORTALECER LA CALIDAD DE VIDA COMUNITARIO PARA RESOLVER EN ALGUNA MEDIDA LOS PROBLEMAS SOCIALES DE SALUD.

EL PSICÓLOGO COMUNITARIO HA ASUMIDO Y ASUME DIFERENTES ROLES SEGÚN EL MOMENTO Y LAS CONDICIONES SOCIO-HISTÓRICAS POR LAS CUALES ESTÉ PASANDO LA COMUNIDAD A LA HORA EN QUE EL PSICÓLOGO ESTÉ INTERVINIENDO EN ELLA, EL PSICÓLOGO PUEDE PARTICIPAR COMO:

PARTICIPANTE CONCEPTUALIZADOR

ESTE PAPEL ENFATIZA QUE EL PSICÓLOGO COMUNITARIO DEBE VOLVERSE PARTICIPANTE INVOLUCRADO EN SUS EMPRESAS COMUNITARIAS Y CON LAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD CON LAS CUALES TRABAJA (TYLER, 1984). AQUÍ EL PSICÓLOGO COMUNITARIO AYUDA A LOS LÍDERES DE LA COMUNIDAD A ANALIZAR Y A ESCLARECER LOS PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD EN TÉRMINOS DE VARIABLES DEL SISTEMA SOCIAL. UN REQUISITO PARA ESTE PAPEL ES LA CAPACIDAD DE PREVEER LAS CONSECUENCIAS A LARGO ALCANCE DE LAS SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS; PARA ÉSTO NECESITA INTEGRAR LOS CONOCIMIENTOS DE UNA VARIEDAD DE ÁREAS COMO ES LA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD, LA SOCIOLOGÍA, LA PLANEACIÓN URBANA, LA ECONÓMICA Y LAS CIENCIAS POLÍTICAS PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS.

CONSULTOR SOBRE ASUNTOS DE LA COMUNIDAD

ESTE PAPEL PERMITE AL PSICÓLOGO COMUNITARIO ACONSEJAR A GRAN NÚMERO DE PERSONAS SOBRE SU TRABAJO Y ASÍ INFLUIR POTENCIALMENTE EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE MUCHAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD. EL CONSULTOR ESTÁ NORMALMENTE VÍNCULADO A SERVIR EN CURSO, VIENDO A LOS MIEMBROS DEL GRUPO INTERMITENTEMENTE Y SU FUNCIÓN ES SOBRE TODO CONSULTIVA, ASESORANDO SOBRE NIÑOS, ADOLESCENTES, JÓVENES, ADULTOS Y ANCIANOS, ADEMEÁS, SOBRE DESARROLLO DE GRUPOS Y REALIZANDO CONSULTAS CON GRUPOS DE LA COMUNI-

DAD (BENDER, 1981).

TRANSMISOR DE HABILIDADES

EN ESTE PAPEL EL PSICÓLOGO COMUNITARIO ENSEÑA A LOS OTROS LO QUE ÉL ES CAPAZ DE HACER, ES DECIR, ENSEÑA A SU EQUIPO DE TRABAJO HABILIDADES Y MÉTODOS DE MODO QUE PUEDAN POR SÍ MISMOS APLICARLOS A LAS PERSONAS. TAMBIÉN ENTRENA MIEMBROS DE LA MISMA POBLACIÓN LOCAL PARA QUE SE ENCARGUE DE FUNCIONES TERAPEÚTICAS Y DE ASISTENCIA, ES LO QUE EN LA ACTUALIDAD LLAMAMOS DESPROFESSIONALIZACIÓN (BENDER 1981).

ANALISTA DE LOS SISTEMAS SOCIALES

EL PSICÓLOGO COMUNITARIO PARA PODER TRABAJAR EN LA COMUNIDAD DEBE UBICARLA CONTEXTUALMENTE, BUSCAR SUS ORÍGENES, EL LUGAR QUE OCUPAN SUS MIEMBROS EN LAS RELACIONES DE PRODUCCIÓN Y LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR A SU SURGIMIENTO COMO COMUNIDAD, ESTUDIANDO ADEMÁS LOS FACTORES POLÍTICOS, SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS, Y SU COMPLEJA INTERACCIÓN EN LA SOCIEDAD O SEGMENTO DE LA SOCIEDAD EN UN MOMENTO HISTÓRICO DETERMINADO (ZAX Y SPENCER, 1979).

AGENTE DE CAMBIO SOCIAL

EN ESTE PAPEL EL PSICÓLOGO COMUNITARIO DEBE HACER QUE LA COMUNIDAD TOMA CONSCIENCIA, AUTODETERMINACIÓN Y AUTOSUGESTIÓN A TRAVÉS DE LA MOTIVACIÓN Y SOCIALIZACIÓN (MONTERO, 1980). ADEMÁS, EL PSICÓLOGO DEBE TRABAJAR PARA PROPORCIONAR A LAS PERSONAS SOCIALMENTE MARGINADAS LOS RECURSOS, EL PODER Y EL CONTROL SOBRE SUS PROPIAS VIDAS, YA QUE ÉSTO ES NECESARIO PARA UNA

SOCIEDAD DE LA DIVERSIDAD Y NO DE LA CONFORMIDAD.

ES CLARO QUE DENTRO DE ESTA POSICIÓN EL PROFESIONAL NO PODRÁ REDISTRIBUIR LOS RECURSOS DE LA SOCIEDAD, PERO SÍ PUEDE DES CONTINUAR SU APOYO AL ORDENAMIENTO DE LA GENTE EN RANGOS, EN - BASE A UNA PAUTA DE CONFORMIDAD, YA QUE ÉSTO PROPORCIONA UNA BA SE PSICOLÓGICA LEGITIMIZADORA PARA LA DISTRIBUCIÓN INJUSTA DE - LOS RECURSOS. EN VEZ DE PROCURAR DIAGNOSTICAR DÉFICIT, EL PSICÓLOGO COMUNITARIO PUEDE AYUDAR A IDENTIFICAR LAS FUERZAS Y A DES ARROLLAR LOS RECURSOS.

PARA LOGRAR LO ANTERIOR EL PSICÓLOGO COMUNITARIO TIENE COMO PRIMER PASO LA OBSERVACIÓN DEL ÁREA, PERMITIÉNDOLE ELABORAR UN DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD; COMO SEGUNDO PASO, LOGRAR QUE LA - GENTE TOMA CONSCIENCIA DE LA PROBLEMÁTICA DE LA COMUNIDAD; EL - TERCERO SE REFIERE A MOTIVAR AL GRUPO PARA SU DESARROLLO Y EL - DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN; EL CUARTO PASO ES LA AUTOSUGES-- TIÓN QUE SIGNIFICA AUTODETERMINACIÓN, Y SE LOGRA A TRAVÉS DEL - ENTRENAMIENTO DE GRUPOS, LA ADMINISTRACIÓN DE TÉCNICAS Y PROCE-- DIMIENTOS MÁS ADECUADOS PARA EL LOGRO DE LA SOLIDARIDAD GRUPAL PARA SU MEJOR COMUNICACIÓN Y DISCUSIÓN DE OBJETIVOS PARA ACLA-- RAR METAS. AQUÍ EL PSICÓLOGO DEBERÁ DETECTAR LÍDERES Y ENTRENAR LOS PARA EL TRABAJO GRUPAL, PARA QUE ELLOS A SU VEZ PUEDAN REA-- LIZAR LA MISMA LABOR RESPECTO A OTROS MIEMBROS Y QUINTO PASO LA SOCIALIZACIÓN DEL TRABAJO COMUNITARIO PARA EL CONOCIMIENTO DE - LOS DERECHOS Y SU EJERCICIO; Y TAMBIÉN, PARA EL RECONOCIMIENTO DE LOS LÍDERES Y SU CUMPLIMIENTO (MONTERO, 1980).

CON LOS DIFERENTES ROLES QUE EL PSICÓLOGO COMUNITARIO ASUME ES CLARO QUE SE INTENTA HACER DE LA PSICOLOGÍA UNA DISCIPLINA COMPROMETIDA CON EL CAMBIO SOCIAL; NO SÓLO ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL HACIA LA ADECUACIÓN DE LOS PROBLEMAS SOCIALES, SINO TAMBIÉN HACIA LA REFORMA DE LA ESTRUCTURA SOCIAL ECONÓMICA (PÉREZ, 197), ES DECIR, LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO COMUNITARIO VA DIRIGIDA A CREAR MECANISMOS PARA QUE SEAN LOS PROPIOS INDIVIDUOS DE LA COMUNIDAD QUIENES TOMEN DECISIONES PARA GENERAR CAMBIOS EN FAVOR DE LA COMUNIDAD RESPECTO A SU CULTURA, ORGANIZACIÓN POLÍTICA Y SOCIAL, EDUCACIÓN Y SALUD.

EL PSICÓLOGO QUE ASUMA EL PAPEL DE AGENTE DE CAMBIO SOCIAL DEBE ESTAR CONSCIENTE QUE SE COMPROMETE CON UNA CLASE SOCIAL, - A LA QUE VA A SERVIR, ME REFIERO A LAS CLASES MARGINADAS, DADO QUE ES AHÍ DONDE SE ENCUENTRAN Y GENERAN LOS PRINCIPALES PROBLEMAS SOCIALES, CULTURALES Y PRINCIPALMENTE LOS DE SALUD. EL PSICÓLOGO COMUNITARIO NO SÓLO PUEDE ASUMIR ESTE PAPEL, SINO TODOS LOS ANTERIORES, DADO QUE NO SON EXCLUYENTES UNO DEL OTRO, PORQUE EL PSICÓLOGO PUEDE REALIZAR TODAS ESTAS ACTIVIDADES SIN QUE POR ELLO SE INTERFIERA, RETRACE O BORRE EL TRABAJO DE SU PAPEL QUE ASUMIÓ ANTERIORMENTE O EL QUE VAYA A ASUMIR EN UN FUTURO, - SINO QUE TODOS SIRVEN PARA EL MISMO FIN, LOGRAR QUE LA COMUNIDAD SE DESARROLLE POR SÍ MISMA HACIA UN NIVEL ÓPTIMO DE SEGURIDAD - FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL. PARA FINALIZAR DIREMOS QUE ESTOS PAPELES SE COMPLEMENTAN PORQUE UNO INCLUYE A TODOS LOS DEMÁS.

RESUMIENDO ESTE CAPÍTULO, PODEMOS DECIR QUE LA HISTORIA DE

LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA (NACIMIENTO Y DESARROLLO) NO ES AZAROSA NI FORTUNA O CAUSAL, SINO QUE RESPONDE A UN MOMENTO HISTÓRICO - ESPECÍFICO. COMO LO VIMOS ANTERIORMENTE, EL PSICÓLOGO ES CONVOCADO EN UN ESFUERZO Y MOVIMIENTO SOCIAL PARA ENTENDER LOS PROBLEMAS DE LA SOCIEDAD MODERNA CON LA FINALIDAD DE BUSCARLES UNA SOLUCIÓN ADECUADA. LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, ES GENERADA POR - EL PROPIO GOBIERNO, YA QUE A LOS PSICÓLOGOS SE LES DEMANDABA HICIERAN USO DE SUS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS PARA ENTENDER Y ENFRENTAR LAS CONTRADICCIONES DEL MUNDO MODERNO CAPITALISTA QUE - SE ESTABA GENERANDO. ASIMISMO, NACE POR EL INTERÉS DE VARIOS - PROFESIONISTAS EN LA SALUD MENTAL. PRIMERO COMO UNA MEZCLA DE - ATENCIÓN CONSERVADORA E INOVADORA, DESPUÉS SEPARÁNDOSE DEL MODELO MÉDICO CREANDO SUS PROPIOS MODELOS, PROGRAMAS Y ROLES QUE LO VAN A REGIR E IDENTIFICAR.

COMO HEMOS VISTO, ESTA DISCIPLINA ES MUY JOVEN, POR LO - - CUAL, NO PODEMOS DECIR QUE ESTÁ CONSOLIDADA, YA QUE, EXISTEN - MÚLTIPLES MODELOS QUE SE HAN SEGUIDO PARA DAR RESPUESTA A LAS - DEMANDAS DE LAS DIFERENTES POBLACIONES. ADEMÁS, NO PUEDE EXISTIR SÓLO UN MODELO QUE RIJA LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, PORQUE - DEBEMOS RECORDAR QUE LAS COMUNIDADES TIENEN UN DESARROLLO HISTÓRICO SOCIAL ÚNICO E IRREPETIBLE, LO QUE SÍ SE PUEDE HACER ES - CREAR PARADIGMAS CIENTÍFICOS CONSISTENTES ENTRE SÍ, QUE NOS - - SIRVAN DE GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE LA COMUNIDAD.

EN EL SIGUIENTE CAPÍTULO VEREMOS CUÁLES HAN SIDO LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y CÓMO ÉSTOS

PUEDEN ANCLAR EN EL SECTOR SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, QUE AUN SIN ESTAR CONSIDERADO COMO UN MIEMBRO DEL EQUIPO DE SALUD EN ESTE NIVEL, LA PSICOLOGÍA HA INTERVENIDO EN PRO DE LA SALUD COMUNITARIA PREVINIENDO, PROMOVRIENDO, REHABILITANDO E INTERVINIENDO QUE SON LOS OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

III RELACION ENTRE SALUD PUBLICA Y PSICOLOGIA COMUNITARIA

COMO VIMOS EN EL PRIMER CAPÍTULO, LA SALUD PÚBLICA LLEVA - TODAS SUS FUNCIONES: 1) LA PROTECCIÓN A LA SALUD, 2) EL FOMENTO A LA SALUD, 3) RECUPERACIÓN DE LA SALUD, Y 4) FUNCIONES GENERALES Y DE SERVICIO HACIA SU OBJETIVO PRINCIPAL QUE ES LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES, ES DECIR, TOMAR MEDIDAS DE ACCIÓN - - PARA QUE UNA ENFERMEDAD NO APAREZCA VALIÉNDOSE PARA ÉSTO DE LA -- EPIDEMIOLOGÍA, LA TECNOLOGÍA MÉDICA, LA ADMINISTRACIÓN DE LOS - RECURSOS DISPONIBLES Y PRINCIPALMENTE DEL DESARROLLO DE LOS PRO-- GRAMAS PRIORITARIOS, ENMARCADOS EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SA-- LUD, EMANADOS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EL D.F. ESTOS PROGRAMA-- S CUBREN LAS NECESIDADES ESCENCIALES DE NUESTRO PAÍS ABARCANDO TODOS LOS ÁMBITOS POSIBLES EN DONDE EL INDIVIDUO ESTÁ INMER-- SO Y PUEDA AFECTAR SU SALUD, POR LO CUAL, SÓLO TOMAREMOS DOS DE ELLOS: 1) EL DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, Y 2) EL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD; LOS CUALES REVISAREMOS PARA DETERMINAR EN QUÉ ME-- DIDA SUS FUNCIONES Y OBJETIVOS E INCLUSIVE MÉTODOS SE APROXIMAN Y ENLAZAN CON LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, Y CÓMO ÉSTA A SU VEZ - HA INSCIDIDO EN LOS PROBLEMAS COMUNITARIOS; EL NO REVISAR LOS - PROGRAMAS RESTANTES NO QUIERE DECIR QUE NO TENGAN QUE VER CON - LA ATENCIÓN HACIA LA COMUNIDAD, SINO QUE PARA FINES DEL TRABAJO SU REVISIÓN NO PODRÍA SERNOS DE MUCHA UTILIDAD.

PARA COMENZAR NO DEBEMOS OLVIDAR QUE ESTOS PROGRAMAS ESTÁN ENMARCADOS EN LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

A LA SALUD, LA CUAL SE ORIENTA HACIA LOS PRINCIPALES PROBLEMAS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD PRESTANDO SERVICIOS PREVENTIVOS, CURATIVOS Y DE REHABILITACION Y FOMENTO DE SALUD (OMS, 1978). LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD ABARCA FACTORES SOCIALES Y DESARROLLO, DEBE CONTAR CON EL ESFUERZO DE LA COMUNIDAD PARA DESARROLLARSE ECONÓMICA Y SOCIALMENTE Y DEBE SER ATENDIDA POR AGENTES SALIDOS DE LA PROPIA COMUNIDAD QUE COMPRENDA LAS VERDADERAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD A LA QUE PRESTA SERVICIO Y QUE GANE LA CONFIANZA DE LA POBLACIÓN. ASÍ, LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD VIENE A INTEGRAR LOS SERVICIOS QUE COMPONEN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON TODAS LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA DIRIGIDAS AL INDIVIDUO Y A SU ENTORNO INMEDIATO, PRINCIPALMENTE LOS PROGRAMAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

III.1.- PARTICIPACION COMUNITARIA

EL PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ESTÁ DIRIGIDO A CAPACITAR A PROMOTORES VOLUNTARIOS QUE SE INTEGREN Y AYUDEN AL ENLACE ENTRE SU COMUNIDAD, LA INSTITUCIÓN Y OTROS ORGANISMOS. LA PARTICIPACIÓN ACTIVA ORGANIZADA VOLUNTARIA, ES NECESARIA PARA QUE SE DÉ LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA CREAR ACTIVIDADES POSITIVAS REFERENTES A LA SALUD (SECRETARIA DE SALUD, 1988). LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ESTÁ DEFINIDA COMO "UN PROCESO DE AUTOTRANSFORMACIÓN DE LOS INDIVIDUOS DE SUS PROPIAS NECESIDADES Y LAS DE COMUNIDAD, QUE CREA EN ELLOS EL SENTIDO DE RESPONSABILIDAD EN CUANTO A SU BIENESTAR Y AL DE SU COMUNIDAD,-

ASÍ COMO LA CAPACIDAD DE ACTUAR CONSCIENTE Y CONSTRUCTIVAMENTE EN EL DESARROLLO" (HEVIA, 1985).

LAS ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL EQUIPO DE SALUD ES: -
1) EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD, 2) LOGRAR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS LÍDERES DE LA COMUNIDAD, 3) PROMOCIÓN Y DESARROLLO DE -- LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN DE LA COMUNIDAD, 3) PROMOCIÓN Y - DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN DE LA COMUNIDAD EN ÁREAS PROGRAMATICAS ESPECÍFICAS, 4) ESTABLECIMIENTO DE DIRECTRICES -- PARA INCLUIR LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN EN SALUD DE LOS SISTE-- MAS FORMALES E INFORMARLES DE EDUCACIÓN, 5) DESARROLLAR TÉCNI-- CAS ESPECÍFICAS O INOVADORAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD APLICA-- BLE A LOS GRUPOS EXPUESTOS AL RIESGO, 6) PROMOCIÓN DE AUTOCUIDA-- DO DE LA SALUD, 7) MEDIDAS PREVENTIVAS Y 8) COMUNICACIÓN Y ORGA-- NIZACIÓN ENTRE COMUNIDADES Y TRABAJADORES DE LA SALUD, Y LAS -- INSTITUCIONES (OMS Y OPS, 1981). LAS ESTRATEGIAS QUE SE DEBEN - SEGUIR EN LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ENMARCADAS POR EL SISTE-- MA NACIONAL DE SALUD SON (SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA, - 1986): A) LA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD PARA PARTICIPAR EN AC-- CIONES DE SALUD COMO LOS COMITÉS DE REPRESENTANTES DE LA COMUNI-- DAD PARA PARTICIPAR CON FINANCIAMIENTO DIRECTO Y APORTE DE MATE-- RIALES Y MANO DE OBRA EN LA CONSTRUCCIÓN DE DIVERSAS UNIDADES - DE SALUD, COMITÉS PARA LA PARTICIPACIÓN EN OBRAS DE BENEFICIO - COLECTIVO DE AGUA POTABLE, DRENAJE, SANEAMIENTO URBANO Y VIVEN-- DA, GRUPOS PARA IMPULSAR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD INCLUYENDO ORIENTACIÓN NUTRICIONAL, CLUBS DE MADRES PARA LA ATENCIÓN DEL - NIÑO SANO Y GRUPOS PARA PARTICIPAR EN PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE

PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS; B) CAPACITACIÓN DE LA POBLACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, POR EJEMPLO - ADIESTRAMIENTO DE PARTERAS EMPÍRICAS; Y C) UTILIZACIÓN ADECUADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LA COMUNIDAD.

EN LA ACTUALIDAD EN MÉXICO EXISTEN DIFERENTES FORMAS DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD (HEVIA, 1985).

VOLUNTARIADO COMUNITARIO: LA COMUNIDAD DELEGA SUS RESPONSABILIDADES A LAS PERSONAS REPRESENTANTES DE ELLA, PORQUE SON MÁS APTAS O MÁS HÁBILES PARA REALIZAR TOMAS DE DECISIONES CON RESPECTO A LAS TAREAS DE SALUD, RECIBIENDO CAPACITACIÓN ESPECÍFICA POR PARTE DE LOS SERVICIOS; ESTAS PERSONAS CONSTITUYEN UN RECURSO HUMANO, COMUNITARIO VOLUNTARIO NO REMUNERADO, SON REPRESENTANTES AUTÉNTICOS DE LA COMUNIDAD, DESIGNADOS POR LAS PROPIAS ORGANIZACIONES O AGRUPACIONES SOCIALES, RECIBEN CAPACITACIÓN TÉCNICA, TIENEN ASIGNADO UN NÚMERO PEQUEÑO DE FAMILIAS POR UNIDAD Y DESEMPEÑAN TAREAS MÍNIMAS DE SALUD DE PREFERENCIA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD.

COMITES LOCALES DE SALUD: ESTOS DEBEN TENER EL CONOCIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y DE LOS PROGRAMAS LOCALES DE SALUD, LA PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN BÁSICA, PARTICIPACIÓN EN LA BÚSQUEDA Y UTILIZACIÓN RACIONAL DE RECURSOS DIRECTOS O INDIRECTOS, CONTRIBUIR A LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS OPERATI-

VOS Y AL ANÁLISIS PERÍODICO DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE SALUD.

CONSEJOS LOCALES DE DESARROLLO COMUNAL: SE REFIERE A POTENCIALIZAR LOS RECURSOS DE LAS DIVERSAS INSTITUCIONES OFICIALES, - POR EJEMPLO LAS ESCUELAS.

BRIGADAS DE SALUD: SE REFIERE A ESTUDIANTES O TRABAJADORES QUE ACUDEN A LAS COMUNIDADES A REALIZAR CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN- Y OTRAS ACCIONES ESPECÍFICAS.

III.2.- PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD

AUNQUE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ESTÁ INCLUIDA EXPLICITAMENTE EN LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, ESTÁ CONSIDERADA COMO UN PROGRAMA PRIORITARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MARCADO POR EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD. ESTE PROGRAMA TIENE POR OBJETO PROMOVER LA SALUD DE LA POBLACIÓN DISMINUYENDO LA INCIDENCIA DE LOS FACTORES QUE LA PONEN EN PELIGRO Y FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD. ASÍ LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD SE FUNDAMENTA EN LA CREACIÓN DE HÁBITOS, COSTUMBRES Y VALORES DEL INDIVIDUO, ES DECIR, SE REFIERE A LA COMPRESIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LA POSIBILIDAD DE INFLUIR EN ELLA CON EL PROPÓSITO DE PROMOVER, MANTENER Y RESTAURAR LA SALUD. ADEMÁS, PROMUEVE LA FORMACIÓN DE UNA CONSCIENCIA EN LOS HABITANTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE SU SALUD Y LA FORMA DE PRESERVARLA A TRAVÉS DE SU PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA. TAMBIÉN SE PROMUEVEN -

LAS ACCIONES DE CARÁCTER EDUCATIVO PARA ADOPTAR ACTIVIDADES CONGRUENTES CON LA SALUD DEL INDIVIDUO Y EL USO ADECUADO DE SUS RECURSOS. TAMBIÉN PROPORCIONA APOYO NUTRICIONAL LÁCTEO PARA MADRES GESTANTES, NIÑOS EN PRIMER PERÍODO DE LACTANCIA Y PREESCOLARES (VEGA, 1987 Y SECRETARÍA DE SALUD, 1988).

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ES UN INSTRUMENTO TÉCNICO QUE PERMITE EL CAMBIO DE IDEAS, COSTUMBRES HÁBITOS DE LOS INDIVIDUOS CON RESPECTO A LA SALUD (GONZÁLES DE LEÓN, 198), O DICHO DE OTRO MODO, ES TODA ACCIÓN SOCIAL TENDIENTE A FORMAR O MODIFICAR LA CONDUCTA RELATIVA A LA SALUD DE LA POBLACIÓN (LOEWE, - - 1985). SUS OBJETIVOS PRINCIPALES SON QUE LA POBLACIÓN CONOZCA, - ACEPTE Y PARTICIPE EN LOS PROGRAMAS DE SALUD, DIRIGIDO HACIA LA POBLACIÓN QUE CARECE DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS PARA MANTENERLA Y A LOS INDIVIDUOS QUE TENIENDO TALES CONOCIMIENTOS NO LAS PRACTICAN POR DIVERSAS RAZONES (NO TIENEN LOS RECURSOS MATERIALES - PARA HACERLO, CARECEN DE HÁBITOS HIGIÉNICOS). LAS PERSONAS QUE SE DEDIQUEN A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD TIENEN COMO FUNCIÓN - APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD, PARTICIPAR Y APOYAR LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS HACIA LA COMUNIDAD, ASESORAR ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y CULTURALES DE LA COMUNIDAD, LOCALIZAR GRUPOS ORGANIZADOS Y CAPACIDAD DE PLANEAR LAS ACTIVIDADES QUE PROMUEVAN LA MEJOR RECEPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD POR PARTE DE LA POBLACIÓN. PARA LOGRAR ESTE TIPO DE ACTIVIDADES EXISTEN DIFERENTES PROGRAMAS REFERENTES A EDUCACIÓN - PARA LA SALUD, PERO ESTOS SÓLO SE QUEDAN A NIVEL ARTESANAL (TELEVISADA, CHARLAS, MESAS REDONDAS), Y MANIPULANDO LA INFORMACIÓN

(BUSCANDO EL CONSUMO MASIVO E INDUSTRIAL).

EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A NIVEL NACIONAL SE REALIZAN ESTUDIOS SOBRE LAS NECESIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA POBLACIÓN, SE PROPORCIONA ASESORIA PARA LA PLANEACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA Y SE ELABORAN LOS MATERIALES NECESARIOS PARA APOYAR DICHS PROGRAMAS. EL PERSONAL DE ESTA DIRECCIÓN PARTICIPA EN EL ADIESTRAMIENTO DE PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA. EN COLABORACIÓN CON LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS DEL PAÍS, LA DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN HIGIÉNICA ASESORA AL PERSONAL DEL MAGISTERIO NACIONAL, Y PROPORCIONA UNIDADES EDUCATIVAS PARA EL PROCESO EDUCACIONAL EN MATERIA DE SALUD EN LOS NIÑOS. EL IMSS Y EL ISSSTE CUENTAN CON EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE REFORZANDO FORMAS DE CONDUCTA MÁS APROPIADAS PARA PRESERVAR LA SALUD (SECRETARÍA DE SALUD, 1988).

DE LOS DOS PROGRAMAS MENCIONADOS ANTERIORMENTE HEMOS VISTO QUE TIENEN OBJETIVOS, FUNCIONES Y ACCIONES ESPECÍFICAS QUE DESDE HACE VARIOS AÑOS HAN EXISTIDO Y A PESAR DE ELLO, EN MÉXICO SIGUEN EXISTIENDO 14 MILLONES DE PERSONAS APROXIMADAMENTE QUE CARECEN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HEVIA, 1985), QUE NO EXISTE UNA PARTICIPACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD, QUE LAS PERSONAS SIGUEN CON SUS MISMOS HÁBITOS HIGIÉNICOS DESDE HACE MUCHOS AÑOS ARRAIGADOS, QUE LA COMUNIDAD DESCONFÍA DE LOS COMPONENTES DE UN MISMO EQUIPO DE SALUD (CONCEBIDO TRADICIONALMENTE) MÉDICO, ENFERMERA, ODONTÓLOGO, QUE EXISTE INEFICIENCIA EN EL SERVICIO QUE SE

PRESTA A LA COMUNIDAD, QUE LA COMUNIDAD SE MUESTRA APÁTICA ANTE LA INTERVENCIÓN (SUPERFICIAL Y POCO COMPROMETIDA DEL EQUIPO DE SALUD). TODO ÉSTO LO ENCONTRAMOS A 10 AÑOS DE LA DECLARACIÓN DE ALMA-ÁTA, LA FALLA RADICA POSIBLEMENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE SALUD EN DONDE SÓLO SE HACE UN ANÁLISIS SUPERFICIAL DE LAS CONDICIONES DE SALUD (ATAcando SÓLO EL RESULTADO O LAS CONSECUENCIAS DE UNA PROBLEMÁTICA SOCIAL MÁS GRANDE), DEJANDO AFUERA TODOS -- LOS FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS, POLÍTICOS Y CULTURALES QUE CONDICIONAN LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD. OTRA CAUSA PUDIERA SER EL CONCEPTO DE SALUD QUE SE MANEJA Y LA METODOLOGÍA QUE EMPLEAN.

ASIMISMO, ES IMPORTANTE NOTAR QUE ESTOS DOS PROGRAMAS PIDEN LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD (SÓLO EN LO REFERENTE A LOS QUE ELLOS CONSIDERAN LOS PROBLEMAS DE SALUD PIDIENDO MANO -- DE OBRA Y RECURSOS MATERIALES VOLUNTARIOS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD) NEGÁNDOLE LA POSIBILIDAD A LA COMUNIDAD DE PARTICIPAR EN LOS PLANES, PROGRAMAS Y PRINCIPALMENTE A UN NIVEL POLÍTICO.

POR OTRA PARTE PODEMOS RESALTAR QUE LOS OBJETIVOS DE ESTOS PROGRAMAS NO SON COMPLETAMENTE DIFERENTES A LOS PLANTEADOS POR LOS PSICÓLOGOS COMUNITARIOS EN MÉXICO EN REFERENCIA A LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, AUNQUE ESTA RAMA DE LA PSICOLOGÍA ES POCO CONOCIDA Y RECONOCIDA EN EL SISTEMA DE SALUD (EN TODA LA BIBLIOGRAFIA REVISADA CON REFERENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD NO SE INCLUYE AL PSICÓLOGO COMO MIEMBRO DEL EQUIPO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SINO HASTA EL SEGUNDO COMO UNA ESPECIALIDAD), ÉSTO SE DEBE, TAL VEZ, A QUE LA - -

PSICOLOGÍA COMUNITARIA TIENE UN NACIMIENTO RECIENTE, Y SU DESARROLLO SE CREA A TRAVÉS DE LAS INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS (BARRENTO E ISLAS, 1987): 1) AL ESTABLECERSE LA REFORMA EDUCATIVA, DE REESTRUCTURAR LA FUNCIÓN SOCIAL DE LAS UNIVERSIDADES Y AL MISMO TIEMPO AUMENTAR LAS OPCIONES DEL SISTEMA EDUCATIVO COMO MECANISMO DE PROMOCIÓN SOCIAL, ES DECIR, DAR UN SENTIDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR MÁS ACORDE A LAS NECESIDADES DEL DESARROLLO DEL PAÍS; Y 2) EL CAMBIO DE PROGRAMAS Y PLANES DE ESTUDIO, LO CUAL TENÍA QUE VER CON LA NECESIDAD DE QUE LA OFERTA EDUCATIVA CORRRESPONDIERA MÁS DIRECTAMENTE A LAS NECESIDADES DEL APARATO PRODUCTIVO. ASÍ, LAS DEMANDAS QUE NACEN SON DEL SECTOR MÁS DESPROTEGIDO EN REFERENCIA A NECESIDADES SOCIALES, ECONÓMICAS, POLÍTICAS Y DE SALUD; ANTE ESTA PROBLEMÁTICA ALGUNOS INVESTIGADORES DE LA SALUD SE DAN A LA TAREA DE ESTUDIARLA E INTERVENIR EMPLEANDO UNA METODOLOGÍA ACORDE CON SU FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL SECTOR SALUD (NOS REFERIMOS EXPLICITAMENTE AL PSICÓLOGO CLÍNICO). ASÍ CADA UNA DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS Y UNIVERSIDADES (LIBERTAD DE CÁTEDRA) ABORDA EL FENÓMENO DE ACUERDO A SUS FORMAS TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS DE EXPLICAR E INTERVENIR LA REALIDAD. A CONTINUACIÓN SE EXPONDRÁN BREVEMENTE ALGUNAS FORMAS DE INTERVENCIÓN QUE ABORDAN LA PROBLEMÁTICA DE LA COMUNIDAD EN PSICOLOGÍA.

U N A M

EL TRABAJO COMUNITARIO DENTRO DE LA UNAM, SE REALIZA A TRAVÉS DEL CENTRO COMUNITARIO QUE SE ABRE A LA ATENCIÓN AL PÚBLICO EN 1981, POR LA NECESIDAD DE PREPARAR A LOS ALUMNOS EN EL ÁMBI-

TO DE LA SALUD MENTAL DENTRO DE LOS LINEAMIENTOS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, QUE LE PERMITIERAN CONVERTIR EN AGENTE Y PROMOTOR DE LA SALUD MENTAL AL PSICÓLOGO ATENDIENDO A LA COMUNIDAD Y ADEMÁS, POR EL PROBLEMA QUE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA ENFRENTA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS QUE SE REFIERE A LA CARENCIA DE CENTROS DE SALUD, CLÍNICAS Y HOSPITALES DONDE PUEDE LLEVARSE A CABO ENTRENAMIENTOS PRÁCTICOS DE LOS ESTUDIANTES.

LOS OBJETIVOS PRINCIPALES DEL CENTRO COMUNITARIO SE REFIEREN: A) PROMOVER Y FOMENTAR EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL TRABAJO DIRECTO DE LA COMUNIDAD; B) PROPORCIONAR SERVICIOS DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA; C) REALIZAR INVESTIGACIÓN DENTRO Y FUERA QUE PERMITA LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, Y D) PROPICIAR Y COORDINAR ACTIVIDADES DE DOCENCIA. PARA LOGRAR ESTOS OBJETIVOS SE REALIZAN ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN EN SUS TRES NIVELES (INFLUENCIA DE LA SALUD PÚBLICA), EN EL PRIMER NIVEL EL PSICÓLOGO OBTIENE INFORMACIÓN MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA, AL MISMO TIEMPO QUE REALIZA ACCIONES CONCRETAS A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MIEMBROS: PROMOCIÓN, ENLACE CON OTRAS INSTITUCIONES COMUNITARIAS, ORIENTACIÓN EDUCATIVA, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA, VISITAS DOMICILIARIAS, Y ASESORÍA DE OTROS PROFESIONALES, AFECTANDO DE UNA MANERA LOS NIVELES DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LA ZONA DE INFLUENCIA. EL SEGUNDO NIVEL SE REFIERE A LA RECEPCIÓN DE PACIENTES DE PRIMERA CONSULTA, AL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS, ÉSTOS PUEDEN SER INDIVIDUAL, FAMILIAR O GRUPAL, PSICOTERAPIA DE JUEGO, PSICOTERAPIA INDIVIDUAL O FAMILIAR. EN EL TERCER NIVEL SE REALIZAN ACTIVIDA-

DES DE REHABILITACIÓN A LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN AFECTADAS. EN INVESTIGACIÓN, SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE POSIBILITAN LA OBTENCIÓN DE INDICADORES GENERALES DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD, ESTUDIOS DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, ESTUDIOS HACIA EL ROL DEL PSICÓLOGO Y EL IMPACTO Y ACEPTACIÓN DEL TRABAJO COMUNITARIO (BARRENTOS E ISLAS, 1987).

ENEP-I

EL NACIMIENTO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA UNIVERSIDAD LLEVA A LA CREACIÓN DE 5 ESCUELAS NACIONALES DE ESTUDIOS SUPERIORES (ENEP), ENTRE LAS CUALES SE ENCUENTRA LA ENEP-IZTACALA QUE TIENE COMO CARACTERÍSTICAS LA CONJUNCIÓN DE 5 CARRERAS AFINES CON EL ÁREA DE ESTUDIO "LAS CIENCIAS HUMANAS" MEDICINA, ODONTOLOGÍA, ENFERMERÍA, BIOLOGÍA Y PSICOLOGÍA.

EL NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA EN ESTA ESCUELA SURGE DE UN VACIO TEÓRICO QUE EXISTE EN LA PSICOLOGÍA SOCIAL -- (ÉSTA, ES REBASADA POR LA REALIDAD TEÓRICA Y METODOLÓGICAMENTE EN LA COMUNIDADES MARGINADAS EN DONDE SE REALIZAN LAS PRÁCTICAS). "ASÍ SE REALIZA EL DESARROLLO DE UNA CONCEPCIÓN TEÓRICA, INTEGRATIVA Y FUNDAMENTALMENTE CONDICIONANTE DE LA JERARQUIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS PROBLEMATIZANTES PARA ESTA CIENCIA, DEBIDO A QUE ES UN ENCARGO SOCIAL DEFINITIVAMENTE DIFERENTE AL QUE SE LE HA ENCARGADO AL PSICÓLOGO DE ESTE CAMPO" (BREA, L. P.307).

LAS TÉCNICAS DESARROLLADAS POR LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, EDUCATIVA Y DE REHABILITACIÓN SIRVEN COMO APOYO A LOS SERVICIO QUE COMO FRENTE DE ENTRADA FACILITAN EL CONTACTO E INICIO DE CAM--

BIOS EN LAS RELACIONES SOCIALES. LA INVESTIGACIÓN DE ESE VACIO TEÓRICO SE LOGRA A TRAVÉS DEL SERVICIO A LA COMUNIDAD, TOMANDO EN CUENTA LOS TRES NIVELES FUNDAMENTALES: 1) NIVEL ACADÉMICO, - ÉSTE SE REFIERE A LA CONCRECIÓN DE LOS ELEMENTOS TEÓRICOS EN -- UNA SITUACIÓN SOCIAL CONCRETA; 2) NIVEL INSTITUCIONAL, LA UNI-- VERSIDAD SE CONSTITUYE EN UN MEDIO TRANSFORMADOR DE LA REALIDAD SOCIAL EXISTENTE; Y 3) NIVEL EPISTEMOLÓGICO, LA PRÁCTICA FUN-- CIONA COMO MEDIO VÁLIDO DE LOS SUPUESTOS PSICOLÓGICOS, POR LO - TANTO, COMO MEDIO DE CRECIMIENTO DE LO QUE PODRÍA SER UNA TEO-- RÍA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL.

LOS MEDIOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE LOGRARÁ ÉSTO SON: A) EL ESTABLECIMIENTO DE CONTACTO CON LA COMUNIDAD POR MEDIO DE -- LOS FRENTES DE ENTRADA, PRESTANDO SERVICIO PSICOLÓGICO CON EL - OBJETO DE OBTENER LA CONFIANZA DE LA COMUNIDAD, MOTIVAR A LOS - MIEMBROS DE LA COMUNIDAD PARA QUE PARTICIPEN CONJUNTAMENTE CON LOS PSICÓLOGOS EN PROGRAMAS DE TRABAJO COMUNITARIOS, RECONOCER Y ESTABLECER CONTACTO CON LOS LÍDERES, TANTO FORMALES COMO IN-- FORMALES DE LA COMUNIDAD, IDENTIFICAR Y HACER CONTACTO CON LAS INSTITUCIONES EXISTENTES EN LA COMUNIDAD, IDENTIFICAR LAS NECE-- SIDADES MÁS APREMIANTES DE LA COMUNIDAD Y HACER UN INVENTARIO - DE RECURSOS DE LA COMUNIDAD PARA SU MOVILIZACIÓN Y SOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES PROBLEMAS; B) LOS FRENTES DE ENTRADA SE FORMAN A TRAVÉS DEL OFRECIMIENTO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS QUE RESPONDAN A NECESIDADES DIRECTAS Y QUE CONSTITUYAN CANALES DE INCERSIÓN A LA VIDA COMUNITARIA CON EL OBJETIVO DE ESTABLECER LAS PRIMERAS RELACIONES DIRECTAS CON SUS HABITANTES; C) DESPROFESIONALIZA---

CIÓN DE LA PSICOLOGÍA, ES DECIR, TRANSFERIR A LA COMUNIDAD LAS HERRAMIENTAS PROPIAS DE ESTA DISCIPLINA DE MANERA INFORMAL, CON EL FIN DE APLICARLA A LOS DIFERENTES PROBLEMAS QUE LA AQUEJAN; - Y D) LA EDUCACIÓN INFORMAL. LA EVALUACIÓN DE ESTAS ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN SE LOGRA A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DEL CONTEXTO EN EL QUE SE INTERVIENE AL DETERMINAR LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD, LA EVALUACIÓN DE ENTRADA QUE SE REFIERE A LOS RECURSOS CON LOS QUE CUENTA LA COMUNIDAD Y PUEDEN MOVILIZARSE; LA EVALUACIÓN DEL PROCESO QUE MIDE LA EFICIENCIA Y VALIDEZ DE LOS PROCESOS UTILIZADOS, Y LA EVALUACIÓN DEL PRODUCTO PARA DETERMINAR EL ALCANCE Y PERMANENCIA DE LOS PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EN UNA COMUNIDAD.

ITESCO

EL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE (ITESCO), CREA EL CENTRO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA QUE TIENE COMO OBJETIVO OFRECER DIFERENTES SERVICIOS A LA COMUNIDAD EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL, Y SERVIR DE APOYO PARA EL ENTRENAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA EN EL TRABAJO CLÍNICO CON ENFOQUE COMUNITARIO ADOPTANDO UN "PUNTO DE VISTA FILOSÓFICO DE LA PSICOLOGÍA HUMANISTA Y SE IDENTIFICAN CON SU VISIÓN DE LA NATURALEZA HUMANA, DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y DE LA SOCIEDAD" (GÓMEZ, 1983, P.30). ESTE ENFOQUE SE MANEJA BAJO LAS HIPÓTESIS DEL QUE: 1) EL PSICÓLOGO MEXICANO COPIA MODELOS EXTRANJEROS, LO CUAL, LO LLEVA A CARECER DE UN MODELO PROPIO; 2) LOS MARCOS TEÓRICOS Y MÁS GENERALIZABLES PARA ANALIZAR A LA SOCIEDAD, SON LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS Y EL ENFOQUE CENTRADO EN LA

PERSONA; 3) LA PSICOLOGÍA DEBE TOMAR SU LUGAR COMO UN RECURSO - SOCIAL PARA RESOLVER PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD; 4) LA METODOLOGÍA CLÍNICA TRADICIONAL (LIGADA AL MODELO MÉDICO) ES UN OBSTÁCULO PARA ENTENDER Y ATENDER LOS PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD MENTAL; 5) PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE RECURSOS HUMANOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL, ES IMPORTANTE INCREMENTAR LOS PROGRAMAS DE DESPROFESIONALIZACIÓN; 6) LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA MEXICANA DEBE ENFOCARSE AL CRECIMIENTO, APORTACIONES Y REFORMULACIONES DE SUS PROPIOS MARCOS TEÓRICOS DE REFERENCIA; Y 7) DEBE EXISTIR UNA AMPLIA COMUNICACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS -- QUE CONFORMAN EL EQUIPO DE TRABAJO EN LOS CENTROS COMUNITARIOS - DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA.

ESTOS CENTROS, ADEMÁS DE QUE SIRVEN DE PLATAFORMA A LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS ESCUELAS DE PSICOLOGÍA, DE QUE EL ESTUDIANTE PUEDA ENTRAR EN CONTACTO DIRECTO CON LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y QUE SU EVALUACIÓN PUEDA SERVIR DE RETROALIMENTACIÓN A LAS PARTES ACADÉMICAS, PARA MEJORAR EL SERVICIO DE ÉSTOS; TAMBIÉN PROPORCIONAN ASISTENCIA A LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN PARA PADRES DE FAMILIA, ENTRENAMIENTO DE LOS PADRES PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, ENTRENAMIENTO DE FISIOTERAPIA, EDUCACIÓN SEXUAL, EDUCACIÓN PREMATRIMONIAL, PROGRAMAS DE PREVENCIÓN AL ALCOHOLISMO, FARMACODEPENDENCIA Y DELINCUENCIA, ENTRENAMIENTO DE FACILITADORES DE GRUPO Y ORIENTADORES COMUNITARIOS, REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON IMPEDIMENTOS FÍSICOS, TERAPIA DE JUEGO, ATENCIÓN DE PERSONAS INVIDENTES, PROGRAMAS DE APOYO PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA, - -

MEJORAMIENTO DEL AUTOCONCEPTO Y DE HABILIDADES DE RELACIÓN INTERPERSONALES, ADAPTACIÓN A LAS MADRES SOLTERAS Y PADRES SIN PAREJA, RESOCIALIZACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL O DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO Y PROGRAMAS DE APOYO PARA LOS MORIBUNDOS Y SUS FAMILIARES.

UAC

EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA EXISTE UN PROYECTO QUE ESTÁ BASADO TEÓRICAMENTE EN EL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN CON EL OBJETO DE QUE "EL ROL DEL PSICÓLOGO SOCIAL COMUNITARIO Y DE SU EQUIPO DE TRABAJO SEA PLENAMENTE CREATIVO E INNOVADOR. QUE SEA SU CAMPO DE ACCIÓN QUIEN DEFINA SU ÁMBITO DE TRABAJO Y SUS POSIBILIDADES DE INFLUENCIA. QUE LA COMUNIDAD SELECCIONADA SEÑALE LOS LINEAMIENTOS DE LA INTERVENCIÓN Y QUE UNA VEZ - DINAMIZADA, TOMÉ POR ELLA MISMA, LA CONTINUIDAD DE SUS PROCESOS HACIA UN CAMBIO RADICAL POR UN SISTEMA DE VIDA MÁS JUSTO Y MÁS ELEVADO "(QUINTANILLA, ET, AL P.227). OTRO OBJETIVO, ES TRABAJAR CONJUNTAMENTE CON LA COMUNIDAD, INTENTANDO CON ELLA EL AUTODIAGNÓSTICO DE SUS CONFLICTOS Y NECESIDADES Y LA ELABORACIÓN DE SU PROPIO PLAN DE ACCIÓN.

ESTE PROYECTO CONSTA DE TRES ETAPAS, LA PRIMERA SE REFIERE AL ACERCAMIENTO PAULATINO DE LA REALIDAD, RECORRIDO A LA COMUNIDAD, VISITAS DOMICILIARIAS PARA DETECTAR NECESIDADES, ENTREVISTAS PARA CONOCER LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR, CREACIÓN DE ALGUNOS CURSOS (COCINA, TEJIDO, CORTE) A PETICIÓN DE LA COMUNIDAD, VISITAS A LAS VIVIENDAS CON EL OBJETIVO DE DESCRIBIR LAS -

CONDICIONES DE ELLAS MISMAS, ENCONTRAR EL ORIGEN DE LA COMUNI--
DAD Y RELACIONES VECINALES, VISITAS A INSTITUCIONES OFICIALES -
PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LA COMUNIDAD (HISTORIA Y DESARROLLO)
Y LA PERCEPCIÓN QUE ESE ORGANISMO TIENE DE ELLA, ASISTENCIA A -
LAS JUNTAS POPULARES SEMANALES CONDUCCIDAS POR EL PRESIDENTE DE
LA COLONIA, IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO COGNITI
VO Y MOTRIZ Y PROGRAMAS DE ENSEÑANZA DE CARÁCTER ABIERTO, EL -
DESCUBRIMIENTO DE LA DINÁMICA INTERNA DEL GRUPO COMUNITARIO, LA
BÚSQUEDA CREATIVA DE LAS PERSONAS NUCLEARES Y DE LA RED DE IN--
FLUENCIA SUBGRUPAL, Y ENSAYO DE ALGUNAS ESTRATEGIAS DE INTERVEN
CIÓN ESPECÍFICAS.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA PRIMERA PARTE DEL PROYEC--
TO (OBTENIDOS NO CON UN RIGOR CIENTÍFICO) MUESTRA QUE EXISTE -
UNA CONTRADICCIÓN ENTRE LÁS VERSIONES OFICIALES DEL GOBIERNO Y
LOS HABITANTES DE ELLA, LA COMUNIDAD CARECE DE LOS SERVICIOS PÚ
BLICOS INDISPENSABLES. EXISTE UN ALTO ÍNDICE DE CONFORMISMO EN
LA COMUNIDAD, LA MUJER TIENE POCA O NULA PARTICIPACIÓN EN LAS -
DECISIONES DE LA COMUNIDAD, NO EXISTE INTERÉS MÍNIMO POR LOS --
PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD, LA POBLACIÓN SE RIGE POR PATRONES ES
TABLECIDOS RESPECTO A VALORES, ACTITUDES, COSTUMBRES Y ROLES. -
ESTOS RESULTADOS MUESTRAN ALGUNAS CONSIDERACIONES QUE SE DEBEN
HACER AL DISEÑO METODOLÓGICO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON -
RESPECTO AL TIEMPO DE INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO, RES--
PECTO AL AUTODIAGNÓSTICO, RESPECTO AL SISTEMA DE TRABAJO Y RES-
PECTO A LA HABITACIÓN.

LA SEGUNDA ETAPA DEL PROYECTO ESTÁ CARACTERIZADA POR UN MAYOR COMPROMISO CON LA COMUNIDAD QUE EXIGE AL EQUIPO HABITAR EN UNA CASA LOCALIZADA EN LA MISMA COMUNIDAD, ABIERTA A OTRO TIPO DE SERVICIOS COMUNITARIOS, LA FORMALIZACIÓN DE LA MINORÍA ACTIVA QUE PUEDA RESPONSABILIZARSE DE LA CONTINUIDAD DEL PROGRAMA, YA QUE, LA INTERVENCIÓN ES TEMPORAL, UNA PREPARACIÓN DE LA SALIDA DEL LUGAR Y UN SEGUNDO ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN DEL EQUIPO.

LA TERCERA ETAPA ESTÁ DIRIGIDA HACIA LA EVALUACIÓN GLOBAL EXHAUSTIVA DEL EQUIPO DE TRABAJO, DE LOS GRUPOS NUCLEARES Y DEL DESARROLLO EN SÍ MISMO DEL PROYECTO, EL SEGUIMIENTO Y ASESORÍA DE LA COMUNIDAD, TRANSFORMANDO LA LABOR DEL PSICÓLOGO EN VISITAS EVENTUALES CON EL FIN DE APOYAR EL TRABAJO COMUNITARIO Y LA DIRECCIÓN QUE EL CAMBIO DE LA COMUNIDAD MISMA SE VAYA PLANTEANDO. ESTAS DOS ETAPAS DEL PROYECTO NO SE HAN REALIZADOS, POR LO CUAL, SE TIENEN QUE MODIFICAR TOMANDO EN CUENTA LOS RESULTADOS, LA EXPERIENCIA Y REFLEXIONES DE LA PRIMERA.

MODELO DE COMPETENCIA

EL MODELO DE COMPETENCIA AYUDA A MEJORAR LOS CONTEXTOS EXISTENTES, PERO ADEMÁS DESARROLLA SISTEMAS Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS CON CAPACIDAD DE PROTEGER Y PROPORCIONAR LA SALUD. DE AQUÍ QUE SUS OBJETIVOS GENERALES SEAN: 1) PROMOVER LA COMPETENCIA INDIVIDUAL Y 2) DESARROLLAR COMUNIDADES Y ORGANIZACIONES COMPETENTES. PARA LOGRAR ESTOS OBJETIVOS EL MODELO PROPONE OPTIMIZAR LAS DESTREZAS, HABILIDADES Y RECURSOS PERSONALES DE LA

GENTE A LOS SECTORES DE MAYOR VULNERABILIDAD (MAYOR SUSCEPTIBILIDAD A LOS EFECTOS ESTRESORES DEL AMBIENTE), OPTIMIZAR LAS LEYES Y SISTEMA DE LAS REDES DE APOYO NATURAL (AFECTIVAS) EN SU FUNCIÓN DE AYUDA PARA EL AJUSTE Y PARA EL CUIDADO DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COMUNITARIO, ENFRENTÁNDOSE A LOS PROBLEMAS Y A LOS RIESGOS QUE IMPLICA VIVIR Y DESARROLLAR UN SENTIDO COMUNITARIO Y SOLIDARIO DE LA VIDA Y, OPTIMIZAR EL SISTEMA DE APOYO PROFESIONAL EN SU FUNCIÓN DE AYUDA HACIÉNDOLO MÁS ACCESIBLE Y COMPETENTE, ÉSTO ES, EXPEDIR SERVICIOS PERTINENTES, EXTENDER LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS PRIORITARIAMENTE A LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO, GARANTIZAR QUE A LA POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE EL MODELO TENGA SU ESTADO DE SALUD PROFESIONALMENTE CONTROLADO LOGRANDO QUE LA GENTE HAGA USO DE LOS SERVICIOS CON REGULARIDAD PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD Y PROMOCIONAR SU SALUD (COSTA Y LÓPEZ, 1986).

LAS ACCIONES ESPECÍFICAS DE LOS PROGRAMAS DE LOS MODELOS DE COMPETENCIA SON IDENTIFICAR Y CAMBIAR CONTEXTOS DE ALTO RIESGO (UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO, CÁRCELES, SERVICIOS QUIRÚRGICOS, RESIDENCIA DE ANCIANOS, INTERNADOS), RECONOCIENDO Y MEJORANDO LOS ESTÍMULOS AMBIENTALES, DENTRO DE LAS ORGANIZACIONES QUE MEJORAN LAS COMPETENCIAS O PREVIENEN EL MAL DESARROLLO O DESAJUSTE DE LOS INDIVIDUOS DE FUNCIONAMIENTO "NORMAL", ANALIZAR Y UTILIZAR CONTINGENCIAS DE REFUERZO DENTRO DE LOS CONTEXTOS, MODIFICAR EL DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS A FIN DE FACILITAR LA PERCEPCIÓN DE CONTROL Y EL DESARROLLO DE REDES DE APOYO SOCIAL ENTRE SUS MIEMBROS.

OTRA ACCIÓN ES OPTIMIZAR LAS REDES DE APOYO SOCIAL; EXISTEN DOS TIPOS DE REDES A TRAVÉS DE LAS CUALES EL INDIVIDUO TIENE INFLUENCIAS SOCIALES, LA PRIMERA SE REFIERE A LAS REDES DE APOYO "NATURAL" QUE SON AQUELLAS QUE LA GENTE ESTABLECE DE UN MODO NATURAL A LO LARGO DE SU VIDA CON COMPAÑEROS DE TRABAJO, FAMILIA, VECINOS, AMIGOS. LAS SEGUNDAS SE REFIEREN A LAS REDES DE APOYO ORGANIZADAS, TAMBIÉN LLAMADAS GRUPOS DE AUTO-AYUDA (ALCOHÓLICOS Y NEURÓTICOS ANÓNIMOS) QUE DAN INFORMACIÓN, REFERENCIA, CONSULTA Y EDUCACIÓN. OTRA ACCIÓN DENTRO DE ESTE MODELO ES DESARROLLAR CONTEXTOS ALTERNATIVOS A LAS INSTITUCIONES Y CONTEXTOS QUE REALIZAN UN IMPACTO NEGATIVO EN EL AJUSTE DE LAS PERSONAS, ES DECIR, CAMBIAR, DESARROLLAR Y/O CREAR OTROS CONTEXTOS FAVORABLES PARA EL INDIVIDUO. LA ÚLTIMA ACCIÓN ES LA DE PROMOVER EL DESARROLLO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIO A NIVEL DE LA SALUD, SOCIAL Y POLÍTICO.

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTERVENGAN EN ESTE TIPO DE MODELOS DEBEN TENER EN CUENTA LA PREVENCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS, EL FORMATO Y LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA, SIN ELIMINAR LAS INTERVENCIONES CLÍNICO-INDIVIDUALES Y DE PEQUEÑOS GRUPOS, SALIR Y BUSCAR A LOS GRUPOS COMUNITARIOS, INVESTIGAR, ASESORAR, DISCUTIR Y ENTRENAR EN LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD, EVALUANDO EL EFECTO, LA EFICIENCIA Y PERTINENCIA DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES, UTILIZA RECURSOS COMUNITARIOS Y SU ACCIONAR SE DESARROLLA A TRAVÉS DE PROGRAMAS DE SALUD.

EN LAS CINCO FORMAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD REVISA

DOS ANTERIORMENTE, PODEMOS OBSERVAR QUE TODOS TIENEN DIFERENTES METODOLOGÍAS PARA ABARCAR LA PROBLEMÁTICA, SIENDO SU ÁREA DE -- TRABAJO PRINCIPAL LA COMUNIDAD; CON EL OBJETIVO COMÚN DE LA SALUD EN GENERAL EN UNOS Y EN OTROS LA SALUD MENTAL. EN ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN NO SE ANOTARON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN SUS APLICACIONES, PORQUE CASI TODOS COINCIDEN EN QUE NO SE TIENEN RESULTADOS CONCRETOS, SINO, QUE SE TIENEN EN FORMA DESCRIPTIVA QUE POCOS NOS PUEDE DECIR DEL VERDADERO RESULTADO HASTA QUE NO SEA ANALIZADA LA INFORMACIÓN, ÉSTO SE DEBE A QUE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL VERTIDA EN UNA COMUNIDAD CONCRETA NO SE PUEDE EVALUAR CUANTITATIVAMENTE SINO CUALITATIVAMENTE. LA PRIMERA ES ÚTIL -- PORQUE NOS DA ÍNDICES, PROMEDIOS Y CANTIDADES NUMÉRICAS DE LA CONFORMACIÓN DE LA COMUNIDAD (NÚMERO DE HABITANTES PROMEDIO POR HABITACIÓN, DISTRIBUCIÓN POR EDADES Y SEXOS, OCUPACIÓN, ETC.).- LA SEGUNDA NOS INDICA CARACTERÍSTICAS DE LA CONFORMACIÓN DE VALORES, ACTITUDES Y HÁBITOS DE LA COMUNIDAD (A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES SOCIO-HISTÓRICA DE ELLA). ÉSTOS PROYECTOS PRESENTAN LIMITACIONES EN EL MOMENTO DE PONERLOS EN PRÁCTICA, TAL ES EL CASO, POR EJEMPLO, DE LA CREACIÓN DE LAS CLÍNICAS UNIVERSITARIAS DE LA SALUD INTEGRAL (CUSI), LAS CUALES FUERON CREADAS CON EL OBJETIVOS DE DAR UN SERVICIO MULTIDISCIPLINARIO A LA COMUNIDAD Y HASTA LA FECHA NO SE HA LOGRADO, PUESTO QUE - LAS DIFERENTES CARRERAS QUE DAN SERVICIO E INSTRUCCIÓN EN LAS CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARIAS SE RIGEN POR PROYECTOS PROPIOS, - INDEPENDIENTES DE LOS DEMÁS. OTRAS LIMITANTES YA DENTRO DE LAS FORMAS DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA SON: 1) LA OPO

SICIÓN Y HETEROGENEIDAD, TANTO DE LOS PROFESORES COMO DE LOS -
 ALUMNOS, PARA INVOLUCRARSE EN UN TRABAJO COMPROMETIDO EN CUANTO
 A SU PERMANENCIA EN LA COMUNIDAD Y TOMAR A LA COMUNIDAD COMO OB-
 JETO DE ESTUDIO SOLAMENTE, NO PERMITIÉNDOLE SER SUJETO; 2) LA -
 FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA FINANCIAR LOS PROYECTOS (YA -
 QUE SALE DE LAS BUENAS VOLUNTADES DE LOS PROFESORES DE LA COMU-
 NIDAD); 3) LA COMPLEJIDAD Y AMPLITUD DE LOS PROBLEMAS SOCIALES
 DE LA ZONA DE INFLUENCIA Y EL POCO PERSONAL CAPACITADO PARA - -
 AFRONTARLOS A NIVEL POLÍTICO, ECONÓMICO Y CL¹LTURALMENTE; 4) LA
 FALTA DE ORGANIZACIÓN INTERNA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LA -
 COMUNIDAD Y DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO; Y 5) LA FALTA DE ACUER--
 DOS INTER E INTRA INSTITUCIONALES.

COMO HEMOS VISTO, LA PSICOLOGÍA TIENE UN ÁREA QUE ABORDA A
 LAS COMUNIDADES, YA SEA PARA PREVENIR, PROMOVER, INTERVENIR Y -
 REHABILITAR A LAS PERSONAS EN SUS COMUNIDADES, TRABAJA CON PER-
 SONAS, GRUPOS, FAMILIAS, ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES QUE SE
 ENCUENTREN DENTRO DE LA COMUNIDAD, ABORDANDO LA PROBLEMÁTICA S
 CIAL CON DIFERENTES METODOLOGÍAS, UNAS CERCANAS O RETOMANDOS A
 LGUNOS CONCEPTOS Y MÉTODOS DEL MODELO MÉDICO, OTRAS TOMANDO TEO-
 RÍAS Y MÉTODOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA MODIFICANDO Y EXTRAPO--
 LANDO A LA COMUNIDAD, OTRAS REPITIENDO ACCIONES QUE EN OTROS -
 PAÍSES YA FUERON PROBADAS, Y POR ÚLTIMO, QUEDAN LOS QUE HAN - -
 CREADO SUS PROPIOS MODELOS DE INTERVENCIÓN INOVANDO DENTRO DE -
 LA COMUNIDAD.

EN ESTOS TIPOS DE INTERVENCIÓN, EXISTEN DIVERSAS FORMAS DE
 ABORDAR LA COMUNIDAD A UN NIVEL DE SALUD, LO QUE NOS LLEVA A -



IZT.

U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

1001192

PLANTEARNOS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: ¿CÓMO ES POSIBLE QUE EL SECTOR SALUD NO RETOME ALGUNOS MODELOS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y LOS APLIQUE O INCORPORE A LA SALUD PÚBLICA, SI LOS PROBLEMAS QUE ATIENDE LA PSICOLOGÍA SON REFERENTES A LA SALUD DEL INDIVIDUO?, ¿POR QUÉ EL PSICÓLOGO NO ESTÁ CONSIDERADO COMO UN PERSONAJE IMPORTANTE DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SI LAS TAREAS QUE REALIZA EN LA COMUNIDAD SON LAS PROPUESTAS POR LA DECLARACIÓN DE ALMA-ATA?, ¿POR QUÉ SI EL PSICÓLOGO CUENTA CON UN CONOCIMIENTO AMPLIO ACERCA DEL COMPORTAMIENTO HUMANO Y CUENTA CON HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE GRUPOS, CONOCE EL COMPORTAMIENTO DEL INDIVIDUO Y ALGUNOS FACTORES QUE LOS PROVOCAN; SE LE HA RELEGADO A UN NIVEL DE ESPECIALISTA?, ESTO ÚLTIMO LO PLANTEAMOS EN BASE A LAS FUNCIONES QUE EL PSICÓLOGO TIENE ASIGNADAS Y OTRAS PROPUESTAS EN EL SECTOR SALUD, LIMITANDO SU CAMPO DE ACCIÓN SOLAMENTE A: 1) LA ATENCIÓN MÉDICA DONDE REALIZA PRUEBAS DE PSICODIAGNÓSTICO EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN A PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL, PARÁLISIS, HEMIPLEJIA Y OTRAS FUNCIONES LOCOMOTORAS; 2) DENTRO DE LAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA INCIDE EN AMBIENTES PROPEDEÚTICOS EN HOSPITALES EMPLEA TÉCNICAS DE PERSUASIÓN Y RELAJACIÓN A NIÑOS QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE; 3) SELECCIONA Y CAPACITA AL PERSONAL DE LAS INSTITUCIONES; Y 5) INVESTIGA E INTERVIENE EN LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA, REHABILITACIÓN A PACIENTES MENTALES CRÓNICOS, REHABILITACIÓN Y REEDUCACIÓN A NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, REHABILITACIÓN DE FÁRMACODEPENDIENTES, ENTRENAMIENTO DE LECTURA DE COM---

PRENSIÓN GRUPAL, DISEÑO DE UNIDADES DE CUIDADO PEDIÁTRICO (RO--DRIGUEZ, 1984). NO PERMITIENDO SU ACCIONAR A LAS COMUNIDADES - QUE SON O DEBEN SER EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA ATENCIÓN DENTRO DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

POR QUÉ SE DA LO ANTERIOR SI LA SALUD Y LA PSICOLOGÍA (ESPECIALMENTE LA COMUNITARIA) TIENEN PUNTOS DE COINCIDENCIA COMO SON: SUS OBJETIVOS, LA POBLACIÓN A LA CUAL VA DIRIGIDA Y PARTE DE SU METODOLOGÍA (VER CUADRO No. 1). LAS DIFERENCIAS PRINCIPALES RADICAN EN LA METODOLOGÍA QUE EMPLEAN, LA FORMA DE ABORDAR LA REALIDAD Y LA IDEOLOGÍA CON QUE CADA UNA DE LOS PARTICIPAN--TES DE LAS DISCIPLINAS INTERVIENE EN LA COMUNIDAD.

SI EXISTE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA QUE TRABAJA CON COMUNI--DADES, CON OBJETIVOS Y PROGRAMAS AFINES DE LA SALUD PÚBLICA, ES NECESARIO QUE ÉSTA RETOME, ANALICE, REVISE Y COMPARE LOS MÉTO--DOS Y RESULTADOS CON LOS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y OTRAS - DISCIPLINAS AFINES (SOCIOLOGÍA, ECONOMÍA), QUE SEAN INDISPENSA--BLES PARA EL ESTUDIO DE LA COMUNIDAD; ÉSTAS DEBEN SER CONSIDERA--DAS NO COMO DISCIPLINAS DE APOYO (COMO SUCEDIÓ EN UN PASADO), - SINO COMO DISCIPLINAS GUÍAS QUE POSIBILITAN A TRAVÉS DE SU IN--TERVENCIÓN CONJUNTA LOS ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN, LA OR--GANIZACIÓN DE GRUPOS Y TODO LO QUE CONLLEVA UNA PARTICIPACIÓN - COMUNITARIA. ÓBVIAMENTE SE TIENEN QUE CONJUNTAR ESFUERZOS EN RE--LACIÓN A LAS DIFERENTES DISCIPLINAS QUE SE ENCARGAN DEL CONOCI--MIENTO DEL HOMBRE A NIVEL SOCIAL, PSICOLÓGICO Y FÍSICO; CREANDO UN GRUPO INTERDISCIPLINARIO PARA INTERVENIR EFICAZMENTE DENTRO DE LA COMUNIDAD. PRIMERO REALIZANDO VERDADERAMENTE UN DIAGNÓSTI

CUADRO No. 1

	SALUD PUBLICA	PSICOLOGIA COMUNITARIA
OBJETIVO:	BASADO EN LA POLÍTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, INTERVENCIÓN Y REHABILITACIÓN.	PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, INTERVENCIÓN Y REHABILITACIÓN.
POBLACION:	COMUNIDAD	COMUNIDAD
PROGRAMAS:	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
METODO:	DIAGNÓSTICO.	DIAGNÓSTICO.

CO DE LA COMUNIDAD EN REFERENCIA A LA SALUD, ANALIZANDO LAS CON-
DICIONES SOCIO-HISTÓRICAS QUE LA CONDICIONAN. SEGUNDO CREÁNDOLE
A LA COMUNIDAD LA NECESIDAD DE SALUD COMO UN ESTADO INDISPENSA-
BLE PARA VIVIR. TERCERO, PERMITIR LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPA--
CIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD EN REALIZACIÓN DE PROYECTOS Y 'PRO--
GRAMAS DE SALUD Y DE OTRO TIPO, ES DECIR, CUALQUIER ORGANIZA---
CIÓN Y PARTICIPACIÓN IMPLICA UNA ACTIVIDAD POLÍTICA, POR LO - -
CUAL, SE CORRE EL RIESGO DE MÁS ORGANIZACIONES EN EL INTERIOR -
DE LA COMUNIDAD Y LA EXIGENCIA DE DEMANDAS HASTA AHORA NO CUM--
PLIDAS GENERÁNDOSE PROBABLEMENTE MOVIMIENTOS SOCIALES.

ALTERNATIVAS

EN UN PAÍS COMO EL NUESTRO, CAPITALISTA, EN VÍAS DE DESARROLLO, DEPENDIENTE ECONÓMICA Y POLÍTICAMENTE DE OTROS, SOCIAL Y -- ECONÓMICAMENTE INESTABLE; ES POCO ALENTADOR EL PANORAMA QUE SE -- NOS PRESENTA CON RESPECTO AL TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD, POR-- QUE A NIVEL DE ALIMENTACIÓN, HÁBITOS HIGIÉNICOS, COSTUMBRES Y -- COMPORTAMIENTOS, EL INDIVIDUO TIENE POCAS OPCIONES DE DONDE ELE-- GIR, YA QUE, MUCHOS FACTORES CONDICIONANTES QUE LOS DETERMINAN;-- 1) LOS PRODUCTOS ESTÁN MEDIADOS EN SU FABRICACIÓN Y CON SU COSTO ES IMPOSIBLE QUE LA CLASE TRABAJADORA PUEDA CONSUMIRLOS, (EL PES-- CADO Y OTROS PRODUCTOS REBASAN EL COSTO POR KILO AL SALARIO MÍNI-- MO DIARIO); 2) LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA: RADIO, TELEVI-- SIÓN Y REVISTAS, BOMBARDEAN CON ESTÍMULOS (PUBLICIDAD) A LA PO-- BLACIÓN INFLUYENDO EN LOS HÁBITOS Y COSTUMBRES, POR EJEMPLO, FU-- MAR, TOMAR Y COMER ALIMENTOS CHATARRA; 3) CÓMO PUEDE EL INDIVIDUO EJERCITARSE FÍSICAMENTE CUANDO LLEGA CANSADO DE UNA LARGA JORNA-- DA DE TRABAJO O CUANDO NO TIENE TIEMPO LIBRE PARA REALIZARLO, -- PORQUE TIENE QUE CUBRIR DOS O MÁS JORNADAS DE TRABAJO.

BAJO ESTE PANORAMA POCO FAVORABLE PARA EL DESARROLLO ÓPTIMO DE LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS, DAREMOS ALGUNAS ALTERNATIVAS, QUE PROBABLEMENTE PUEDEN SER VIABLES ANTE LA POBLEMÁTICA DE LA SALUD EN MÉXICO.

RETOMANDO EL CAPÍTULO UNO CONCLUÍMOS QUE EL PROCESO SALUD-- ENFERMEDAD, SE DA EN UN CONTEXTO HISTÓRICO CONCRETO, POR LO QUE

SU DISTRIBUCIÓN ESPACIO-TEMPORAL Y ESTRUCTURAL, SE DEBE UBICAR - EN UNA SITUACIÓN HISTÓRICA DETERMINADA, JERARQUIZANDO LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS, ANALIZANDO LOS POSIBLES FACTORES CAUSALES Y - BUSCAR ALTERNATIVAS MÁS FACTIBLES DE SOLUCIÓN BENEFICIO DE LA CO MUNIDAD.

PARA PODER LOGRAR LO ANTERIOR ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA TODAS LAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LA COMUNIDAD DE ACUERDO A CADA REGIÓN DEL PAÍS EN LOS DIFERENTES ASPECTOS QUE LA - - IDENTIFICAN Y LA CONFORMAN: SOCIAL, EDUCATIVO, POLÍTICO, CREENCIAS, HÁBITOS, COSTUMBRES Y RELIGIÓN.

ADemás DE UBICAR LAS DIFERENTES COMUNIDADES DEBEN ESTUDIARSE EN UN MARCO SOCIO-HISTÓRICO CULTURAL DETERMINADO Y CONCRETO, YA QUE, DENTRO DE UNA MISMA CLASE SOCIAL ("LA CLASE SOCIAL SON GRUPOS DE HOMBRES QUE SE DIFERENCIAN ENTRE SÍ POR EL LUGAR QUE OCUPAN EN UN SISTEMA DE PRODUCCIÓN HISTÓRICAMENTE DETERMINADO, POR LAS RELACIONES EN QUE SE ENCUENTRAN CON RESPECTO A LOS MEDIOS DE PRODUCCIÓN, POR EL PAPEL QUE DESEMPEÑAN EN LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL TRABAJO Y CONSIGUIENTEMENTE POR EL MODO DE PERCIBIR LA PARTE DE LA RIQUEZA SOCIAL DE QUE DISPONEN"; ENGLELS, CITADO EN ROJAS, 1988), EXISTEN SITUACIONES DIFERENCIALES: LA ESPERANZA DE VIDA, EL NIVEL DE CONSCIENCIA SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD, EL ACCESO REAL A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y LOS DIFERENTES ESTILOS DE VIDA; ESTANDO PRESENTES ELEMENTOS IMPORTANTES QUE PRODUCEN ESTAS DIFERENCIAS: LA RAMA DE LA ECONOMÍA EN LA QUE SE TRABAJA, LA MANERA CONCRETA DE INSERTARSE EN EL PROCESO DEL TRABAJO,

EL MONTO DEL SALARIO QUE SE PERCIBE, LO QUE CONDICIONA LA REPRODUCCIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO (VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, VESTIDO) LAS CONDICIONES DE EMPLEO (PRESTACIONES, SERVICIO), EL GRADO DE ESTUDIOS QUE CONDICIONAN EL NIVEL DE CONSCIENCIA DE LA CLASE SOCIAL Y LAS CARACTERÍSTICAS CULTURALES.

EL TRABAJO COMUNITARIO NO SE DEBE VER AISLADO DE TODAS LAS INSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL: TRABAJO, FAMILIA, ESCUELA, IGLESIA, ETC. A LA COMUNIDAD DEBEMOS CONCEBIRLA COMO UNA PARTE INTEGRANTE DE UN TODO, QUE ES LA SOCIEDAD QUE CUENTA CON CARACTERÍSTICAS -- PROPIAS, QUE ES PARTE DE UN SISTEMA SOCIAL DETERMINADO.

LO ANTERIOR NO SE CONTRAPONA CON LA ESTRUCTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SÓLO SE LE DARÍA UN ÉNFASIS MAYOR AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, QUE ES, DONDE SE ATIENDE LA MAYOR DEMANDA DE LA POBLACIÓN; RESCATANDO LOS PRINCIPALES POSTULADOS DE SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN QUE TIENEN EL PROPÓSITO DE DISMINUIR LA EXPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN AL RIESGO DETERMINADOS POR FACTORES AMBIENTALES Y SOCIOECONÓMICOS MEDIANTE ACTIVIDADES DE SALUD ESPECÍFICAS, PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA QUE ES LA PIEDRA ANGULAR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, ES POR MEDIO DE ELLA QUE SE PRETENDE DAR UNA MAYOR COBERTURA A LA POBLACIÓN.

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ESTÁ DIRIGIDA A LOGRAR QUE LA COMUNIDAD SE ORGANICE ACTIVAMENTE EN EL CUIDADO DE SU SALUD, --- (QUE SEA EL PROPIO SUSTENTO DE ELLA MATERIAL Y HUMANAMENTE) POR ELLO SE DEBE:

- 1) GESTIONAR QUE LA COLECTIVIDAD ELABORE Y ASIMILE SU PROPIO -
CONCEPTO DE SALUD.
- 2) PROMOVRIENDO LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DESCENTRALIZANDO -
EL PODER, ES DECIR, PROMOVER EL PLURALISMO Y LA DIVERSIDAD
CULTURAL.
- 3) PERMITIR NO SÓLO UNA ORGANIZACIÓN A NIVEL SALUD, SINO TAM--
BIÉN UNA ORGANIZACIÓN A NIVEL POLÍTICO, IDEOLÓGICO Y CULTU--
RAL.
- 4) DESARROLLAR EN LA POBLACIÓN UNA PARTICIPACIÓN ACTIVA, EN UN
PRIMER MOMENTO LA REFLEXIÓN Y LA CRÍTICA Y POSTERIORMENTE -
UNA INVOLUCRACIÓN EN EL TRABAJO.

PARA LOGRAR LO ANTERIOR SE NECESITA CONTAR CON PROFESIONALES QUE
POSEAN HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS INDISPENSABLES PARA LA PLANEA--
CIÓN E INVESTIGACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS PATRONES CONDUCTUA
LES DEL INDIVIDUO, ASÍ COMO UN GRADO DE CONOCIMIENTOS EN RELA---
CIÓN A LA SALUD. LA MAYORÍA DE ESTOS CONOCIMIENTOS LOS POSEE EL
PSICÓLOGO, POR TAL MOTIVO, LA PSICOLOGÍA DEBE INCLUIRSE DENTRO -
DEL MODELO PREVENTIVO QUE ENMARCA A LA SALUD PÚBLICA.

DENTRO DE LA PSICOLOGÍA, LA "PSICOLOGÍA COMUNITARIA CUMPLE
Y CUBRE LOS REQUISITOS Y LINEAMIENTOS QUE LA OMS (1978) MARCA --
DENTRO DE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD". ADEMÁS
TIENE UN CONOCIMIENTO BASTANTE AMPLIO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS
GRUPOS HUMANOS Y/O COMUNIDADES QUE LA PONEN EN VENTAJA DE LAS DE
MÁS DISCIPLINAS QUE LABORAN EN EL SECTOR SALUD.

RECONOCEMOS QUE EL PSICÓLOGO EN LA ACTUALIDAD CARECE DE ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA EL MANEJO DE LA SALUD (TAL ES EL CASO DE LA EPIDEMIOLOGÍA QUE NOS MUESTRA ÍNDICES DE ENFERMEDADES, POBLACIONES EN RIESGO, INCIDENCIAS Y PREDICCIONES DE SALUD QUE SERÍAN DE GRAN AYUDA EN SU TRABAJO COMUNITARIO) PORQUE LA TECNOLOGÍA DERIVADA DE UNA SOLA CIENCIA ES INSUFICIENTE PARA LIDAR CON LOS PROBLEMAS DE SALUD (O CUALQUIER ÍNDOLE) CONSIDERADOS COMO UN TODO.

SIN EMBARGO ESTE TIPO DE DEFICIENCIA SE SUBSANA CON LA CREACIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DENTRO DEL SECTOR SALUD EN DONDE EL PSICÓLOGO DEBE SER CONSIDERADO COMO UN MIEMBRO IMPORTANTE DE ESTE EQUIPO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, PORQUE ÉSTE ADQUIERE Y TIENE UNA VISIÓN MÁS AMPLIA DE LOS FENÓMENOS DE SALUD Y SUS CONDICIONANTES, GENERANDO NUEVAS ESTRATEGIAS PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DE SALUD SOBRE EL EQUIPO DE TRABAJO PROPORCIONANDO LA METODOLOGÍA DE SU DISCIPLINA PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA INTERVENCIÓN, DESTACANDO LA PERTINENCIA DE SU INCORPORACIÓN DE LAS LABORES DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN TERAPEÚTICA Y DE REHABILITACIÓN SOCIAL (ORTIZ, 1988).

A ESTE RESPECTO NO DEBEMOS OLVIDAR QUE EXISTEN DIVERSOS INTENTOS DE REALIZAR UN TRABAJO MULTI E INTERDISCIPLINARIOS PERO ÉSTOS HAN SIDO INFRUCTUOSOS NO POR EL "USO DE TÉRMINOS DISTINTOS, SINO POR POSEER VISIONES PARCIALES Y DIFERENTES DEL MISMO PROBLEMA, LO QUE ES, A SU VEZ, PRODUCTO DE LA FALTA DE UN MARCO CONCEPTUAL QUE, DE EXISTIR, PUDIERA SIN HACERLES PERDER A LAS CIENCIAS

SU ÁMBITO ESPECÍFICO DE ESTUDIO, CONJUGAR EN UNA VISIÓN HOLÍSTICA PERO JERARQUIZADA LAS DIFERENTES DIMENSIONES DE LO VIVIENTE Y EXPLICITAR LAS RELACIONES DE INTERDEPENDENCIA QUE ENTRE ELLAS SE DA, DE OTRA MANERA, EL ENCARGO SOCIAL (LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD) NUNCA PODRÁ CUMPLIRSE" (BORJA, 1988, p.49).

UNA VEZ QUE EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO CONFORMADO HALLA CREADO EL MARCO CONCEPTUAL SOBRE EL CUAL BASARÁN SU PRÁCTICA, SE DEBE ACLARAR LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD MÍNIMAMENTE EN LOS SIGUIENTES PUNTOS: A) OBJETIVOS DEL EQUIPO; B) CALIFICACIÓN, CAPACIDADES, CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS REQUERIDOS PARA PERTENECER AL EQUIPO; C) GRADO Y REMUNERACIÓN DEL PUESTO; D) LISTA DETALLADA DE TAREAS Y RESPONSABILIDADES; E) ESPECIFICAR EL TRABAJO FORZOSO (INTEGRACIÓN) EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO; F) NO CREAR UNA LÍNEA JERÁRQUICA EN EL MANDO DEL EQUIPO; G) MARCAR CRITERIOS A UTILIZAR EN LA EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DEL EQUIPO; H) PERSPECTIVAS DEL EQUIPO DE SALUD A FUTURO, I) LA COORDINACIÓN SE ROTARÁ PARA UN MEJOR FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE TRABAJO (OMS, 1985).

EL PSICÓLOGO AL INCORPORARSE A UN EQUIPO DE SALUD NO DEBE OLVIDARSE DEL ROL Y DE LOS CÓDIGOS ÉTICOS QUE RIGEN SU PRÁCTICA PROFESIONAL: 1) PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA DIGNIDAD Y EL BIENESTAR HUMANOS; 2) LA ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD POR LAS ACCIONES PROFESIONALES; 3) LA RESTRICCIÓN DE LA PRÁCTICA A LAS ÁREAS DE COMPETENCIA; Y 4) LA CONFIDENCIALIDAD Y HONRADEZ DEL PSICÓLOGO CON LA POBLACIÓN ATENDIDA (HOTZMAN, ET AL, 1988). TAM-

POCO DEBE OLVIDAR TOMAR UNA POSTURA CON RESPECTO A CUÁL CLASE - SERVIR Y CON CUÁL ESTÁ VERDADERAMENTE COMPROMETIDO. EL PSICÓLOGO DEBERÁ CONCILIAR ÉSTO CON LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO A TRAVÉS DEL DIÁLOGO, RAZONAMIENTO, CONOCIMIENTO Y LA VERDAD; SI AMBAS POSTURAS SON IRRECONOCIBLES, EL PSICÓLOGO PUEDE DIVIDIR SU TRABAJO INTERDISCIPLINARIAMENTE-DISCIPLINARIAMENTE, DE TAL FORMA QUE NO SE ENCUENTRE ANTE LA DISYUNTIVA DE ABANDONAR SU PAPEL PRINCIPAL DENTRO DE LA COMUNIDAD, GESTOR DE CAMBIOS EN LA VIDA SOCIAL DE LA COMUNIDAD, PROPORCIONANDO A LAS PERSONAS LOS RECURSOS, EL PODER Y EL CONTROL SOBRE SUS PROPIAS VIDAS; A TRAVÉS DE LA TOMA DE CONSCIENCIA, AUTODERMINACIÓN, Y AUTOGESTIÓN, MOTIVACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA PROPIA COMUNIDAD. Eso sí, CUIDANDO QUE SU TRABAJO INDIVIDUAL NO INTERFIERA EN EL OTRO O VISCEVERSA, SINO QUE DÉ UNA U OTRA FORMA LO COMPLEMENTAN.

POR OTRA PARTE, ES IMPORTANTE NOTAR QUE DE CREARSE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS, EL SECTOR TENDRÍA QUE:

- 1.- REDEFINIR LOS PAPELES Y FUNCIONES DE TODAS LAS CATEGORÍAS - DEL PERSONAL: MÉDICOS, ENFERMERAS, ODONTÓLOGOS, FARMACEÚTICOS, PSICÓLOGOS, ETC., QUE TENDRÍAN QUE ACEPTAR SU INCLUSIÓN COMO MIEMBROS DE UN EQUIPO DE SALUD (GRUPOS DE PERSONAS QUE COMPARTEN UNA META SANITARIA COMÚN Y OBJETIVOS COMUNES, DETERMINADOS POR LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD, HACIA LA CONSECUCIÓN DE LOS CUALES CADA MIEMBRO DEL EQUIPO CONTRIBUYE, DE UNA MANERA COORDINADA CON SU COMPETENCIA Y CAPACIDAD RESPETANDO LAS FUNCIONES DE LOS OTROS OMS, 1985). ÓBVIAMENTE ESTA REDEFINICIÓN DE PAPELES NO SERÁ FÁCIL DE PONERSE EN

EN PRÁCTICA; PORQUE EXISTE UNA RESISTENCIA MUY GRANDE AL -
CAMBIO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

- 2.- REORGANIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD ACTUALES, REINVIDICANDO LA ATENCIÓN AL USUARIO POR PARTE DE LOS ENCARGADOS DE PRESTAR EL SERVICIO, AGILIZANDO EL SISTEMA ADMINISTRATIVO Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.
- 3.- PROPICIAR CURSOS DE EDUCACIÓN CONTÍNUA, TRATANDO DE MEJORAR EL RENDIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD, MEDIANTE UN SISTEMA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PLANIFICADOS QUE SE AJUSTEN A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO QUE PRESTAN LAS INSTITUCIONES.
- 4.- EL EQUIPO DE SALUD DEDICADO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DEBE TENER EL MISMO RECONOCIMIENTO O MÁS Y LA OPORTUNIDAD, TANTO ACADÉMICA COMO ECONÓMICA QUE LOS ESPECIALISTAS.
- 5.- EL SECTOR SALUD DEBE EMPRENDER ACTIVIDADES PARA CAMBIAR LA ORIENTACIÓN DE VALORES DE TODOS LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, DESDE LA BASE EN LA PROFESIÓN HASTA LA ORIENTACIÓN DE LAS PERSONAS HACIA UN TRABAJO COMUNITARIO.
- 6.- EL SISTEMA DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA DEBE SOMETERSE A REVISIÓN, Y EL PSICÓLOGO DEBE PARTICIPAR EN LA REDEFINICIÓN DEL CONCEPTO SALUD.
- 7.- CREAR Y/O ABRIR ESPACIOS DE TRABAJO INCORPORANDO AL PSICÓLOGO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

NO SÓLO EL SECTOR SALUD CAMBIARÍA Y APOYARÍA ESTOS EQUIPOS, SINO TAMBIÉN LA UNIVERSIDAD QUE ES UNA INSTITUCIÓN SOCIAL QUE TIENE LA FUNCIÓN DE PRODUCIR RECURSOS HUMANOS O MANO DE OBRA INTELECTUAL PARA LA DEMANDA DE LA ESTRUCTURA ECONÓMICA, ES DECIR, TODAS LAS PROFESIONES DEBEN ESTAR ACORDES CON LA REALIDAD NACIONAL SOCIAL, DE TAL FORMA, QUE EL EJERCICIO DE CADA UNA DE ELLAS

RESPONDA A LAS DEMANDAS EXISTENTES. BAJO ESTAS PREMISAS, LA UNIVERSIDAD TENDRÍA QUE REALIZAR ALGUNOS CAMBIOS CON RESPECTO A: -

- 1) LOS PROFESORES DE CIENCIAS DE LA SALUD DEBERÍAN SER INSTRUIDOS EN LA PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS -- EDUCATIVOS ORIENTADOS HACIA LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD;
- 2) CAMBIAR LOS PLANES DE ESTUDIO, YA QUE, ESTÁN CARGADOS DE CONOCIMIENTOS DE LAS CAPACIDADES DIAGNÓSTICAS Y CURATIVAS QUE SE NECESITAN PARA LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AGUDAS O CRÓNICAS, SIGUIENDO UN MODELO DE ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD, LA MAYOR PARTE - DEL APRENDIZAJE SE REALIZA EN HOSPITALES DEL TERCER Y SEGUNDO - NIVEL. NO NEGAMOS QUE ALGUNAS ESCUELAS DE MEDICINA (ENEP-IZTACALA) TENGAN DENTRO DE SUS PLANES DE ESTUDIO ACERCAMIENTO A LA COMUNIDAD (TERCERO Y CUARTO SEMESTRE DE LA CARRERA) LIMITÁNDOSE A VISITAS DOMICILIARIAS (EXTRAPOLANDO LA CLÍNICA) Y PLÁTICAS EN - ESCUELAS DESTACÁNDOSE AL INDIVIDUO ENFERMO Y A MENUDO DETERMINADAS ENFERMEDADES. ESTE TIPO DE PLANES TAL VEZ IGNOREN LAS CAPACIDADES PRIORITARIAS QUE HAN DE REALIZARSE A FIN DE EVALUAR LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD Y PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA INCLUIDA LA PREVENCIÓN SIGUIENDO UN MODELO DE ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVO.

DENTRO DE LOS NUEVOS PLANES DE ESTUDIO, SE DEBEN DEFINIR - LAS CARACTERÍSTICAS QUE SE ESPERAN DE LOS GRADUADOS: A) QUE - - SEAN COMPETENTES EN LAS FUNCIONES QUE SE LES ASIGNE EN UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA; B) QUE ESTÉN ADAPTADOS A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD; C) QUE ESTÉN DISPUESTOS A TRABAJAR EN DONDE SE LES NECESITE; D) QUE SEAN SENSIBLES A LA -

DETECCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA COMUNIDAD; E) QUE SEAN CAPACES DE RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SURJAN, F) QUE ESTÉN MOTIVADOS PARA SEGUIR APRENDIENDO DURANTE TODA SU VIDA; Y G) QUE ESTÉN DISPUESTOS A TRABAJAR EN EQUIPO (OMS, 1985).

PARA COMPLEMENTAR LA FORMULACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN EL ÁREA DE LA SALUD, SE TIENE QUE RETOMAR ESCENCIALMENTE EL SERVICIO SOCIAL QUE SE REALIZA AL FINALIZAR LOS ESTUDIOS PROFESIONALES. AQUÍ SE PLANIFICARÍAN LOS EQUIPOS DE SALUD, EN UN PRIMER MOMENTO UNIR A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ESTUDIANTES EN EL TRABAJO PRÁCTICO, ABORDANDO CADA UNO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PERTINENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA CONCRETO DE SU PROPIA PROFESIÓN (BASADOS PRINCIPALMENTE EN UN DIAGNÓSTICO REAL DE LAS DIFERENTES NECESIDADES DE LA POBLACIÓN). Y POSTERIORMENTE, ESTOS EQUIPOS TRABAJARÍAN EN SU SERVICIO COMUNITARIO EN UNA FORMA MÁS EXTENSA Y COMPROMETIDA, UTILIZANDO MÉTODOS Y TÉCNICAS QUE SE REQUIERAN PARA ATENDER LA SALUD COMUNITARIA.

LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS CONFORMADOS EN EL SECTOR SALUD Y EN LAS UNIVERSIDADES COMO SERVICIO SOCIAL, DEBERÁN INCIDIR A NIVEL: PREESCOLAR, SECUNDARIA, MEDIO SUPERIOR Y SUPERIOR, PORQUE ES AQUÍ DONDE SE CONCENTRA LA MAYOR PARTE DE LA POBLACIÓN QUE EN UN FUTURO PARTICIPARÁ EN LOS MEDIOS DE PRODUCCIÓN Y FORMARÁ PARTE EN LA TOMA DE DECISIONES ANTE LOS PROBLEMAS DE UNA COMUNIDAD, SI SE LES PREVIENE A AFRONTAR SITUACIONES QUE AFECTEN SU SALUD A NIVEL GENERAL, TENDRÉMOS GENERACIONES CON LA NECESIDAD DE LA SALUD COMO UN MEDIO INDISPENSABLE PARA VIVIR.

ADEMÁS DE INCIDIR EN ESE ÁMBITO TORRES (1988), NOS DA UN PANORAMA MÁS AMPLIO DE LAS MODALIDADES DE APROXIMACIÓN DEL PSICÓLOGO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A NIVEL DE PREVENCIÓN, QUE SIN EMBARGO, LAS PODEMOS UTILIZAR TAMBIÉN PARA EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, PORQUE YA NO SE TRABAJARÍA AISLADAMENTE, SINO CON TODO EL APOYO DE LAS DEMÁS PROFESIONES.

NIVELES DE INCIDENCIA

POBLACIÓN EN RIESGO:

MUJERES EMBARAZADAS.

LACTANTES.

AMAS DE CASA.

ANCIANOS.

OBREROS, EMPLEADOS.

PRACTICAS DE ALIMENTACION

PRACTICAS EN EL USO DE
VIVIENDA.

PRACTICAS DE HIGIENE Y
AUTOCUIDADO.

CUIDADO Y PREVENCIÓN
AMBIENTAL.

PRACTICAS DE CONSUMO Y
CUIDADO DE AGUA, ENER-
GIA ELECTRICA, ETC.

HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.

CONDUCTAS ADICTIVAS.

ORIENTACION Y ED. SEXUAL.

CAMPOS DE ACCION:

INSTITUCIONES EDUCATIVAS

EDUCACIÓN BÁSICA, MEDIA BÁSICA,
MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS PUBLICOS.

COMUNIDAD.

INDUSTRIAS.

MEDIOS DE COMUNICACION.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL
Y FAMILIAR.

CENTROS DE READAPTACION SOCIAL.

ES IMPORTANTE RESALTAR QUE TODA LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD LLEVA IMPLÍCITA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PORQUE ES UN FACTOR DETERMINANTE EN LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, COMO UNA HERRAMIENTA PREVENTIVA DE LA SALUD Y COMO UNA HERRAMIENTA PREVENTIVA PARA PRESERVAR Y PROMOVER LA SALUD DE LAS COMUNIDADES DEL PAÍS.

PARA COMPLEMENTAR LAS ALTERNATIVAS RESPECTO A LA RESTRUCTURACIÓN DE LOS PLANES DE ESTUDIO DENTRO DE LA UNIVERSIDAD, ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA POSEE UN PROYECTO DE UN "MODELO PREVENTIVO: EN LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD COMUNITARIA Y SOCIAL" (CAMPILLO, - - 1979). ESTE MODELO NACE BAJO UN ENFOQUE PSICO-ANTROPOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS DEL ORIGEN, DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LAS COMUNIDADES SUB-URBANAS MARGINADAS, - ADEMÁS, DE LOS SUPUESTOS QUE LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA FORMACIÓN ACADÉMICA NO CORRESPONDE AL DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL, QUE LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO ES A NIVEL CURATIVO TRADICIONAL EN LUGAR DE UN NIVEL PREVENTIVO, Y LA PROBLEMÁTICA ECONÓMICA-SOCIAL EN QUE SE ENCUENTRA INMERSAS LAS UNIVERSIDADES OBSTACULIZA LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS ACTITUDES Y VALORES PROFESIONALES.

EL MODELO DE PSICOLOGÍA PREVENTIVA, MARCA COMO LINEAMIENTO LA PREVENCIÓN, LO CUAL IMPLICARÍA EVALUAR Y REESTRUCTURAR LOS PROGRAMAS DE ESTUDIO, REPROGRAMAR CON UN ENFOQUE SOCIAL, ANALIZAR E INVESTIGAR LOS PROBLEMAS EN EL NÚCLEO FAMILIAR EN LA COMUNIDAD Y REPLANTEAR TÉCNICAS EXISTENTES, IMPLEMENTAR NUEVAS - -

TÉCNICAS Y MÉTODOS PARA EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO COMUNITARIO, -
LOS PROPÓSITOS DE ESTE MODELO SON: 1) REMITIR AL ESTUDIANTE AL
LUGAR DE ORIGEN DE LOS PROBLEMAS CONDUCTUALES; 2) CONFRONTARLO
CON LA REALIDAD SOCIO-ECONÓMICA EN QUE VIVE; 3) MOSTRAR LA IM--
PORTANCIA DE INVESTIGAR INTER Y MULTIDISCIPLIARIAMENTE LOS PRO--
BLEMAS CONDUCTUALES; 4) ELABORAR DIAGNOSTICOS INTEGRALES QUE -
SIRVAN DE MARCO DE REFERENCIA PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD MEN--
TAL; 5) PLANTEAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN ACORDES AL DIAGNÓSTI--
CO INICIAL INTEGRAL; 6) ELABORAR PROGRAMAS DIFERENCIALES DE - -
ACUERDO A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA POBLACIÓN; 7) ELABO
RAR SISTEMAS DE EVALUACIÓN QUE PERMITAN EL CONTROL DEL TRABAJO
EN COMUNIDAD Y LA RETROALIMENTACIÓN DEL MISMO; Y 8) PROMOVER --
UNA RELACIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN EL SISTEMA DE ENSEÑANZA.

PARA LOGRAR TODOS ESTOS PROPÓSITOS EL PROGRAMA SE DIVIDE -
EN DOS ETAPAS (CAMPILLO, EL, AL, 1979). LA PRIMERA ETAPA DE - -
DIAGNÓSTICO QUE INCLUYE INVESTIGACIÓN, DIAGNÓSTICO INTEGRAL, -
PLANEAMIENTO DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN Y PROGRAMACIÓN DIFEREN
CIAL DE ACUERDO CON CADA PROGRAMA LOCALIZADO. LA SEGUNDA ETAPA
SE REFIERE A LA ETAPA TERAPEÚTICA O DE INVESTIGACIÓN; CONTIENE
LA PROGRAMACIÓN ESPECÍFICA Y REQUIERE DE UNA REVALORIZACIÓN Y -
AMPLIACIÓN DEL REPERTORIO TECNOLÓGICO Y METODOLÓGICO. EL ESTU--
DIANTE QUE CURSE POR ESTE MODELO ATRAVEZARÁ POR DIFERENTES NIVE
LES EN EL TRABAJO DE LA COMUNIDAD: A) CONTACTO DIRECTO CON LA -
COMUNIDAD; B) PREPARACIÓN TEÓRICA; C) ETAPAS DE ANÁLISIS Y DE--
TECCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA COMUNIDAD; D) ORGANIZACIÓN DE
ACTIVIDADES GRUPALES; Y E) DESARROLLO DE PROGRAMAS DE TRABAJO -

CONJUNTO REALIZANDO LAS SIGUIENTES TAREAS, ANÁLISIS DE SITUACIÓN, PROBLEMA Y DE SUS CONTEXTO, ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN, USO DE TÉCNICAS QUE PROMUEVAN COHESIÓN DENTRO DEL GRUPO PARA -- LLEVAR A CABO TAREAS COMUNES, IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS ESTRUCTURALES Y PLANEADOS POR Y PARA LA COMUNIDAD Y LA EVALUACIÓN DE - RESULTADOS.

PARA FINALIZAR EL PRESENTE TRABAJO, ES IMPORTANTE RESALTAR EL GRAN INTERÉS QUE EL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD HA GENERADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS A NIVEL MUNDIAL AL GRADO QUE LA OMS, APOYA ACTUALMENTE UN PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN PSICOLOGÍA PARA PERSONAL DE SALUD, QUE SE CENTRA EN CUATRO ÁREAS PSICOLÓGICAS DENTRO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: PREPARACIÓN PARA LA PATERNIDAD, SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE, EDUCACIÓN SOBRE LA VIDA FAMILIAR, ABUSO DE SUSTANCIAS NOCIVAS (CON PARTICULAR ATENCIÓN EL HÁBITO DE FUMAR); MANEJO DE ESTRESS Y LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, Y CUIDADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LA DISCAPACIDAD (HOLTZMAN Y COLS, 1988). ADEMÁS, SE RECONOCE LA IMPORTANCIA EN LA INTERVENCIÓN QUE PUEDE TENER LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA POR SUS MÉTODOS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LOS GRUPOS HUMANOS EN LA COMUNIDAD; ENTENDIENDO LAS FORMAS EN QUE LAS GENTES PARTICIPAN ACTIVAMENTE EN LA VIDA DE LA COMUNIDAD; SE RECONOCE EL PAPEL DE CONSULTOR DE LOS LÍDERES COMUNALES E INSTITUCIONES EN DIVERSOS PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD. TAMBIÉN EL PSICÓLOGO COMUNITARIO HA GENERADO CIERTA CURIOSIDAD EN RELACIÓN AL PAPEL DE AGENTE DE CAMBIO SOCIAL QUE HA VENIDO JUGANDO A TRAVÉS DEL TIEMPO "HASTA DONDE DEBE LLEGAR UN PSICÓLOGO COMUNITARIO EN LA PROVISIÓN DE LIDERAZGO" (IBIDEM, P.274).

B I B L I O G R A F I A

- BENDER M,P. PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD. EDICIONES, CEAC. BIBLIOTECAS DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA. BARCELONA, ESPAÑA; 1981.
- BARRENTO M,H. E ISLAS E,M. COMPARACIÓN ENTRE LOS PROCESOS DE -- DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA EN MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS. UNAM - ENEPI; 1987.
- BORGA CASTAÑEDA. "LA ECOLOGÍA. PARADIGMA DEL TRABAJO MULTI E INTERDISCIPLINARIO EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (ENSAYO)" - REVISTA PSICOLOGÍA Y SALUD. UNIVERSIDAD VERACRUZANA. ABRIL 1988. PP. 48 - 49.
- BREA G,L. Y CORREA S,E. "LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA: EMBRIÓN DE UN NUEVO PARADIGMA". EN RIBES I,B. ENSEÑANZA, EJERCICIO E INVESTIGACIÓN DE LA PSICOLOGÍA; MÉXICO, EDITORIAL, TRILLAS, 1980.
- CAMPILLO R. Y HERNÁNDEZ L; "PSICOLOGÍA PREVENTIVA: UN MODELO DE ENSEÑANZA EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA". EN: ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA. VOL. 1, - No. 19, 1979. PP. 584 - 598.
- CAMPOS H,A. Y CAMPOS H,H. LA PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL CONTEXTO LABORAL. UNAM-ENEPI, 1985.
- CÉLIS S,A. "PATOLOGÍA DE LA POBREZA". EN: UNAM, SOCIOMEDICINA - CICLOS XIX Y XX. 1979. PP.
- COPLAMAR, NECESIDADES ESENCIALES EN MÉXICO SITUACIÓN ACTUAL Y - PERSPECTIVAS EN EL AÑO 2000. ED. SIGLO XXI, MÉXICO. 1985.

- COSTA M. Y LÓPEZ E. SALUD COMUNITARIA. ED. MARTÍNEZ ROCA, BARCELONA, ESPAÑA. 1986.
- FERRARA, "INTRODUCCIÓN A LA SALUD PÚBLICA". EN: MEDICINA COMUNITARIA. ED. INTER-MÉDICA, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1976. PP.
- GÓMEZ DEL CAMPO J. "CENTROS COMUNITARIOS DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA. UNA ALTERNATIVA A LOS SERVICIOS PSICOLÓGICOS TRADICIONALES". EN: ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA. VOL IX, No. 11, 1983, PP. 27 - 34.
- HEVIA RIVAS P. "PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD" EN: SALUD PÚBLICA. VOL. XXVII, No. 5, 1985, PP. 402 - 409.
- KINIEGRA U, L. "HACIA UN CONCEPTO DE SALUD COLECTIVA". EN: SALUD PUBLICA. VOL. XXVII, No. 5, 1985. PP. 410 - 418.
- HOLTZMAN W, EVANS R, KENNEDY S. E ISCOE I. "PSICOLOGÍA Y SALUD. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD Y DE LA ATENCIÓN DE SALUD". BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. VOL. 5 No. 3, 1988, PP. 245 - 282.
- LAURELL A.C. Y ENRIQUEZ E. LA POLÍTICA DE SALUD EN LA CRISIS ECONÓMICA: 1976 A 1978. UAM-XOCHIMILCO; 1980, PP. 1 - 13.
- LAURELL A.C. "MEDICINA Y CAPITALISMO EN MÉXICO". CUADERNOS POLÍTICOS. No. 5, 1975.
- LAURELL A.C. SALUD ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL. UAM-XOCHIMILCO, 1979, PP. 1 - 23.
- LEYVA FERNÁNDEZ. "EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD". REVISTA PSICOLOGÍA Y SALUD. UNIVERSIDAD VERACRUZANA. ABRIL, 1988. PP. 16 - 20.

- LOEWE R. PANORAMA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MÉXICO. SERIE MATERIALES DE APOYO. No. 2, AREA EDUCACIÓN Y SALUD. UAM-Xochimilco, MÉXICO, 1985. pp. 1 - 27.
- LOZA H, "EL PRIMER NIVEL ESPACIO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD". REVISTA PAPALOTL, UAM-Xochimilco, No. 12, - - 1984, pp. 7 - 11.
- MARCO V.J. Y KUMATE J. "LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO INSTRUMENTO DE DESARROLLO EN MÉXICO". REVISTA SALUD PÚBLICA. - Vol. 31, No. 2, 1987. pp. 177 - 184.
- MONTERO MARITZA "LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA: ORÍGENES, PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS". REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA. Vol. 16, No. 3, 1984. pp. 387 - 400.
- MONTERO MARITZA. "LA PSICOLOGÍA SOCIAL Y EL DESARROLLO DE COMUNIDADES EN AMÉRICA LATINA". REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA. Vol. 12, No. 1, 1980. pp. 159 - 179.
- OMS LA EDUCACIÓN DE PERSONAL DE SALUD CENTRADA EN LA COMUNIDAD. SERIE DE INFORMES TÉCNICOS No. 746. GINEBRA, 1987.
- OMS Y OPS INFORME DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ALMA-ATA, URSS. 1978.
- OMS Y OPS EL SECTOR SALUD EN EL DECENIO DE LOS OCHENTA. ESTRATEGIAS REGIONALES PARA ALCANZAR LA META DE SALUD PARA TODOS - EN EL AÑO 2000. SANTIAGO DE CHILE, 1981.
- OMS NECESIDADES DE PERSONAL SANITARIO PARA ALCANZAR LA SALUD --- PARA TODOS EL EN AÑO 2000. SERIE DE INFORMES TÉCNICOS, No. GINEBRA, 1985.
- OMS Y OPS PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD Y EL DESA---

- ROLLO EN LAS AMÉRICAS, ANÁLISIS DE ESTUDIO DE CASOS SELECCIONADOS, 1984.
- ORTIZ VIVEROS R. "EL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MENTAL", REVISTA PSICOLOGÍA Y SALUD, UNIVERSIDAD VERACRUZANA, ABRIL, 1988, PP. 36 - 38.
- PÉREZ COTA "EL TALLER NACIONAL PARA LA DEFINICIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO, ALGUNAS IMPLICACIONES", EN: ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA.
- QUINTANILLA R. GONZÁLEZ I, LÓPEZ G. MEJÍA H. SANTANA L. Y VÁZQUEZ B. "EL MÉTODO INVESTITACIÓN-ACCIÓN APLICADA EN UNA COMUNIDAD MARGINADA A PARTIR DEL PROPIO AUTODIAGNÓSTICO", REVISTA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA, VOL. 6 No. 2, 1980, - PP. 226 - 235.
- RAPPAPORT JULIAN. PSICOLOGÍA COMUNITARIA, EDICIÓN EXPERIMENTAL - CON FINES DOSCENTES, SANTO DOMINGO, 1980.
- RODRÍGUEZ DE A. "LA PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL SECTOR SALUD", REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGÍA, VOL. 1, No. 1, 1984,- PP. 22 - 26.
- RODRIGUEZ DOMINGUEZ "EDUCACIÓN PARA LA SALUD", REVISTA PSICOLOGÍA Y SALUD, UNIVERSIDAD VERACRUZANA, ABRIL, 1988, PP. 7-8.
- RODRIGUEZ ORTIZ. APUNTES DE SOCIOLOGÍA MÉDICA, UNAM, 1985, PP. - 122 - 142.
- ROJAS SORIANO, CAPITALISMO Y ENFERMEDAD, ED. COLECCIÓN FOLIOS - UNIVERSITARIOS, MÉXICO, 1988.
- SAN MARTÍN. CRISIS MULDIAL DE LA SALUD, SALUD PARA NADIE EN EL AÑO 2000, ED. CIENCIA 3 MADRID, ESPAÑA, 1985.

- SECRETARÍA DE SALUD. HISTORIA DE LA SALUD, RESEÑA HISTÓRICA 1982 -1988. TOMO I Y II. MÉXICO, 1988.
- SOBERÓN GUILLERMO. "EL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS - DE SALUD". REVISTA DE SALUD PÚBLICA. VOL. 25, No. 1, 1983,- PP. 11 - 20.
- SOBERÓN GUILLERMO. "REQUERIMIENTOS DEL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN- PRIMARIA DE SALUD EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI". REVISTA DE SALUD PÚBLICA. VOL. 30, No. 6, 1988. PP. 791 - 803.
- SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA; SOCIEDAD CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA Y SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE TABASCO. LA PARTICIPACIÓN MULTISECTORIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. RECOPI- LACIÓN BIBLIOGRÁFICA, MÉXICO, D. F., 1986.
- S.S.A. CUADERNO DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. - No. 1, 1981.
- S.S.A. CUADERNOS DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. - No. 2, 1981.
- TÁPIA JUANYEK R. "NIVEL DE VIDA Y SALUD". SOCIOMEDICINA CILOS -- XIX Y XX. UNAM, 1981.
- TORRES B. Y BELTRÁN F. "APROXIMACIÓN METODOLÓGICA DEL PSICÓLOGO- EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD". REVISTA SONORENSE DE PSI COLOGÍA. VOL. 2, No. 1, 1988, PP. 52 - 56.
- TYLER FORREST. "LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y SUS IMPLICACIONES - PARA LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO". REVISTA LATINOAMERI CANA DE PSICOLOGÍA. VOL. 6, No. 2, 1984, PP. 291 - 307.
- UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA, OSP Y OMS. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA UNIVERSITARIA. MÉXICO A DIEZ AÑOS DE ALMA-ATA. UNAM, 1989.

- VEGA F. Y GARCÍA M. BASES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA. ED. -
PRENSA MÉDICA MEXICANA, 1987.
- ZAKUS DAVID. "LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LOS PROGRAMAS DE -
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD". REVISTA DE SALUD PÚBLICA. -
VOL. 30, No. 2, 1988. PP. 151 - 174.
- ZAX M. Y SPENTER G. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD.
ED. MANUAL MODERNO, S.A. MÉXICO, 1979.