

31921
7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

EL PAPEL DEL PSICOLOGO CLINICO EN EL
DIF MUNICIPAL DE IXTAPALUCA.

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
OMAR ALVAREZ PANIAGUA

COMISION DICTAMINADORA:

MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA

MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

LIC. ALEJANDRO GONZALEZ VILLEDA



IZTACALA TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Página

RESUMEN	3
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES.....	4
1. La psicología clínica y las funciones del psicólogo.....	4
1.1. Evaluación.....	6
1.2. Diagnóstico	8
1.3. Tratamiento	9
2. El papel del psicólogo clínico en las instituciones de salud.....	11
2.1. Prevención	15
2.2. Educación para la salud	18
CAPÍTULO 2. DATOS ACERCA DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF).....	22
1. Antecedentes	22
2. El Sistema Nacional de Asistencia Social y el DIF.....	23
3. Objetivos y metas del DIF Nacional	24
4. Servicios y programas que se ofrecen a la población.....	25
4.1. Alimentación y nutrición familiar	25
4.2. Atención a la discapacidad	25
4.3. Servicios jurídico-asistenciales	26
4.4. Prevención y bienestar familiar	26
4.5. Apoyo a la salud del niño y de la mujer	26
5. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM).....	27
6. El DIF municipal de Ixtapaluca	28
CAPÍTULO 3. ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PSICÓLOGO EN EL DIF MUNICIPAL DE IXTAPALUCA.....	32
1. El papel del psicólogo municipal	31
1.1. Difusión de los servicios prestados	33
1.1.1. Descripción de la actividad	33
1.1.2. Metodología utilizada	33
1.1.3. Resultados obtenidos	34
1.2. Prevención en grupos vulnerables	35
1.2.1. Educación para la familia	36
1.2.1.1. Descripción de la actividad	36
1.2.1.2. Metodología utilizada	37
1.2.1.3. Resultados obtenidos	40
1.2.1.4. Observaciones	41
1.2.2. Prevención de problemas en la adolescencia	42
1.2.2.1. Descripción de la actividad	42
1.2.2.2. Metodología utilizada	43
1.2.2.3. Resultados obtenidos	45
1.2.2.4. Observaciones	47

- 1.2.3. Prevención de las adicciones 47
- 1.2.3.1. Descripción de la actividad47
- 1.2.3.2. Metodología utilizada48
- 1.2.3.3. Resultados obtenidos 49
- 1.3. Atención de los problemas psicológicos49
- 1.3.1. Descripción de la actividad 50
- 1.3.2. Metodología utilizada52
- 1.3.3. Resultados obtenidos 53
- 1.3.4. Observaciones 55
- 2. Información estadística255

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS Y CRÍTICA DEL TRABAJO REALIZADO EN EL DIF..... 56

- 1. El contexto de trabajo 56
- 2. La metodología aplicada 57
- 3. Los subprogramas 58
- 3.1 Detección de necesidades 59
- 3.2 Evaluación 60
- 4. Otros problemas detectados 60
- 4.1 Calidad del trabajo 60
- 4.2 Poca cobertura e insatisfacción de necesidades 61
- 4.3 Incumplimiento de acuerdos 62
- 5. Desarrollo personal y dificultades institucionales 62

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE FORMACIÓN ACADÉMICA Y PRÁCTICA PROFESIONAL..... 65

- 1. Formación teórica 65
- 2. El vínculo entre teoría y práctica 67
- 3. Formación práctica 69
- 3.1. La Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) 69
- 3.2. Conducción de grupos 70

CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE CONTENIDOS PARA MEJORAR LA FORMACIÓN RECIBIDA EN LA FES IZTACALA Y LOS RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA EN EL DIF..... 71

- 1. Formación académica 71
- 1.1. Actualización 71
- 1.2. El problema teórico 71
- 1.3. Formación académica para un trabajo comunitario 74
- 2. Actividades en el DIF 76
- 2.1. Atención individual vs atención comunitaria 76
- 2.2. ¿Atención Psicológica Integral? 78
- 2.3. Implementación de un modelo de salud comunitaria 80

CONCLUSIONES 86

BIBLIOGRAFÍA 91

RESUMEN

El presente escrito es un reporte de trabajo profesional elaborado para obtener el título de Licenciado en Psicología que otorga la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI).

La actividad reportada se realizó durante el año 2001, en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), ubicado en el Municipio de Ixtapaluca que forma parte del Estado de México.

Durante este periodo, se efectuaron labores correspondientes al área de la psicología clínica. Por esta razón, son expuestos algunos datos sobre las funciones que desempeña un psicólogo clínico y el papel que juega en las instituciones de salud pública y asistencia social como el DIF. Con esto, se da un panorama general sobre el papel formal de este profesional y se explican las actividades que desarrolla en este ámbito.

A su vez, se da una breve explicación de los antecedentes, objetivos, metas y estructura del DIF, haciendo énfasis en las particularidades que tiene esta institución en el Municipio de Ixtapaluca.

En la parte central del trabajo, son descritas las funciones que se tenían en esta institución, explicando las actividades realizadas, la metodología utilizada y los resultados obtenidos, durante la aplicación del programa enfocado a la Prevención y Bienestar Familiar, específicamente, en los subprogramas: Atención Psicológica Integral (API), Atención Integral del Adolescente (AIA), Prevención al Alcoholismo y la Farmacodependencia (PREALFA) y escuela para padres.

Posteriormente, se realiza un análisis crítico sobre la actividad realizada en el DIF, reflexionando sobre la relación que hubo entre la formación académica y la práctica profesional.

A partir de esto, se efectúa una breve propuesta de contenidos para tratar de mejorar la actividad realizada en el área descrita, así como el trabajo que desempeñan los psicólogos en el DIF. Al respecto, se comenta la incorporación de algunos elementos propios de los enfoques comunitarios y preventivos derivados de la atención en salud pública.

Dicha propuesta, se complementa con algunas sugerencias para tratar de mejorar la formación académica que se recibió en la FES Iztacala, enfatizando aspectos como la incorporación de los enfoques preventivos contemporáneos al currículum.

Por último, en las conclusiones son realizados algunos comentarios sobre las actividades del psicólogo en el ámbito de la salud pública, haciendo una comparación entre lo dicho en la bibliografía y lo vivido en esta experiencia.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES.

En el presente capítulo se explican aspectos generales acerca del trabajo que realiza el psicólogo en el área clínica. Con esta explicación se espera dar un panorama general acerca del papel que tiene un psicólogo, las actividades que realiza en las instituciones de salud y la relevancia que tiene su trabajo para poder mejorar los estilos de vida de la gente que acude a estos lugares para recibir atención.

1. La psicología clínica y las funciones del psicólogo.

La psicología clínica es una área aplicada de la psicología general que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que llevan a una comprensión del carácter único de una persona o grupo de personas, los cuales se encuentran en dificultades. Su objetivo fundamental es reducir el malestar que experimenta una persona, ayudándole a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada, tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social (Pérez G. A., 1988).

Dentro de la psicología clínica se pueden encontrar una serie de modelos conceptuales y métodos no unificados, cada uno de ellos estudia de manera muy particular la conducta de los sujetos en su individualidad y su interacción social. En todos los modelos teórico-metodológicos el malestar de una persona y la sintomatología propia de algún trastorno de carácter psicológico se debe estudiar a fondo, retomando las bases conceptuales propias de cada modelo.

En la psicología clínica el principal objetivo es conocer las peculiaridades del comportamiento y su evolución individual. El psicólogo clínico centra su interés en descubrir y describir aquello que en el comportamiento de una persona sea problemático o anormal y detectar si tales aspectos suponen dificultades para la salud o el rendimiento de la persona. (Peinado A. J. 1985)

Núñez R. (1985) comenta, "Como profesión y como disciplina aplicada, la psicología clínica contemporánea le presta una enorme atención al individuo en sí. El tratamiento psicológico da servicio al individuo en diversas instituciones donde se interna al paciente, pero también en consulta externa. En la práctica se hace énfasis en el tratamiento de la persona, en general basado en el estudio de caso..."(Pág. 12)

En síntesis puede decirse que la meta de la psicología clínica consiste en ayudar a las personas que creen tener algún problema y quieren resolverlo acudiendo con un profesional de la conducta. Los problemas por lo que se puede ir al psicólogo son muy diversos y para acudir a consulta con él no hace falta estar mal de la cabeza (como suele opinarse).

Pérez B. F. E. (1988) comenta que en la psicología clínica se pueden distinguir tres ejes de acción clasificándolos de la siguiente manera:

1. Teórico: tiene como objetivo conocer y defender las diferentes interpretaciones sobre el fenómeno psíquico, estudiar sus padecimientos y estados alterados. En este aspecto, se busca desarrollar la disciplina clínica como un oficio profesional, objeto teórico, formativo y aplicado.
2. Formativo: por medio de la enseñanza se crea una experiencia de capacitación psicoterapéutica en donde el educando aprende como producir cambios conductuales, mientras el educador favorecer actitudes reflexivas que posibiliten la interrogación rigurosa y la intervención sobre los distintos padecimientos psíquicos.
3. De aplicación: los componentes básicos de la psicología clínica (psicodiagnóstico, modificación de conducta, psicoterapia e investigación) son puestos a disposición en los ámbitos de la salud, el trabajo y la educación, estableciendo relaciones laborales con diversas instituciones privadas y públicas.

Gracias a esto, el psicólogo clínico desarrolla diferentes tipos de actividades:

- Brindar atención como psicoterapeuta en instituciones de educación de todos los niveles, tanto en el ámbito institucional como en programas de educación de la sexualidad.
- Participar en programas terapéuticos tendientes a crear alternativas de vida para grupos de edad avanzada.
- Participar activamente en equipos interdisciplinarios dentro del ámbito hospitalario.
- Elaborar el psicodiagnóstico en las diferentes etapas de la vida.
- Atender problemas de salud mental, tanto en el ámbito individual como grupal.
- Realizar investigaciones con la intención de ayudar al descubrimiento de nuevos métodos y técnicas psicoterapéuticas que amplíen su campo de acción.

Como puede observarse, la atención del psicólogo clínico se ha fijado tradicionalmente en las formas de conducta, pensamiento, reacción, experiencias estables y relativamente uniformes que caracterizan a un individuo en particular, es decir, su personalidad.

La medida, descripción y evaluación de la personalidad, junto con el diagnóstico de aquello que puede ser calificado como problema, comportamiento anormal o desadaptado del individuo son algunas de las actividades que describen las funciones del psicólogo.

Las teorías acerca de la personalidad se relacionan con el descubrimiento y descripción de las experiencias, condiciones y acontecimientos que hacen cambiar las características de una personalidad específica. También se les encuentra ligadas con la descripción y predicción del comportamiento futuro basándose en el conocimiento de las características actuales, por lo tanto, el psicólogo clínico se funda en estas teorías para llevar a cabo evaluaciones, procedimientos de diagnóstico y métodos de tratamiento. (Rotter J. B. 1980)

El psicólogo clínico se auxilia de la gama conceptual que le permite definir con la mayor eficacia cual es el problema o problemas específicos e ir contemplando una ruta a seguir para realizar su intervención bajo la guía de determinada(s) metodología(s) (Berstein D. y Nietzel M., 1988).

El clínico también suele utilizar la información derivada de su trabajo para realizar investigaciones que ayuden a desarrollar los conocimientos sobre la conducta y a la creación de nuevas teorías que sean de utilidad para la práctica clínica. (Nuñez R., op. cit.)

Berstein D. y Nietzel M. (op.cit.) agregan: "...la actitud clínica, la idea no sólo de aprender acerca de la conducta (en especial la que presente problemas) sino de hacer algo al respecto es lo que es innato a la psicología clínica." (pág. 7)

Por lo tanto, si el que hacer del psicólogo clínico se fundamenta en encontrar la manera de modificar alguna situación problemática presente en la personalidad del individuo ¿cómo lo hace?.

Pueden ubicarse por lo menos tres pasos básicos que debe seguir el psicólogo para llevar a cabo de una manera ordenada un proceso terapéutico y conseguir la meta del cambio: evaluación, diagnóstico y tratamiento. A continuación se hablará brevemente de cada uno de estos.

1.1 Evaluación.

La evaluación se enfoca en la medición de la intensidad, ocurrencia y duración de alguna problemática de tipo psicológico; esto se realiza a través de la observación, la aplicación de pruebas y por medio de la entrevista en sus diferentes niveles de profundidad, cada uno de estos aspectos son aplicados al sujeto y a los miembros de su contexto, arrojando información de sus actividades, y en general, de su personalidad. (Montalvo R. J. & Soria T. R., 1997)

Al respecto, Roa A. A. (1993) dice que existen diferentes modelos de evaluación clínica, entre los cuales, destacan algunos como el psicométrico, psicodinámico, médico psiquiátrico y el conductual, todos estos se encuentran basados en el estudio de la conducta individual y muestran particularidades propias de sus bases teóricas, a continuación se explican brevemente:

- **Modelo Psicométrico:** la medición numérica de las cualidades subjetivas, habilidades, o aptitudes de un individuo.
- **Modelo Psicodinámico:** la evaluación por medio de observaciones cualitativas y métodos inductivos.
- **Modelo Médico-Psiquiátrico:** el trastorno se conoce como enfermedad mental, se aplican pruebas y se comparan los resultados con normas de referencia y diagnóstico clínico.
- **Modelos conductuales:** Observación y medición de la conducta observable, ya sea originada por aspectos internos del organismo o del ambiente exterior (consecuencias de la conducta).

A estos modelos de evaluación clínica podemos agregar uno que fundamenta sus acciones de evaluación en una visión diferente de las problemáticas psicológicas, es decir, desde una perspectiva basada en la teoría general de los sistemas.

En la psicología sintética se evalúan los patrones de comunicación entre todos los miembros de una familia, se toma en cuenta la etapa del ciclo vital en la que se encuentran los pacientes, las reglas y límites (implícitos o explícitos) observados entre los diferentes subsistemas que componen una familia (filial, paterno y fraterno).

Gracias a esto se considera el síntoma como algo grupal, a diferencia de los modelos antes mencionados que suelen considerarlo como algo individual.

Al respecto, Montalvo y Soria (op. cit.) mencionan que el modelo estructural se basa en el concepto de familia "no como un conjunto de aspectos biopsicodinámicos individuales de sus miembros, sino más bien como un sistema en el que sus miembros se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar. Además, se parte del supuesto de que existe un modelo normativo para las familias que están funcionando adecuadamente, modelo que implica una estructura con ciertas características, que de no presentarse conlleva a una organización familiar problemática" (pág. 33)

Lo anterior no significa que el individuo detectado como "el paciente" sea disuelto por el grupo, bajo esta perspectiva no debe perderse de vista lo individual, por el contrario es necesario dirigirse también al individuo y respetarlo como tal. (Sterlin, Ricker, Embden, Wetzel y Wirsching, 1995)

En fin, puede observarse que dependerá de la orientación teórico-metodológica que sea utilizada para realizar la evaluación, la elección del tipo de instrumentos (cuestionarios, test, dinámicas, etc.) utilizados para obtener información, y por lo tanto, el diagnóstico del individuo puede variar tomando en cuenta los datos que se obtengan durante este proceso. (Roa A. A., op. cit.)

Basta con agregar que en todos los casos el objetivo es comprender de la mejor manera la problemática de la persona o grupo de personas, de manera que pueda tomarse una decisión con el auxilio de la mayor información posible y así poder emprender el mejor camino en el sentido teórico y metodológico para cada caso particular (Phares E. J., 1996).

Al finalizar la evaluación, es necesario que se analice la información obtenida, se reúnan todos los datos y se detecten las particularidades sobre algún tipo de carencia o deficiencia en cuanto a la conducta que se este evaluando, derivando de todo esto un diagnóstico.

1.2 Diagnóstico.

Según Nuñez R. (1985) la segunda de las funciones más comunes del psicólogo clínico es el diagnóstico o psicodiagnóstico que ha sido uno de los aspectos más desatendidos, tanto en la práctica privada como en instituciones públicas.

El mismo autor comenta, "El psicodiagnóstico final es valioso como resumen e integración de la personalidad del paciente, como información acerca de algún tipo de perturbación existente... se integra entendiendo la personalidad como una síntesis estructural que al mostrar la naturaleza clínica de la alteración determina áreas para la modificación, el cambio, la mejoría, la corrección o la estabilización de la conducta..." (Pág. 31)

Al respecto, la existencia de instrumentos creados por gente que labora en el campo de la salud mental para la realización del diagnóstico clínico, muestra la necesidad de contar con información consensual acerca de aquello que se puede entender como un problema clínico, independientemente de las diferentes orientaciones teórico-metodológicas que sean manejadas por los profesionales.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) es uno de los instrumentos de mayor uso en el ámbito de la psicología y la psiquiatría. Aunque su uso parece ser obligatorio para poder formular un diagnóstico basado en características derivadas de la investigación y la evaluación clínica internacional, no suele ser utilizado por la mayoría de los psicólogos fuera de las instituciones relacionadas con la salud. Esto ocurre a pesar de las implicaciones legales que tiene el inadecuado manejo de información y creación de expedientes clínicos. (Pichot P., 2001)

Además, el diagnóstico realizado con el uso de este tipo de instrumentos facilita la recopilación de información estadística que puede y debe ser de utilidad para la planeación de estrategias y políticas gubernamentales que ayuden al control y disminución de los problemas psicológicos y psiquiátricos.

Estos instrumentos proporcionan una descripción clara y concreta acerca de los problemas más comunes en el ámbito clínico, información acerca de la morbilidad, con lo cual resultan ser un auxiliar importante para la investigación

de las problemáticas en función de su frecuencia, intensidad y duración, campo propio de la epidemiología.

Por otra parte, no se debe olvidar que de la misma manera que sucede con la evaluación, el diagnóstico dependerá en gran medida de las bases teóricas y metodológicas que tenga el psicólogo.

Actualmente es obligatorio el uso del DSM IV en la formulación del diagnóstico, pero el control de su uso no puede ser llevado a cabo más que por quien lo usa y por quien conozca su uso correcto.

Como el diagnóstico clínico se ve influenciado por la formación teórica del psicólogo, éste puede variar o contradecirse dependiendo de quien lo este realizando. La manera de encuadrar y organizar las circunstancias por parte del psicólogo, influirá definitivamente en la elaboración del mismo, razón por la que debe actuarse cuidadosamente al realizar un diagnóstico ya que el juicio emitido influirá fuertemente en la vida del paciente.

En caso de considerar el problema como individual, familiar o grupal, influirá en la creación de una serie de estrategias que pueden ser equivocadas o acertadas, dependiendo de la correctitud del mismo diagnóstico.

Los modelos teóricos que enfocan su atención en el individuo realizaran el diagnóstico a partir de un estudio detallado de la personalidad y los patrones de conducta que originan y mantienen un problema.

De manera contraria, los modelos que enfocan su atención en el núcleo familiar realizan el diagnóstico por medio de la observación, la investigación y conocimiento de la estructura familiar; también suelen utilizar algún instrumento de medición que sea útil para profundizar en el caso.

En resumen, se puede decir que dependiendo el modelo teórico utilizado, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento se realizan de diferentes maneras dando un dinamismo muy particular al proceso terapéutico.

Después de realizar la evaluación y formular un diagnóstico acerca de la problemática detectada, el siguiente paso debe ser la planeación de estrategias específicas para poder modificar la situación de la(s) persona(s), es decir, implementar un tratamiento o terapia.

1.3 Tratamiento.

La tercera de las funciones que realiza con mayor frecuencia el psicólogo clínico es la de terapeuta. En esta, se realiza algún tipo de intervención con la intención de cambiar las circunstancias presentes en la vida de un individuo o de un grupo.

El tratamiento o intervención puede emprenderse para modificar alguna conducta problema, eliminar situaciones negativas, cambiar la manera de responder ante determinados eventos, etc.

En todo el proceso terapéutico la relación básica es entre un paciente y su terapeuta en una atmósfera de confianza que facilita el establecimiento de un vínculo con fines de apoyo.

En otros casos la profundidad de la relación abarca a todos los miembros de una familia y el terapeuta es un miembro más del grupo conociendo su dinámica, ayudando a su evolución y a su crecimiento. (Minuchin S. y Fishman H., 1990)

Al respecto, Kendall P. C. y Norton-Ford (1988) mencionan que independientemente de su orientación teórica, todos los psicólogos clínicos aplican la psicoterapia compartiendo cuatro características en común:

- 1) El psicoterapeuta establece una relación genuina y cuidadosa con el paciente.
- 2) El psicoterapeuta lo ayuda a emprender una autoexploración psicológica.
- 3) El psicoterapeuta y el paciente trabajan en equipo para establecer objetivos cuyo fin es resolver los problemas psicológicos del paciente y mejorar su desenvolvimiento personal.
- 4) El psicoterapeuta enseña al paciente técnicas para hacer frente a la tensión y controlar su vida en forma autónoma y eficaz.

En síntesis: la intervención clínica consiste en la aplicación de los principios metodológicos de la psicología para ayudar a las personas a superar sus problemas y llevar una vida más satisfactoria.

Los psicólogos clínicos utilizan su conocimiento del funcionamiento humano y los sistemas sociales, en combinación con los resultados de su evaluación clínica, para encontrar la manera de ayudar a sus clientes.

Se puede concluir diciendo que las intervenciones del psicólogo clínico se llevan a cabo por tres razones básicas:

1. El mejoramiento: implica ayudar a las personas o a los sistemas sociales a resolver problemas que ya existen.
2. La prevención: implica tratar de anticiparse a los problemas antes de que estos ocurran.
3. La superación: implica ayudar a las personas a mejorar sus capacidades personales y sus relaciones en el medio.
(Kendall P. C. y Norton-Ford, op. cit.)

Pérez B. F. E. (1988) agrega, "Al mismo tiempo, la intervención psicológica actual no se reduce a ser exclusivamente clínica en el sentido tradicional, sino que contempla unos objetivos más amplios, abarcando también la prevención y la promoción de salud.

Aquí el individuo está contemplado no como un ser aislado, sino como inmerso en el contexto social, por lo que se refuerza el punto de vista de que los factores medio ambientales desempeñan un papel fundamental en la génesis de los diferentes trastornos." (pág. 2)

Por lo tanto, a las actividades antes mencionadas se agrega la participación del psicólogo clínico en las actividades de promoción, prevención y educación en las instituciones de salud pública.

2. El papel del psicólogo clínico en las instituciones de salud.

Muchos psicólogos clínicos trabajan en equipo para los gobiernos federal y estatal, universidades, colegios, escuelas de medicina o clínicas públicas pagadas total o parcialmente con los fondos públicos.

Los ingresos del psicólogo no dependen del dinero que percibe directamente de los pacientes; en consecuencia, se puede conseguir sus servicios sin que haya que tomar en cuenta las posibilidades económicas del paciente. Lo anterior quiere decir, que son muy pocos los psicólogos clínicos que dependen del ejercicio privado de la profesión como su principal fuente de ingresos. (Rotter J. B., 1980)

Debido a esta situación los psicólogos se deben incorporar a los equipos de trabajo que laboran en las instituciones de salud. Por lo común estos equipos se componen exclusivamente de profesionales del área médica, por lo tanto la participación del psicólogo comienza a ser cada vez más importante.

En estas instituciones se requiere de una perspectiva biopsicosocial sobre la salud de los individuos, se evita separar lo psicológico de lo físico o de lo social, y de esto depende la adecuada integración de los equipos de trabajo.

Los psicólogos ejercen acciones encaminadas a la prevención, educación y fomento de la salud y en estos lugares se requieren su conocimiento sobre las técnicas y procedimientos en modificación de la conducta, actitudes y creencias de la gente.

Hasta hace poco estas técnicas habían sido retomadas por el personal médico con sus correspondientes limitaciones relegando indirectamente al profesional de la salud mental a un segundo término.

Al respecto, Salleros S. L. (1990) comenta que para que una institución pueda llevar a cabo correctamente un programa de actividades preventivas, debe incorporar a todos sus profesionales.

Tradicionalmente era el médico el único involucrado en los procesos de salud, esto a cambiado poco a poco y actualmente el papel que el psicólogo tiene en dichas instituciones es muy importante.

A pesar de que sus acciones preventivas han estado guiadas por el modelo de los médicos y los psiquiatras, el psicólogo ha modificado esto progresivamente de acuerdo a una perspectiva psicológica que considera la salud como algo integral.

Lo anterior es mencionado porque la incorporación del psicólogo a las instituciones mexicanas de salud igual que en muchos lugares del mundo, se encuentra vulnerable ante el enfoque médico que predomina en la forma de trabajo.

A través del tiempo el psicólogo ha tenido que esforzarse y debe seguir luchando por definir el papel que juega en la sociedad y en la salud, más allá de las concepciones medicas tradicionales.

Decir que el centro de interés del psicólogo clínico es la salud mental equivale a decir que lo es la salud sin adjetivos ya que no es posible poner límites entre salud mental y salud física. Es así como obedeciendo a la herencia psicosomática, la psicología actual estudia al individuo, no como psiquismo en unión con el organismo, sino como persona o personalidad, o sea, como organización dinámica, de los factores somatopsíquicos y sociales que determinan el modo de ajuste individual y su manera de interactuar. (Peinado A. J., 1985)

Los médicos comienzan a darse cuenta de los beneficios que trae para su actividad esta visión de la salud. El llamado modelo biopsicosocial, incluye en la práctica de los médicos las dimensiones psicológica y social.

Aunque actualmente los médicos no se encuentren preparados para poder trabajar tomando en cuenta todos estos aspectos, es una ventaja que den crédito a los factores que muchas veces no pueden controlar con sus técnicas.

Es importante reconocer el esfuerzo de los médicos sociales y de los que se involucran en la psicología médica para realizar labores basadas en un modelo de intervención biopsicosocial, pero son otros los profesionales (psicólogos, antropólogos, sociólogos, trabajadores sociales, etc.) capacitados para actuar en estos niveles.

Estos otros profesionales son los que se han ido incorporando al ámbito de la salud, integrándose en equipos de trabajo en donde pueden aportar sus conocimientos en beneficio de la salud. En este sentido, hasta ahora se han venido dando diferentes problemas para que el psicólogo se incorpore a este campo.

Al respecto, Cortés V. E. y Ramírez G. M. (1998) destacan los siguientes aspectos:

"...el Psicólogo ha funcionado de manera dependiente, no necesariamente interdisciplinariamente, y hasta subterránea o subalterna a la actividad del médico y/o del psiquiatra, por lo que al psicólogo le ha resultado difícil, si no imposible, manifestarse como profesional representante de una disciplina con

técnicas y procedimientos propios, capaz de enfrentar problemas no sólo relacionados a la enfermedad, como es el papel que en la actualidad se le llega a asignar... a cambio del papel que anteriormente se le asignaba como administrador de pruebas." (pág. 23)

Al respecto, Morales y Azcaño (citados en: Cortés V. E. y Ramírez G. M., op. cit.) han resumido en una pequeña lista, las características que la posición médica tradicional le han venido asignando al psicólogo, y las cuales consideran ha limitado su papel al interior del sistema de salud:

- ♦ Se le enfoca al tratamiento de la enfermedad y no a la salud como categoría integral.
- ♦ Realiza actividades dirigidas al diagnóstico solamente.
- ♦ Estas acciones son dirigidas al individuo y están aisladas de la comunidad.
- ♦ Se le relaciona con la psiquiatría.
- ♦ Se centra su actividad en lo mental, cayendo en el dualismo mente-cuerpo.
- ♦ Se encuentra trabajando a nivel hospitalario y no en las instituciones comunitarias donde puede ofrecer atención primaria.
- ♦ Casi siempre se le considera como un paraprofesional subordinado.

Por lo tanto, en estas instituciones es desaprovechada la oportunidad de prestar un servicio que maneje una visión integral (biopsicosocial) con la seriedad adecuada y el compromiso debido, ya que el psicólogo ha tenido una posición desventajosa y por lo común este se adapta con actitud pasiva al modelo médico, en lugar de aprovechar sus conocimientos y crear su propio modelo preventivo, modificando lo heredado por la tradición psiquiátrica y médica de acuerdo a un enfoque integral para atender los problemas de salud, luchando por un trabajo realmente interdisciplinario.

En esta problemática las actividades del psicólogo clínico se encuentran encaminadas al desempeño de sus actividades bajo una perspectiva que se enfoca al tratamiento del individuo y su "enfermedad mental".

Al respecto, gente como Cortés y Ramírez (op. cit.), argumentan que el psicólogo no sólo trata problemas que se encuentran relacionados a la enfermedad mental, y que mientras se le continúe asignando el término "clínico", la salud será considerada como el resultado de la ausencia de enfermedad y el papel del psicólogo estará asociado a la práctica médica, por lo tanto, el psicólogo será visto como un auxiliar de la misma.

En este sentido, Marziller J. y Hall J. (1987) subrayan que las habilidades y conocimientos que posea el psicólogo, serán los que permitan incrementar su involucración e influencia en diferentes dimensiones de la salud, definiendo sus responsabilidades a partir de sus propias capacidades y alcances teóricos, los

cuales deben surgir de la misma psicología evitando chocar con el psiquiatra u otros médicos.

A pesar de todas las problemáticas que ha tenido que pasar la psicología clínica en el ámbito de la salud, ocupa un papel importante dentro de los servicios de atención básica en instituciones de salud pública.

En su actividad busca fomentar el cambio de los estilos de vida, aplicando las técnicas surgidas de la investigación y la práctica psicológica para el fomento de la salud, abarcando varios niveles preventivos para evitar la aparición de problemáticas y realizar el diagnóstico oportuno de los padecimientos.

Por esto, la psicología clínica no debe estar encerrada en los hospitales sin mantener contacto con la comunidad y los grupos, debe romperse con la vieja estructura que mantiene al profesional de la salud en una actitud pasiva.

Al respecto, gente como Bleger J. (1994) plantea que la principal función del psicólogo no debe ser la terapia, sino la salud pública.

Este autor pone en claro que la "higiene mental no puede ni debe desentender las condiciones económicas y sociales de una comunidad, "... porque hay situaciones por debajo de las cuales la higiene mental consiste en atender dichos problemas sociales (alimentación, vivienda, etc.)." (pág. 33)

Lo anterior es muestra de que a pesar de las dificultades para aclarar su labor, el psicólogo clínico representa un papel indispensable en las instituciones de salud pública y asistencia social si se quiere conseguir la prevención de problemas en materia de salud mental, física y social.

En este sentido, se ha propuesto con anterioridad que el psicólogo salga en busca de su cliente y no espere a que venga a consultarlo, que intervenga en los procesos psicológicos que gravitan y afectan la estructura de la personalidad y de las relaciones entre los seres humanos, motivando con ello a la gente para que pueda concurrir a solicitar sus servicios en condiciones que no impliquen enfermedad. (Bleger J., op. cit.)

Al respecto, otras veces se ha sugerido que el psicólogo maneje un modelo comunitario con la finalidad de realizar el trabajo clínico como un investigador más que como un técnico y que a partir de su práctica, encuentre los problemas, los describa y que de su investigación derive una tecnología sólida que provea, y dado el caso, instrumente los procedimientos adecuados para resolverlos.

En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ya se ha trabajado al respecto y dentro de la formación de los psicólogos en su Campus Iztacala se pretende romper la relación uno a uno que tradicionalmente ha caracterizado a la práctica clínica, para llevar al futuro psicólogo clínico al contexto de trabajo comunitario, trabajando especialmente en el ámbito de prevención. (Ribes I. E., Fernández C., Rueda M., Talento M. Y López F., 1986)

Pero, ¿qué ocurre en las instituciones de salud con el trabajo preventivo?, ¿cómo está participando el psicólogo en la educación de la comunidad para poder fomentar la prevención?

Para tener una idea clara de que es lo que está ocurriendo con la psicología en el ámbito preventivo, es necesario explicar brevemente aquello que se entiende por prevención y la manera en que se ha venido realizando.

2.1 Prevención.

En los sistemas de salud es común que se tenga como ideal a la prevención, equiparándola (desde el punto de vista de los médicos), a la búsqueda de efectos similares a los que tienen las vacunas sobre el organismo (eliminación del germen bacterial).

El término prevención relaciona dos conceptos previos como son la anticipación y la evitación de algún daño. También se relaciona con términos como avisar, advertir (para que otros conozcan lo que puede o va a ocurrir) y precaver (tomar las medidas necesarias para evitar o remediar algo).

Lo primero hace referencia a un sujeto prevenido como alguien que está avisado y conoce con anticipación el curso de los acontecimientos. Lo segundo nos indica la necesidad de actuar para impedir algún daño del que ya se encontraba avisado el sujeto y el cual sucederá a menos que se haga algo. (Santacreu J., Rubio V. J. y Márquez M.O., 1997)

Para hablar de la prevención en el ámbito de la psicología, se debe recordar que a principios del siglo XX surgió dentro de la salud pública un modelo preventivo con el objetivo de realizar tres acciones básicas:

- 1) Prevención primaria. Enfocada principalmente a la prevención de enfermedades por medio del uso de antibióticos.
- 2) Prevención secundaria. Dirigida al diagnóstico precoz de las enfermedades y su tratamiento oportuno.
- 3) Prevención terciaria. Sus actividades son dirigidas a la prevención de las secuelas que puedan tener las enfermedades. (Vega F., 2000)

Esta manera de entender la labor de los profesionales que intervienen preventivamente en la salud pública, proviene del enfoque biomédico y es planteada para funcionar en ámbitos específicos como la rehabilitación. (Vega F. y Gestal O. en: Piedrola G., 1991)

Los modelos preventivos fueron implementados con el objeto de cumplir las principales metas de la salud pública: *prolongar la vida y mejorar sus condiciones, posibilitando el crecimiento de la sociedad y sus componentes individuales.*

Regresando al ámbito preventivo dentro de la psicología, encontramos como un antecedente más directo e importante las actividades realizadas dentro de la psiquiatría comunitaria.

Al respecto, Calderón N. (1984) comenta que en este enfoque psiquiátrico se propone la utilización de todos los recursos de una comunidad para tratar de alcanzar el máximo de salud mental en sus integrantes, con lo cual se parte de un marco de actividades que considera como principales directrices algunos de los siguientes postulados:

- ◆ Concebimos la salud no sólo como un estado de ausencia de enfermedad, de bienestar físico, mental y social, sino también como un desarrollo dinámico en el que el hombre realiza todas sus potencialidades.
- ◆ Como la infancia es la etapa del desarrollo del individuo en donde se estructuran las bases de la personalidad, es indispensable lograr que esta se desarrolle en un marco adecuado.
- ◆ En el campo de la salud mental, como rama de la salud pública, **debe procurarse desarrollar programas preventivos.**

Al respecto, en el ámbito de la salud pública la psicología ha comenzado a manejar lo que se conoce como psicología preventiva.

En esta, se utilizan los datos epidemiológicos sobre los factores de riesgo que pueden causar desordenes de algún tipo; así como la información que pueda contribuir a tener una idea más clara acerca de los factores de protección que pueden amortiguar los efectos de algún problema.

Su objetivo es diseñar métodos, contextos e información con el fin de reducir los riesgos e incrementar los factores de protección, para que los desordenes se vean afectados y decrecienten. (Weissberg R. P. y Greenberg M.T., 1998)

Lorion (citado en: Fernández-Ríos L., 1994), nos dice que al hablar de prevención en la psicología, se hace obligado pensar en la intervención como en la investigación bajo los siguientes criterios:

- ◆ La prevención se dirige a poblaciones que aún no muestran signos palpables del problema a prevenir, o que si hay alguna señal, esta no es reflejo aún de un estado preclínico.
- ◆ Debe conocerse con toda certeza que la población en que se va a intervenir se encuentra bajo el riesgo de padecer aquello que se busca prevenir.
- ◆ Se debe incluir la evaluación de los resultados que tenga la intervención preventiva.
- ◆ Es necesario tomar en cuenta que el plan preventivo puede tener efectos negativos.

- Se necesita conocer bien la historia y los factores que intervienen en el problema a prevenir para saber si se tiene efecto sobre la población.

Lo anterior conduce a reflexionar sobre la necesidad de realizar una planeación adecuada y diseñar un modelo de evaluación para conocer el impacto (negativo y positivo) que un programa preventivo puede tener en la población. La participación de gente especializada para efectuar este tipo de labores, resulta indispensable.

Es por esto, que ha crecido el interés por la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, generándose diferentes ramificaciones dentro de disciplinas como la psicología. En esta, encontramos las siguientes derivaciones teórico metodológicas, enfocadas a la prevención: medicina conductual, psicología de la salud, salud conductual, psicología clínica de la salud y la psicología de la salud pública. (Fernández-Ríos L., op. cit.)

Por ejemplo, en la psicología de la salud, el interés principal es conocer que hacen y que dejan de hacer los sujetos sanos. Se busca a partir del conocimiento e investigación de estos datos fomentar la prevención, proponiendo conductas que posibiliten al sujeto una salud general.

En esta, se estudia a las personas en su estado saludable y el objetivo es el organismo en su estado biológico, psicológico y socio-ambiental, es decir, se trabaja con una perspectiva biopsicosocial.

La psicología de la salud considera que conocer únicamente las características del individuo es insuficiente (como lo ha venido haciendo la psicología clínica tradicional), pues se sabe que las características del medio (ecosistema) determinan gran parte de la conducta adaptativa de las personas. (Santacreu M. J., 1991)

Lo que se trata es, utilizar la gama tecnológica y los conocimientos propios de la psicología para incrementar la responsabilidad de la comunidad y de los individuos sobre su calidad de vida, la protección y promoción de su salud así como también, la prevención de las enfermedades.

Lo anterior quiere decir que se interviene directamente en los problemas del individuo y en su ambiente inmediato. Con esto, se busca reducir los riesgos en la población poniendo medidas de prevención social y comunitaria.

Para alcanzar este tipo de objetivos en materia de prevención, las instituciones de salud pública trabajan impartiendo programas de educación sanitaria que pretenden actuar sobre las conductas de una población determinada buscando el cambio de actitudes, previo conocimiento por parte del educador, de lo que se supone como objeto de modificación. (Pérez G. A., 1988)

Por lo tanto, a continuación se hablara de la educación sanitaria o para la salud, tomando en cuenta que a través de esta, el psicólogo incorporado a las instituciones de salud pública pone en práctica algunas acciones preventivas.

2.2 Educación para la salud.

La importancia que tiene la educación para la salud dentro de los programas de salud pública es tal, que permite a la población enterarse de la existencia de las acciones que se realizan para tratar de beneficiarla participando directamente en ellos. (Alvarez A., 1991)

El proceso educativo en materia de salud requiere trascender la idea de que la pura transmisión de información es suficiente para causar cambios en la conducta de las personas. Es necesario apostar por métodos que fomenten la motivación al proponer varias formas de practicar conductas saludables, permitiendo que sea la comunidad la que juzgue lo más pertinente para sí y escoja acciones concretas que le lleven a resultados en cuanto a su salud. (Alvarez A., op. cit)

Hace tiempo la educación para la salud se consideraba como una serie de actividades en donde algunos auxiliares de la medicina y el trabajo social ejercían su influencia en la población, proporcionando información a través de pláticas "básicas" sobre los cuidados de la salud.

La información que era transmitida en estas pláticas incluía algunas recomendaciones para mejorar las condiciones higiénicas, la alimentación y tratar de prevenir enfermedades contagiosas.

Los gobiernos mexicanos fueron incorporando poco a poco a su sistema sanitario, educativo y laboral los planes educativos en materia de salud.

Un ejemplo claro del impacto que se busca conseguir al poner en práctica actividades dentro de la educación para la salud, son los objetivos que con esta se plantean para los jóvenes que cursan la primaria y la secundaria:

- ◆ Educar a la población para alcanzar óptimos niveles de bienestar y de calidad de vida, a través de los hábitos, actitudes y conocimientos que promuevan un comportamiento saludable.
- ◆ Promover el desarrollo de una personalidad bien integrada que permita la aceptación realista de sus capacidades y de sus limitaciones.
- ◆ Aclarar conceptos erróneos y supersticiones; promover información veraz sobre problemas de salud personal y comunitaria.
- ◆ Proporcionar el desarrollo de sensaciones de seguridad, a través de la adquisición de una información veraz, de actitudes positivas y de comportamientos adecuados.
- ◆ Formar ciudadanos con una adecuada educación para la salud, que conozcan las ventajas y necesidades de apoyar medidas higiénicas a favor del bien común.

- Ejercitar habilidades que permitan descubrir causas y efectos, aplicar medidas preventivas, curativas y rehabilitación para que, de esta manera, se prolongue la vida y se mejore la calidad de la misma.

Estos objetivos particulares en la educación para la salud han sido propuestos por la Secretaría de Educación Pública (SEP) en su **Programa de educación para la salud** (1982) siendo una muestra de la aplicación que este tipo de actividad tiene en contextos escolarizados, traspasando los muros de hospitales y clínicas.

Paz J. e Islas S. (citados en: Mora C. y Hersch M., 1990) comentan al respecto, "... la educación para la salud tiene como objetivo crear las condiciones de una vida sana... las instituciones oficiales, privadas y descentralizadas del país, constituyen, el recurso más importante para impulsar la modificación de conductas de la comunidad, y representa el elemento educativo y de control de los grupos del subsistema extraescolar" (pág. 82)

De lo anterior, se deriva que la educación para la salud es aplicable en diferentes tipos de contextos y es una de las herramientas más importantes para la salud pública, además, es una actividad que se ha incrementado en los últimos años y ha traspasado los límites de la medicina.

Actualmente, se han comenzado a realizar actividades concernientes a la educación sanitaria que requieren la participación de profesionales de otros ámbitos, transformando la tradicional plática informativa con la incorporación de técnicas y estrategias surgidas en sus campos de trabajo.

Entre los que más han influido en estos cambios encontramos a los psicólogos que aprovechando su experiencia clínica, han desarrollado algunas técnicas para mejorar los estilos de vida, conservar la salud y modificar los hábitos relacionados con la enfermedad.

Con esto se diría que todo programa preventivo elaborado en el área clínica de la psicología es ante todo un programa educativo. (Pérez G. A., 1988)

Al respecto, Greene W. Y Simons-Morton B. (1984) comentan que la psicología conductual y cognoscitivista han realizado aportaciones importantes al ámbito de la educación para la salud. Entre sus contribuciones se encuentran:

- Investigaciones acerca de la conducta saludable.
- El desarrollo de teorías acerca de las determinantes de la conducta que pueden ser influenciadas por la educación.
- Teorías específicas sobre la influencia del ambiente en la salud, así como la forma de controlarlo para modificar la conducta.

- ♦ Detección de actitudes, creencias, conocimientos, habilidades y experiencias personales que influyen en el comportamiento saludable o enfermo. Etc.

De la psicología también se han derivado algunos conocimientos sobre el aprendizaje y cambio social útiles a la educación sanitaria. Se estudia la influencia del ambiente social sobre el individuo y la manera en que se pueden modificar las condiciones de vida para propiciar un cambio social que beneficie la salud de la sociedad en general.

En consecuencia la psicología considerada tradicionalmente como puramente clínica ha empezado a retomar elementos de la psicología educativa y social para realizar contribuciones a la educación sanitaria y la salud pública.

Al respecto, gente como Darden (citado en: Greene W y Simons-Morton B., 1984) subraya que para que un programa de educación para la salud sea eficaz debe:

"...concentrarse en ayudar al individuo a comprenderse y estimarse mejor a sí mismo, saber qué es lo que le hace funcionar, tener respeto por sí mismo. Un programa así debería ayudar a esa persona a sentirse bien respecto de otras personas y tener un sentido de responsabilidad hacia sus vecinos y seres humanos. Estos individuos estarían mejor preparados para pensar por sí mismos, tomar sus propias decisiones o fijarse metas realistas." (Pág. 29)

Lo anterior pone en claro que el psicólogo no sólo es uno de los profesionales mejores facultados para participar activamente en los programas dedicados a la educación para la salud, sino que también es capaz de diseñarlos y estructurar cada una de sus actividades.

Por lo tanto, la promoción de la salud es una de las principales metas de la psicología en las instituciones donde sus profesionales se incorporan para realizar actividades clínicas.

Su papel como educador, incluye el conocimiento de las determinantes de la conducta y de las estrategias necesarias para su modificación. A su vez, debe poner en práctica sus conocimientos sobre evaluación para conocer cuál es el impacto que los programas y actividades realizadas tienen sobre la población.

El psicólogo que toma el rol de educador en materia de salud, es alguien que posee los conocimientos y habilidades para poder ayudar a las personas a que se hagan responsables, se fijen objetivos en cuanto a su salud y evalúen las alternativas que tienen. (Greene y Simons-Morton, op. cit.)

Por eso, el psicólogo participa en los equipos de investigación, evaluación y diagnóstico poblacional, aplicando sus conocimientos en materia de patologías conductuales y psicología social para realizar la planeación de programas educativos y preventivos en las instituciones de salud pública.

Entre sus actividades también se encuentra la evaluación de los prejuicios y las resistencias al cambio dentro de una población para tratar de evitar conflictos o problemas de carácter religioso, ideológico y social entre otros.

El psicólogo ayuda a que la comunidad colabore al control de su salud ubicando a líderes y personas clave para que se integren, generen y mantengan los programas comunitarios, contribuyendo a mantener los compromisos que existen entre los sistemas de salud y la población. (Bleger J., 1994)

Comentario final.

Con todo lo dicho se puede comprobar que es la diversidad que integra las actividades de un psicólogo, la que hace evidente la transformación que ha sufrido su antiguo papel de clínico.

La magnitud de este cambio no demerita la importancia que sigue teniendo su papel en la solución de problemas individuales o familiares, al contrario, esta transformación ha permitido que su importante labor llegue a un número mucho mayor de personas, demostrando la evolución de la psicología y la aplicación de sus conocimientos en la prevención, la atención y la educación a gran escala.

La información que integra este primer capítulo proporciona una descripción sencilla y clara de las actividades que efectúa un psicólogo, sugiriendo que en un futuro no muy lejano, su papel en la sociedad se irá modificando a un grado que le permitirá realizar un mayor número de actividades para contribuir al desarrollo de la sociedad y la prevención de sus problemáticas.

En este sentido su incorporación a las instituciones públicas resulta indispensable porque las necesidades educativas, económicas, de salud y de trabajo se irán incrementando con el desarrollo de las sociedades contemporáneas y la población necesitará su colaboración en diferentes contextos.

CAPÍTULO 2

DATOS ACERCA DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

En el presente reporte se relatan las actividades realizadas dentro de una institución de salud y asistencia social como es el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), motivo por el cual, se presentan algunos datos acerca de su origen, objetivos y funciones.

1. Antecedentes

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), tiene su origen en instituciones y programas que surgieron como una respuesta ante las situaciones de desventaja social, marginalidad y pobreza que una gran parte de la población mexicana sufre desde hace tiempo.

Debido a las problemáticas en materia de alimentación y nutrición, en 1929 surge lo que se conoce como el primer antecedente formal del DIF conocido con el nombre de "Programa Gota de Leche".

Este se encontraba conformado por un pequeño sector de mujeres mexicanas, que tenían la tarea de proporcionar este alimento a la población infantil que residía en las zonas periféricas de la Ciudad de México.

Gracias a esto, se origina la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, que retoma el papel que había tenido la Lotería Nacional, reorganizando su estructura para que se pudiera apoyar con sus ingresos a la Beneficencia Pública, que ya desde entonces se ocupaba de gran parte del sustento para emprender de las acciones realizadas para dicho fin.

Más tarde en el año 1943, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que sirve para unificar las actividades que venía realizando la entonces Secretaría de Asistencia Pública con las del Departamento de Salubridad. Así, se integra la Subsecretaría de Asistencia Pública, que desde su origen, compartía con la de Secretaría de Salubridad, la responsabilidad de brindar atención a los grupos sociales más desprotegidos y vulnerables.

Con esto, se comienza dar relevancia al concepto de la asistencia social, y en enero de 1961, se decreta la formación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), el cual surge como un organismo descentralizado, logrando propiciar una actitud social de simpatía y apoyo hacia la niñez.

El INPI surge con la intención de comenzar a poner en práctica el programa de los desayunos escolares que hasta la fecha sigue vigente.

La continuidad de estas políticas, lleva a que en 1968, se decreta la creación del Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), atendiendo infantes abandonados, desvalidos, enfermos, huérfanos o discapacitados.

Por otra parte, en el año de 1975 las grandes necesidades de los infantes y las familias en cuanto a servicios, motivan la reestructuración del INPI para crear el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI).

Esta modificación replantea los objetivos que se tenían en esta institución y amplía sus funciones, consiguiendo formalizar su función como protectora del bienestar social, para poder atender a todos los miembros de las familias más pobres.

Dos años después, se fusiona el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) con el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI), dando origen al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

De esta forma, los esfuerzos gubernamentales realizados para atender los problemas de las familias y de la niñez se integran en la propuesta de trabajo asistencial que se maneja en el DIF.

Con en el pasar de los años y debido a las transformaciones que se fueron dando, las exigencias reales de la población exigieron el crecimiento de esta institución, extendiendo su ámbito de acción hasta la asistencia social, asignándole como responsabilidad los servicios no hospitalarios asistenciales y de rehabilitación.

Gracias a esto se incluye al Sistema DIF dentro del Sector Salud, quedando bajo la coordinación de la que entonces fuera la Secretaría de Salubridad y Asistencia, transformándose así, en el organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión plena a las políticas públicas en el ámbito de la Asistencia Social, interviniendo directamente en las problemáticas en materia de salud pública.

En la actualidad, el DIF es una institución descentralizada y su impacto a llegado hasta todos los estados de la república mexicana, incluido el Distrito Federal y más de 2,000 municipios.
(DIF, [Http://www.dif.gob.mx/web/](http://www.dif.gob.mx/web/))

2. El Sistema Nacional de Asistencia Social y la organización del DIF.

El Sistema Nacional de Asistencia Social es el conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas, encargadas del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de la prestación de servicios de asistencia social de las cuales forma parte el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El Sistema Nacional de Asistencia Social coordina y promueve los trabajos en este campo, además, regula y garantiza a través de un marco jurídico y normativo la profesionalización de los servicios, privilegia el enfoque preventivo, la coordinación de los sectores público, privado y social en materia de salud y atención a la población más vulnerable.

Por lo tanto, el DIF se identifica con la serie de instituciones que por ley deben apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, especialmente de aquellas que presentan mayor riesgos de desintegración, violencia o de presentar alguna situación adversa y no tener capacidad para enfrentarla.

Para hacer frente a esto, el DIF Nacional coordina las acciones de 32 Sistemas Estatales y de los Sistemas Municipales que actualmente existen en alrededor de 1,500 de los 2,414 municipios mexicanos.

El DIF Nacional es un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, es el promotor de la asistencia social y el rector del campo de la asistencia social.

3. Objetivos y metas del DIF Nacional.

Actualmente, el DIF es el responsable de la atención de menores en situación de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato, de menores infractores, de alcohólicos, de los fármacodependientes y de los individuos en condición de vagancia, de mujeres en período de gestación o lactancia, de ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o desamparo, de los inválidos con problemas de diferentes órganos o sistemas, los indigentes, de personas que por su ignorancia requieran servicios asistenciales, de las mujeres que han sido abandonadas y dependan económicamente de aquellos que se encuentran detenidos por causas penales, de los habitantes del medio rural o urbano que estén marginados y de las personas afectadas por desastres.

Su meta principal, es promover el desarrollo humano individual, familiar y comunitario bajo una visión integral, que genere un cambio cultural centrado en los valores de solidaridad, equidad y corresponsabilidad, a través de políticas, estrategias y modelos de atención que privilegian la prevención de los factores de riesgo y de vulnerabilidad social.

Su objetivo es promover la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo y la promoción de acciones asistenciales en las instituciones públicas.

Al respecto, los servicios que se prestan van desde la implementación de acciones preventivas y educativas para beneficio de la salud hasta la participación en casos de desastres naturales.
(DIF, <http://www.dif.gob.mx/web/>)

4. Servicios y programas que se ofrecen a la población.

El DIF suele considerar a la familia como el núcleo de todos los individuos y grupos, por lo cual, los programas y servicios suelen ser de beneficio para este grupo primario.

Por esta razón existen varios programas de atención para todos los miembros de la familia: alimentación y nutrición familiar, atención a la discapacidad, apoyo a la salud de la niñez y de la mujer, servicios jurídico-asistenciales, prevención y bienestar familiar. A continuación, se describirá cada uno de estos, exponiendo su objetivo y su organización interna.

4.1 Alimentación y Nutrición Familiar.

Objetivo: Mejorar el estado nutricional de los grupos más vulnerables de la población, a través de acciones de atención alimentaria, educación, salud y asistencia social, dirigidas y aplicadas en forma integral a favor de las comunidades indígenas, zonas rurales y urbano-marginadas y en particular a las familias pobres, a los menores de cinco años, a los niños de preescolar y primaria, y a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Subdirecciones y programas:

- ◆ **Subdirección de Asistencia Alimentaria a Menores Escolares:** desayunos escolares fríos, programa de papillas a menores de ocho meses.
- ◆ **Subdirección de Apoyo Nutricional:** desayunadores escolares comunitarios, Cocinas Populares y Unidades de Servicios Integrales (COPUSI), Programa de Huertos Familiares (Horta-DIF), Red Móvil.
- ◆ **Subdirección de Fomento y Orientación Alimentaria:** Programa de Asistencia Social a Familias (PASAF), Programa de Orientación Alimentaria (POA).

4.2 Atención a la Discapacidad.

Objetivo: Promover la rehabilitación física y la integración social de las personas con discapacidad, facilitar su incorporación al desarrollo y fomentar una nueva cultura de integración social, basada en el respeto y la dignidad de las personas con discapacidad.

Subdirecciones y programas:

- ◆ **Subdirección de Prevención de la Discapacidad:** Módulos Previ-DIF
- ◆ **Subdirección de Rehabilitación de Discapacitados:** Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE-Toluca), Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS en Chalco, Ecatepec y Cuautitlán Izcalli), Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR, 28 distribuidas en diferentes municipios de la entidad), Programa de Rehabilitación Comunitaria.

- Subdirección de Integración Social del Discapacitado: Integración laboral, al deporte, la cultura y la recreación.

4.3 Servicios Jurídico-Asistenciales.

Objetivos: Brindar servicios y asistencia jurídica a personas de escasos recursos económicos, en defensa de los derechos fundamentales de los niños, mujeres y ancianos. Impulsar la participación interinstitucional y de los sectores social y privado para ampliar y mejorar los servicios jurídico-asistenciales, haciéndolos llegar a las regiones y comunidades que presentan alto grado de marginalidad.

Subdirecciones y programas:

- Subdirección de Albergues (Villa Hogar, Villa Juvenil, Albergue Temporal Infantil, Albergue Temporal de Rehabilitación Infantil)
- Subdirección de la Defensa del Menor y la Familia (Clínica del Maltrato 60, Trabajo Social y Clínica Albergue Familiar)
- Subdirección de Servicios Educativos (Biblioteca Infantil y Juvenil, Jardines de Niños, estancias Infantiles, Centros de Desarrollo Infantil, Centros de Desarrollo Comunitario).
- Junta de Asistencia Privada

4.4 Prevención y Bienestar Familiar.

Objetivos: Proporcionar asistencia en materia de prevención y bienestar familiar a las familias de escasos recursos, apoyando la integración de estos sectores a los procesos económicos y sociales.

Subdirecciones y programas:

- Subdirección de Atención al Menor y al Adolescente (Menor en Situación Extraordinaria, Desarrollo Integral del Adolescente, Atención Integral a la Madre Adolescente, Programa de Joven a Joven, el Club de los Niños)
- Subdirección de Atención y Orientación Psicológica (Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia, Clínica de Psicoterapia Familiar).
- Subdirección de Atención a la Familia (Atención a la Mujer, al Anciano e Integración Familiar).

4.5 Apoyo a la Salud de la Niñez y de la Mujer.

Objetivos: Proteger y procurar el desarrollo de la salud de la niñez y de la mujer, participar en políticas consideradas en el Programa Estatal de Acción a favor de la Infancia; orientar los programas de salud preferentemente a los

grupos desfavorecidos del campo y la ciudad que carecen de los mínimos de bienestar social, a fin de abatir los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil presentes en estos grupos sociales; promover en materia de salud reproductiva.

Subdirecciones y programas:

- Hospital para el Niño
- Hospital de Gineco-Obstetricia
- Centro de Especialidades Odontológicas
- Subdirección de Servicios Médicos Comunitarios (Medicina y Odontología Comunitaria, Unidades Móviles)
- Subdirección de Planificación Familiar (Programa de Salud Reproductiva, Clínica de Planificación Familiar)
(DIF, <http://www.dif.gob.mx/web/>)

Los 5 programas descritos, reúnen diferentes actividades de carácter preventivo, educativo, recreativo y asistencial, que son aplicados a lo largo de todo el territorio nacional.

En este caso, es necesario hablar brevemente de las actividades que desarrolla el DIF en el Estado de México y en particular las características que tiene en el Municipio de Ixtapaluca para conocer un poco más de la institución sobre la que se reporta.

5. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM).

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) se encuentra subordinado a las políticas del DIF Nacional y desempeña sus actividades poniendo en práctica los mismos programas y subprogramas que este.

Promueve, con la participación activa de los sectores público, privado, social y grupos beneficiados, el desarrollo integral de la familia por medio de programas que incrementen los niveles de bienestar de los grupos más vulnerables: los infantes, las mujeres en estado gestante o lactante, los senescentes y los discapacitados. (DIF, <http://www.edomexico.gob.mx/difem/>)

Por lo tanto, los programas y servicios que se prestan en el Estado de México como en el resto de la República, se basan en la misma estructura organizativa, sólo que en los municipios que integran el vasto territorio del Estado de México, se efectúan las labores con algunas particularidades propias de cada lugar. Para aclarar esto se hablará del DIF municipal de Ixtapaluca.

6. El DIF Municipal de Ixtapaluca.

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ubicado en el municipio de Ixtapaluca, desempeña sus actividades incorporado a la red institucional que controla el DIF del Estado de México (DIFEM), el cual depende a su vez de la coordinación que integra el DIF nacional.

Sus políticas de servicio se encuentran basadas en la estructura general de los programas de atención para la asistencia social que abarcan varias áreas:

- Procuraduría para la defensa del menor y la familia, clínica del maltrato y asesoría legal para diversos asuntos.
- Servicio de medicina y odontología comunitaria, unidades móviles.
- Programa de salud reproductiva y clínica de planificación familiar.
- Orientación sobre el manejo adecuado de alimentos, entrega de desayunos y despensas, dietas y cuidado nutricional.
- Atención a la Mujer, al Anciano, al menor en situación extraordinaria e Integración Familiar.
- Atención a personas con diferentes tipos de discapacidad en materia de rehabilitación física, psicológica y social.
- Consulta externa de psicología para individuos y familias, pláticas y conferencias de prevención a poblaciones de alto riesgo, escuela para padres y adolescentes, difusión de los programas de servicio en el área psicológica.

Los servicios y programas antes mencionados, son coordinados por las siguientes áreas:

Coordinación de servicios médicos. Su principal objetivo es coordinar los programas de asistencia social implementados por el DIF nacional y estatal en materia de salud, con el fin de proporcionar a la comunidad los requerimientos médicos indispensables.

De la coordinación de servicios médicos dependen cuatro coordinadores de programas: uno para el programa de medicina, otro para el programa de odontología, uno más para el programa de atención a los discapacitados y por último uno para enfermería y planificación familiar.

Coordinación de servicios nutricionales. Su objetivo es el de coordinar acciones tendientes a mejorar el nivel nutricional de las familias de escasos recursos y ayudar a combatir la desnutrición en la población infantil.

De esta coordinación dependen tres programas: uno es el de los desayunos escolares; otro es el programa de asistencia social alimentaria a familias en la cual se orienta acerca de la alimentación y se fomenta la producción de alimentos; el último es el programa horta DIF, en el cual se busca fomentar el cultivo familiar de alimentos para ayudar a construir alternativas autogestivas para la alimentación.

Coordinación de psicología. En las actividades de asistencia social vinculada al área de psicología se ofrecen los servicios pertenecientes al programa de prevención y bienestar familiar que fueron mencionados anteriormente. En la actividad del psicólogo, se proponen diferentes acciones de carácter preventivo y relacionadas al fomento de la integración familiar en donde la educación para la salud juega un papel muy importante.

Con el objetivo de prestar una atención integral y así cumplir con los objetivos de la política de asistencia social y salud pública, el personal de dicha área efectúa labores específicas que buscan abarcar al mayor número de personas en varias comunidades del municipio, gracias a la iniciativa del equipo de trabajo que ahí labora se ha podido conseguir que los servicios que ofrece el psicólogo lleguen a las escuelas pertenecientes a todos los niveles educativos.

Coordinación de servicios educativos. En esta se encuentra el programa que dirige las actividades del centro de desarrollo infantil "Francisco Gavilondo Soler", en donde se llevan a cabo programas de educación preescolar.

Se coordinan a las diferentes estancias infantiles, en donde además de recibir a los hijos de las trabajadoras del sistema municipal y las dependencias municipales, se atiende a los hijos de madres y padres trabajadores del municipio.

También se coordina el programa del INEA en donde se imparte la secundaria a un par de grupos dentro de las instalaciones del DIF central.

Coordinación de servicios jurídicos. Se cuenta con una procuraduría cuyo principal objetivo es prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos, minusválidos y familias de escasos recursos. Cuenta con una clínica del maltrato en donde son atendidas las personas de todas las edades que sean objeto de cualquier tipo de abuso.

Coordinación de trabajo social. De esta coordinación depende el área de atención a los menores en situación extraordinaria, los grupos de la tercera edad y las canalizaciones al albergue de Toluca; su función incluye transmitir a la población más necesitada, información acerca de los servicios de la asistencia social.

Dentro de esta diversidad de servicios se encuentra un esfuerzo constante del personal para conjuntar el trabajo de todos y buscar el desempeño multidisciplinario del sistema respetando los criterios y las actividades que son realizadas en cada área.

Para poder conseguir esto el sistema municipal, realiza jornadas y campañas de salud bajo un enfoque integral, las cuales se efectúan a lo largo de toda el área geográfica que compone el municipio.

Todo esto se realiza a pesar de las dificultades que se presentan dentro de las 4 clínicas que funcionan dentro del municipio (se observan carencias en cuanto a los recursos asignados para desempeñar cada uno de los programas y subprogramas puestos en práctica).

Gracias a los objetivos que tiene la institución, el costo de los servicios es muy bajo (\$10 mínimo y \$20 como máximo por consulta). Lo que se buscaba con esto era dar la atención a las personas que no cuentan con seguridad social y que son de bajos recursos económicos, inclusive algunos de los servicios son gratuitos:

- ◆ Trabajo social (atención a menores en situación extraordinaria, asesoría con respecto a orfandad, adopción y patria potestad).
- ◆ Escuela para padres.
- ◆ Grupo de atención integral a los adolescentes.
- ◆ Clínica del maltrato
- ◆ Algunos servicios para los discapacitados.

En casos excepcionales y de extrema pobreza los servicios que tienen algún costo se ofrecen de manera gratuita.

Todas estas actividades son encabezadas por la esposa del presidente municipal quien por decreto es la presidenta del mismo. Al ser la responsable, esta debe coordinar todas las actividades comunitarias y de servicios dentro de los centros de salud que existen en el municipio.

Su labor es realizada en coordinación con el personal directivo que ella o su esposo asignen para representación y administración de la institución.

Por último, el DIF municipal de Ixtapaluca posee una gran responsabilidad social ante una población, que desgraciadamente, sigue viviendo en condiciones muy rudimentarias y en conflictos constantes por la falta de vivienda. Su papel para este nuevo siglo, tendrá que incluir su participación como un intermediario entre gobierno y comunidad buscando que los segundos puedan alcanzar la dignidad ante un medio que los margina constantemente.

Resumen.

Es necesario hacer un resumen acerca de las actividades y compromisos que caracterizan al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en toda la república mexicana:

- Coordina y ejecuta programas en materia de alimentación y nutrición familiar, a fin de mejorar el estado nutricional de la familia.
- Promueve la integración de las personas con discapacidad y su incorporación al desarrollo, a fin de garantizar el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos, políticos y sociales.
- Proporciona atención jurídico-asistencial a menores, mujeres, adolescentes y senescentes en estado de vulnerabilidad.
- Fortalece la unidad y la integración familiar, impartiendo pláticas y acciones sobre desarrollo del adolescente, planificación familiar, prevención de alcoholismo, farmacodependencia y orientación psicológica.
- Coadyuva en la ejecución de programas en materia de salud orientados a la población de escasos recursos y que no cuenta con servicios de seguridad social, dando prioridad al binomio madre-hijo.

El DIF ha sido en muchas ocasiones la primera, y a veces, la única respuesta pública para gran la cantidad de mexicanos que viven en situaciones de adversidad.

Por ejemplo, como el Estado de México se caracteriza por ser muy grande y por contener una amplia diversidad de ciudadano provenientes de otros estados de la república, este tipo de población es la que ha podido recibir apoyo del DIFEM mientras luchar por su sobrevivencia en un ambiente de muchas carencias.

CAPÍTULO 3

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PSICÓLOGO EN EL DIF MUNICIPAL DE IXTAPALUCA

En el presente capítulo se describen las actividades que se realizaron en el DIF municipal de Ixtapaluca (Edo. Méx.) durante el año 2001, mismas que correspondían con las áreas clínica y educativa de la psicología. Junto con la descripción de las actividades se exponen la metodología utilizada y los resultados obtenidos durante el año.

1. El papel del psicólogo municipal.

En el DIF de Ixtapaluca se realizaron todas las actividades bajo la supervisión constante del personal que labora en la coordinación general de psicología perteneciente al Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), el cual tiene su residencia en la ciudad de Toluca.

El papel del personal del DIFEM consistía en realizar visitas de asesoría técnica y seguimiento de compromisos (metas anuales) adquiridos por el DIF municipal y sus psicólogos. Dichos compromisos se contraían al momento de realizar una planeación anual que consiste en objetivos específicos para poder cumplir los subprogramas que integran el programa general llamado Prevención y Bienestar Familiar. A continuación se nombran los subprogramas asignados a los psicólogos:

- Escuela para padres.
- Atención Integral al Adolescente (AIA).
- Prevención al Alcoholismo y la Farmacodependencia (PREALFA).
- Atención Psicológica Integral (API).

Para poder cumplir con los objetivos correspondientes a cada subprograma, se llevaron a cabo todas las actividades con fundamento en las "tres funciones" que eran propuestas por el sistema nacional del DIF para el personal del área de psicología, es decir:

- 1) La difusión de los servicios prestados por el psicólogo.
- 2) La prevención de problemas en grupos vulnerables de la población.
- 3) La atención de las problemáticas psicológicas.

A continuación se explicarán con detalle cada una de las funciones del psicólogo en el DIF, el vínculo que estas tenían con los subprogramas mencionados, y al mismo tiempo, se describirán las actividades, metodología y resultados obtenidos en cada uno de estos.

1.1. Difusión de los servicios prestados por el psicólogo.

1.1.1. Descripción de la actividad.

Esta función obligaba al personal de psicología y a todos los DIF municipales ha organizar e impartir pláticas, cursos, talleres, conferencias y campañas, con la finalidad orientar a la población, alertándoles sobre los factores de riesgo para la aparición de enfermedades mentales, problemas de conducta, etc., explicando que para atender estas problemáticas podían acudir a las clínicas y hospitales de su municipio, informándoles sobre los servicios que se prestaban en cada uno de estos.

Con esta actividad se buscaban 2 cosas al mismo tiempo: La primera, era mejorar el contacto con la población y llegar a los lugares más alejados del municipio llevando las aportaciones de la psicología a comunidades que antes carecían de sus servicios; la segunda, era difundir un perfil del psicólogo que pudiera aclarar el papel que tiene en la salud de individuos y familias, desmitificando y tratando de cambiar la idea confusa que surge en las personas por el desconocimiento de su labor.

1.1.2. Metodología utilizada.

Se trabajo en conjunto con otros miembros del equipo DIF en jornadas y eventos con la intención de atender a la población de diferentes colonias del municipio, se aprovechaba la oportunidad para impartir pláticas o conferencias sobre el psicólogo y sus funciones, dar orientaciones breves a toda persona que lo necesitara, detectar oportunamente problemas que podían requerir de atención profesional urgente y realizar algunas canalizaciones a hospitales, centros de atención para problemas de abuso y violencia intrafamiliar, centros de atención para problemas de farmacodependencia y/o drogadicción, e inclusive a clínicas de rehabilitación para personas con alguna capacidad especial.

Para realizar una campaña permanente que consiguiera difundir información clara y sencilla sobre el trabajo que ofrecíamos los psicólogos del municipio a la población, se repartía un promedio de 1000 trípticos anuales en donde se daba una breve descripción de cada uno de los subprogramas que en ese momento estaban funcionando dentro del DIF.

Los trípticos más que simple propaganda, eran un medio para dar a conocer a la gente el teléfono del DIF, las características de los diferentes servicios a cargo del psicólogo (PREALFA, API, AIA, Escuela para padres), incluyendo los nombres de los psicólogos encargados de cada subprograma para que, en caso de necesitarlo, se comunicaran directamente con ellos.

La difusión de esta información sobre el psicólogo y su papel en la salud familiar e individual, era el primer paso para poner en marcha los planes preventivos enfocados a los grupos más vulnerables como son los niños y sus madres.

1.1.3. Resultados obtenidos.

Como se explicó anteriormente para conseguir la difusión de los programas y servicios que se prestaban en el área de psicología se trabajó durante todo el año repartiendo trípticos de información general acerca de los subprogramas que componen el programa de prevención y bienestar familiar.

Los trípticos se imprimieron a finales del año 2000 con la intención de tenerlos listos a principios del 2001. Para ese año se imprimieron 500 trípticos del subprograma de Atención Psicológica Integral (API), 500 del subprograma de Atención Integral del Adolescente (AIA), 500 sobre la escuela para padres y 500 del subprograma de Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia (PREALFA), siendo un total de 2000 trípticos, aumentando al doble el promedio anual de estos materiales.

Todos los trípticos fueron repartidos completamente en 4 eventos:

- ◆ Las expresiones culturales de la juventud.
- ◆ La adolescencia.
- ◆ El día internacional de la familia.
- ◆ El día internacional de lucha contra el SIDA.

3 jornadas de atención a la población, realizadas en:

- ◆ La colonia Melchor Ocampo.
- ◆ El pueblo de San Francisco.
- ◆ La unidad habitacional "los Héroeos".

Y por último, en cada una de las clínicas del DIF se colocaron para el público en general cerca del área de recepción.

Por otra parte, en cada uno de los eventos y jornadas, se dio una conferencia con el tema "el papel del psicólogo en el DIF municipal de Ixtapaluca", misma que contaba con la siguiente estructura general:

- ◆ ¿Qué hace un psicólogo?
- ◆ ¿Cómo lo hace?
- ◆ ¿A quién atiende?

- ¿Qué servicios presta en el DIF y cuánto cuesta?
- ¿A qué lugares acudir para recibir su apoyo?

En estas conferencias se abarcaban las principales funciones del psicólogo, se hablaba de los subprogramas que funcionaban en el municipio y se explicaba en cual de las clínicas del DIF se encontraba funcionando tal o cual programa. Los asistentes tuvieron la posibilidad de platicar de forma individual con los psicólogos asistentes a los eventos, aclarando sus dudas y estableciendo comunicación directa con cada uno de ellos.

A partir del mes de mayo del 2001 comenzó a ser promocionado otro servicio de atención y orientación psicológica que era impartido por vía telefónica, su nombre era "De joven a joven" y estaba dirigido a personas de entre los 12 y los 19 años de edad, mismas que podían establecer contacto inmediato con personal especializado las 24 horas todos los días del año.

La promoción de este servicio se realizaba al interior de los grupos de escuela para padres, de adolescentes, en escuelas secundarias y de bachillerato, en la consulta individual y en los eventos y jornadas antes mencionadas. Con la entrega de un pequeño volante que incluía información general sobre el servicio y dos números telefónicos, se daba una breve explicación sobre el mismo. De este material se entregaron 5000 volantes aproximadamente.

Gracias a estas actividades de promoción y difusión de los servicios que prestaban en el área de psicología perteneciente al DIF, se incrementó el número de personas que acudieron a solicitar el servicio. Mucha gente acudía solicitando los servicios de psicología con su tríptico en la mano, realizando diferentes comentarios que daban una idea general del impacto que había tenido la información y dejando de presentarse a los servicios con falsas expectativas acerca del apoyo que podía dárseles.

1.2. Prevención en grupos vulnerables.

La segunda de las funciones que el DIF propone para el trabajo del psicólogo es la prevención de problemas en los grupos más vulnerables como son los niños, adolescentes y mujeres. Los problemas a prevenir se consideran de tipo social, conductual, mental y de salud general, por lo cual se realizan 3 tipos de actividades:

- Educación de la familia.
- Prevención de problemas en la adolescencia.
- Prevención de las adicciones.

1.2.1. Educación para la familia.

1.2.1.1. Descripción de la actividad.

El trabajo preventivo dentro del DIF se ejecutaba a través de programas educativos vinculados a la salud física, psicológica y social de la familia, las acciones realizadas eran enfocadas a todos sus miembros, auxiliando a los padres para que pudieran mejorar su organización interna e implementasen aquel tipo de cambio que facilitara su desarrollo en mejores condiciones. Para poder cumplir con esta intención se implementó el subprograma **escuela para padres** en donde se proponía el siguiente objetivo:

- Brindar atención integral a la familia, a través de acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de sus integrantes en las esferas personales, de pareja y de grupo familiar, por medio de acciones preventivo-educativas que les permita el establecimiento de proyectos de vida más eficaces.

El subprograma de la escuela para padres establecía que para su ejecución se debían programar las actividades semanalmente y una vez abiertos los grupos, estos solamente podían durar 6 meses, tiempo en el cual se tenía que concluir con las temáticas propuestas para cada sesión.

La forma en que se promovía este servicio era, como se explicó anteriormente, a través de trípticos repartidos en eventos y jornadas en diferentes zonas del municipio.

A su vez, se invitaba a participar a toda la gente que acudía solicitando algún tipo de apoyo (legal, médico, etc.) en las diferentes clínicas del DIF. La persona encargada de la recepción contaba con trípticos sobre este subprograma, y se encargaba de promoverlo a las personas que se encontraban esperando recibir algún servicio. Con el mismo objetivo, se colocaron carteles al interior y en las ventanillas que daban a la calle en todas las unidades del DIF.

Cada plática se construía a partir de la investigación bibliográfica que realizaba el encargado en impartir cada uno de los temas, por lo cual se podía efectuar la integración de las pláticas utilizando algunos de los siguientes materiales que eran editados por el DIF para uso exclusivo de su personal:

- *Una escuela para padres* (1988). Se plantea la importancia de educar a la familia para fomentar un desarrollo adecuado de todos sus miembros, abarca varios temas, entre los más destacados están: la democracia al interior de la familia, la violencia intrafamiliar, el ciclo vital de la familia y su importancia en los cambios del grupo.
- *La relación de los padres con los hijos adolescentes* (1991). Se hace una reflexión sobre los cambios que ocurren en los hijos durante su crecimiento y como la actitud de los padres puede afectar positiva o negativamente a su desarrollo. De entre los temas más destacados se encuentran: desarrollo psicosexual del adolescente, cambios físicos, psicológicos y sociales de esta etapa, adicciones y embarazos no deseados.

- *Alcoholismo y sus efectos en la familia* (1990). Se comentan los efectos negativos que trae este problema, retomando ideas que se vinculan con la teoría de sistemas destacando los siguientes tópicos: la familia alcohólica, co-dependencia en la pareja alcohólica, y el alcoholismo en los hijos.
- *Abuso al interior de la familia* (1994). Se plantean los tipos de abuso que existen (sexual, físico y psicológico) y como pueden afectar a cualquiera de los miembros del núcleo familiar, se destacan los siguientes puntos: abuso sexual al interior de la familia, prevención del abuso sexual, maltrato psicológico y la violencia como un problema común.

Estos materiales son sólo algunos de los que se podían utilizar para integrar las sesiones, siendo igualmente válido que se investigaran otras fuentes científicas para su realización.

Los manuales y materiales proporcionados por la coordinación general del DIFEM para ejecutar el subprograma de escuela para padres eran entregados al encargado que se nombraba como responsable en el municipio.

Como encargado se tenía que realizar una planeación anual de actividades en donde se retomaran los temas propuestos en los manuales y aunque no debían seguirse al pie de la letra, si eran utilizados como un marco de referencia para decidir cuáles temas serían adecuados para cada grupo.

Por último, con la apertura de estos grupos se buscaba el cambio de actitudes, motivando a los participantes a reflexionar sobre temas relacionados con la familia, orientándolos en la realización de actividades prácticas para su beneficio.

La intención era que al finalizar las actividades de cada grupo, los participantes elaboraran su proyecto particular de familia, buscando que este fuera un medio eficaz para fomentar el desarrollo de todos sus miembros.

1.2.1.2. Metodología utilizada.

Desde el principio de las actividades realizadas, fue claro cual era la función de los grupos de padres y sus límites como espacios de discusión e intercambio de información, reconociendo que era imposible llevar una terapia grupal o algo similar, pues el objetivo principal de estos grupos es la mera transmisión de información, la formación de planes preventivos y el uso de los principios de la educación para la salud.

Por tal motivo se procedió a realizar una modificación a la forma en que se llevaban los grupos, se fomentó la transformación de las actividades como un medio de beneficiar auténticamente a la población, incluyendo a todos los padres que acudían a consulta externa y también a los que enviaban a sus hijos a los grupos de adolescentes.

Algo de gran ayuda, fue haber hecho el esfuerzo por emitir un mensaje que pudiera compartir, en la medida de lo posible, un código común con los receptores (padres de familia) para buscar que la comunicación fuera posible. Debido a esto se evitó el uso de tecnicismos de cualquier tipo, transmisión de información repetitiva o demasiado trillada, utilizando en cambio, recursos del lenguaje popular sin caer en la obscenidad.

El trabajo grupal en la escuela para padres se llevó a cabo bajo una de las premisas fundamentales de Milton Erickson y su terapia estratégica (citado en: De Shazer S. 1989): se debe aceptar la cosmovisión de la persona a pesar de lo "absurdo" que pudiera parecer su manera de percibir la situación, ya que esto se considera de utilidad al trabajo del terapeuta quien lo utilizará a favor de la misma terapia.

Se tuvo un papel semejante al de "terapeuta sistémico" centrando su atención en el comportamiento de las familias participantes en la escuela para padres, explicando a cada grupo el modo en que se tenían que considerar las situaciones problemáticas explicándoles en términos generales lo siguiente: es el contexto el que está creando y perpetuando el problema en cuestión y considerando que la familia es el medio social de donde emerge el síntoma, esta es la fuente de relaciones más duradera para sus miembros, y esta a pesar de las apariencias es la que tiene más recursos con los cuales producir el cambio. (Fishman Ch., 1989)

Lo anterior era recordado constantemente a los participantes que acudían a exponer sus problemas dentro de la terapia familiar y a su vez participaban en el grupo de la escuela para padres. Todos ellos debían reflexionar en torno a estas ideas porque el objetivo era cambiar su visión acerca de la problemática individual centrada en un paciente identificado y al mismo tiempo, permitirles el ejercicio necesario para modificar su manera de considerar las situaciones que cada grupo estaba viviendo y poder reencuadrar su visión de la dinámica familiar e ir comprendiendo la responsabilidad cada uno de los miembros de la familia tiene en la continuación o la solución del problema.

En el grupo se evitó que los presentes expusieran sus problemáticas particulares y que trataran de obtener "consejos" o recomendaciones por parte del terapeuta o quien llevara la sesión del día, pues la intención era que los participantes acudieran a terapia familiar a discutir con seriedad y compromiso sus asuntos. Se consideró que rechazar y prohibir estas conductas, facilitaría que la concepción del psicólogo como consejero o confesor se modificará por la idea de una persona que podía ayudar al cambio de la estructura familiar y por lo tanto individual.

También se retomaron aspectos de la teoría humanista de Carl Rogers, que a pesar de considerarse un enfoque centrado en la persona y no en la familia o el contexto, no se consideró incongruente con las acciones emprendidas dentro del grupo.

Como parte de un programa educativo, la escuela para padres debía retomar aspectos que trascendieran la mera transmisión de información y se aportaran elementos propios de la disciplina psicológica, buscando un aprendizaje significativo y crítico de la información que se compartía.

González A. (1990) puede aclarar lo importante que era y como se entendía el aprendizaje significativo en el trabajo grupal:

"Al decir aprendizaje significativo pienso en una forma de aprender que es más que la mera acumulación de datos, de hechos. Este método es una manera de aprender que señala una diferencia en la conducta del individuo, en sus actividades presentes y futuras, en sus actitudes y en su personalidad; es un aprendizaje penetrante que no consiste en un simple aumento de conocimientos, sino que se entrelaza con cada aspecto de la existencia del individuo" (Pag. 123)

Al aprendizaje significativo le importa más el proceso de descubrimiento de conocimientos y habilidades y la adquisición diaria de nuevas experiencias, que el almacenamiento pasivo de grandes cantidades de información y teorías ya elaboradas.

La propuesta de la modificación del programa educativo para los padres, buscaba desarrollar habilidades y no sólo proporcionar información; la intención era fomentar el reconocimiento de las capacidades de cada persona y de cada familia.

El principal motivo de esta transformación en la forma de impartir los grupos, se basaba en el rechazo al concepto de educación que enmarca a la persona que está frente a un grupo, como la figura de autoridad, aquel que posee el conocimiento y a los receptores o alumnos como tabula rasa, aquellos que no tienen ningún saber y que deben obtenerlo a través del sometimiento hacia la voluntad y guía del que "sí sabe", esto es un fenómeno que expropia al educando o receptor de su poder intrínseco de conocimiento y comprensión personal de la realidad.

Se propuso una educación para los padres que se mostraba preocupada por el desarrollo humano. El propósito era hacer surgir su poder personal y los recursos familiares, adiestrando a las personas en su uso para que pudieran conseguir sus metas de cambio y desarrollo estructural.

La manera de impartir la escuela para padres fue como "facilitador del aprendizaje" y se encontraba fundamentada en las ideas rogerianas retomadas por González A. (op. cit):

- Se presentaba con claridad el tipo de aprendizaje que se pretendía promover y las creencias básicas de confianza en el grupo, estableciendo el tipo de ambiente adecuado para facilitar el aprendizaje significativo.

- Se buscaba identificar las expectativas y finalidades de los miembros del grupo, aceptando las que ellos expresaban y ayudando a formularlas como objetivos personales, familiares y grupales.
- Se tenía plena confianza en la tendencia al desarrollo y al crecimiento de las personas participantes (como individuos y miembros de una familia) y esto era considerado como principal motivación.
- Al impartir las sesiones, se era un recurso más que podía utilizarse a favor de los participantes y también un miembro más, buscando crear un sistema de intercambio y creación de información.
- Se tenía que estar dispuesto a reconocer, aceptar y responder a las personas en sus diferencias y aspectos particulares.
- Se ayudaba las personas a evaluar su forma de ver las cosas y la manera en que buscaban implementar lo aprendido a su vida diaria.
- Se aceptaban ideas creativas de los participantes, como recursos de ayuda para todos los miembros del grupo.
- Por último, a pesar de que se dejaban tareas generales para el grupo (relacionadas con el tema tratado), se buscaba fomentar la independencia, la espontaneidad y el pensamiento creativo de los participantes.

Los grupos concluían con la realización de una comida en las instalaciones del DIF municipal, cerrando el proceso de aprendizaje de una manera sencilla y breve, no sin antes recordarle a los asistentes el compromiso adquirido con sus familias y la obligación de adaptar y poner en práctica lo que se había conversado en la escuela para padres.

1.2.1.3. Resultados obtenidos.

Durante el año 2001 se abrieron 4 grupos en los siguientes lugares:

- Dos grupos en las instalaciones del DIF central.
- Uno en la colonia Melchor Ocampo.
- Uno en el pueblo de San Francisco.

Los grupos estuvieron integrados por 50 personas en promedio, entre estas, se encontraban los asistentes a terapia individual o familiar para quienes era obligatorio acudir al grupo que se le indicara como un requisito para recibir consulta.

Cada sesión tuvo la duración aproximada de 1 hora, tiempo en que se efectuaba una breve exposición del tema propuesto y posteriormente se realizaba una dinámica grupal.

En el desarrollo de los temas se invitó a otros miembros del equipo de trabajo del DIF como son: médicos, abogados, nutriólogos y trabajadores sociales, para que aportaran algo de su conocimiento en temas vinculados con su labor.

Este tipo de participación fue (a pesar de las dificultades que se presentaron) de gran utilidad para establecer comunicación directa entre el DIF y la población, dando a conocer no sólo el apoyo que brindábamos los psicólogos, también se daba a conocer la labor que realizaban los demás miembros del equipo que trabaja en el DIF, aclarando en que aspectos podían intervenir y servicios que prestaban en conjunto con el área de psicología.

Por lo general, los participantes de la escuela para padres reaccionaron positivamente ante la colaboración de los otros profesionales, mostrando inquietud por resolver sus dudas en aspectos legales y de salud principalmente, inclusive hubo gente que comenzó a integrar la información que estos brindaban con los aspectos psicológicos que se destacaban en los temas tratados.

Por ejemplo, las personas que acudían a terapia y que participaron en los grupos de escuela para padres solían retomar la información o algunos comentarios efectuados en esta para justificar sus acciones en aspectos como la educación de los hijos o la relación de pareja. En algunos casos esto no era muy positivo, ya que se extrapolaba lo comentado a situaciones complicadas con pobres resultados o en ocasiones se causaban efectos negativos.

A pesar de esto, resulta difícil determinar con objetividad el efecto que tuvo la información proporcionada en cada persona o grupo familiar, aún así, es importante reconocer que fue posible efectuar un programa preventivo vinculado a la educación para la salud en varios sectores de la población, dando a conocer el trabajo que se estaba realizando en el área de la psicología y de esta manera se difundían diferentes alternativas para mejorar la calidad de vida en el municipio.

1.2.1.4. Observaciones.

A pesar de lo valiosas que resultaban ser las acciones emprendidas en la escuela para padres, se observaron algunas dificultades para que las aportaciones del personal que colaboraba con las sesiones (médicos, nutriólogos, abogados, etc.) fuera de calidad y trascendiera la mera transmisión de información.

Fue común que los encargados del área jurídica o médica, impartieran las sesiones como meras conferencias, sin tratar de implementar algún tipo de técnica grupal que facilitara el aprendizaje de lo que se exponía o se hiciera más amena y trascendente su participación.

Por parte de los compañeros psicólogos, llegaba a ocurrir lo mismo. En ocasiones parecía que solamente se buscaba cubrir el requisito de impartir obligatoriamente la escuela para padres.

En ocasiones su incumplimiento requería que yo impartiera las sesiones que les correspondían y esto fomentaba que el trabajo fuera poco eficaz.

Por lo tanto, la propuesta de trabajo solamente pudo ser puesta en práctica por quien reporta en este escrito. Como consecuencia, fueron manifestadas algunas inconformidades de los padres de familia porque no se impartían bien las sesiones o faltaba la persona encargada de impartirlas.

Esto se consideró un problema grave porque también causó que las sesiones de terapia impartidas por los demás psicólogos sufrieran diferentes dificultades e inclusive se comenzaron a ventilar quejas sobre otros de los servicios que prestaba la institución.

Afortunadamente al final del año 2001, se logró llegar a un acuerdo entre todos los miembros del equipo de psicología, permitiendo que existiera un mayor intercambio de ideas y se recuperara el tiempo perdido creando un mejor ambiente de trabajo en las sesiones grupales.

1.2.2. Prevención de problemas en la adolescencia.

1.2.2.1. Descripción de la actividad.

También, se consideraba a los adolescentes como grupos vulnerables y para su atención se implementó el subprograma de **Atención Integral al Adolescente (AIA)** que tenía como objetivo:

- Brindar atención, orientación y asesoría a los adolescentes de 12 a 19 años de edad; dirigida a escolares y población abierta del Edo. de Méx.

Con estos grupos, se realizaban actividades encaminadas a propiciar una mayor participación de los jóvenes en sus comunidades, se emprendían acciones para garantizar y proteger su integridad física y psicológica, prevenir conductas antisociales, garantizar su educación y propiciar su desarrollo integral.

Entre sus actividades, en el programa AIA se realizaban brigadas juveniles con la intención de realizar labores sociales (limpiar calles y espacios donde ellos convivían, dar mantenimiento a centros recreativos como eran canchas de basquetbol, frontón, etc.) en las colonias de donde provenían los integrantes de los diferentes grupos; también se efectuaban campamentos recreativos y de esparcimiento, actividades deportivas y culturales que eran propuestas como parte complementaria de su educación integral.

La atención a escuelas de nivel medio y medio superior es otra de las actividades que se realizaban para atender a los adolescentes, siendo esto, una manera de prevenir algunos problemas psicosociales en la población estudiantil.

Por ejemplo, en la población estudiantil de las escuelas secundarias proliferaban cierto tipo de problemas de difícil solución para padres y profesores, por lo cual, la participación del DIF consistía en brindarles la ayuda que fuera posible con la impartición de pláticas, conferencias y eventos.

Todos los grupos AIA contaban con sesiones semanales que tenían una duración aproximada de una o dos horas en las cuales se debían abarcar varios temas de los que eran propuestos en los manuales del DIF. Entre estos se destacaban los siguientes:

- ◆ *Sexualidad en la adolescencia* (1992). Se trataban temas referentes a los métodos anticonceptivos, los cambios físicos, emocionales y familiares en la adolescencia, toma de decisiones y plan de vida; entre lo más destacado incluía dinámicas grupales para cada sesión propuesta.
- ◆ *Autoestima* (1997). Se trataban los temas de autoconcepto, dependencia vs independencia, patrones y modelos de conducta sociales, entre otros.

Este tipo de materiales eran entregados al encargado de coordinar los subprogramas y podían ser retomados por todos los psicólogos para integrar los contenidos de cada sesión.

Las temáticas tratadas debían impartirse bajo un enfoque preventivo de la salud considerando sus aspectos biopsicosociales y entendiendo a los adolescentes como personas con grandes necesidades de orientación en aspectos como socialización, trabajo, sexualidad, bajo rendimiento escolar, embarazos no deseados, adicciones y pandillerismo entre otros temas.

1.2.2.2. Metodología utilizada.

Con el objetivo de prestar un servicio más integral e influir en la estructura familiar de los participantes en grupos AIA tanto, los padres que participaban en la escuela para padres y aquellos que asistían a consulta externa, debían enviar a sus hijos de entre 12 y 19 años de edad a los grupos que se llevaban a cabo en las instalaciones del DIF central del municipio.

Esto fue un recurso importante pues la atención de los adolescentes se complementaba con tareas específicas que se encargaba realizar a sus padres durante las sesiones de la escuela para padres. Con esto también era posible ampliar el grado de intervención que se tenía en el tratamiento de familias o individuos, además de buscar la generalización de los patrones de interacción propuestos en los grupos AIA y de escuela para padres, a otros ámbitos de convivencia entre los subsistemas que integraban las familias atendidas (Andolfi M. 1994).

En todos los grupos se busca generar confianza y respeto entre los participantes y al mismo tiempo establecer una relación semejante conmigo. Al respecto, mi función principal consistía en ser un facilitador que ayudara a los jóvenes a desarrollar su potencial para la solución de problemas y para mejorar su adaptación al medio.

Los jóvenes podían sentirse en libertad para expresar sus sentimientos aunque en ocasiones esto estuviera en contra de las normas y valores convencionales, el sustento de esta forma de trabajo se encontraba en la idea de que los sujetos no debían sentirse obligados a negar o deformar sus opiniones y actitudes íntimas (aunque fueran "negativas") para tratar de mantener el afecto, la aceptación o el aprecio de las personas que él consideraba importantes.

Era necesario fomentar la congruencia entre la conducta de los adolescentes y su concepción de la realidad para que se pudiera manifestar aquello que Rogers C. & Kinget M. (1971) llaman tendencia al crecimiento personal.

Así, tratar de manejar sentimientos negativos les ayudaba a ir buscando diferentes alternativas de solución a sus problemas de interacción. Con esta forma de trabajo la responsabilidad que cada participante tenía era mayor, ya que debían tener en cuenta que sus decisiones eran causa de muchos de sus problemas.

A su vez, se debía tener cuidado de no fomentar actitudes destructivas para los mismos jóvenes y sus familias orientándolos a través de diferentes dinámicas a que enfrentaran sentimientos de rechazo, odio o venganza contra alguno de sus familiares o conocidos.

Se considero una buena idea retomar algunos aspectos del marco conceptual de Carl Rogers ya que las características de resistencia y rebeldía que suelen exponer los adolescentes considerados como conflictivos pueden ser utilizadas a favor de un tratamiento psicológico en este tipo de metodología. Es decir, la manera en que se trataba de entender a los jóvenes y sus problemas servía para ayudarlos a manejar tanto sus cambios emocionales como conductuales.

En este sentido Rogers y Kinget (op. cit) consideraban que toda elección realizada por los seres humanos es una expresión de su búsqueda de autorrealización y desarrollo total, entendiendo cada paso que se da para conseguir esta meta como un proceso.

Esta idea se retomó para realizar diferentes actividades grupales con la intención de enfrentar a los adolescentes a su responsabilidad personal y mostrarles la importancia que tenían sus decisiones en su presente y en su futuro.

Lo anterior se fundaba principalmente en el planteamiento rogeriano de una *tendencia actualizante* que es propia de la persona, una tendencia que impulsa al organismo hacia un desarrollo autónomo, a no ser pasivo ni sumiso a las fuerzas exteriores. (Enríquez A. 1994)

La idea era que a través del proceso grupal, los adolescentes desarrollaran confianza en sí mismos, efectuaran valoraciones a partir de sus propios criterios y que vieran su vida como un conjunto de etapas que se los llevan hacia su evolución, descubriendo a cada paso nuevos aspectos de sí mismos en la llamada "corriente de la experiencia" (Quitmann, 1989).

A su vez, fueron retomadas algunas de las técnicas de aprendizaje significativo utilizadas en la escuela para padres con la intención de que los jóvenes fueran propositivos y transmitieran diferentes ideas que contribuyeran y ayudaran a todo el grupo. Por lo tanto mi comportamiento era el de un facilitador del aprendizaje (ver la metodología utilizada en la escuela para padres) que impartía tanto los temas referentes a educación y prevención de problemas en la salud, como los temas que eran propuestos por los mismos jóvenes.

1.2.2.3. Resultados obtenidos.

Se llevaron a cabo 4 grupos de adolescentes, cada uno con una asistencia de 25 participantes en promedio y realizando sus actividades en los siguientes lugares:

- Dos en las instalaciones del DIF central.
- Uno en las instalaciones de la secundaria técnica Alfredo del Mazo #112.
- Uno en la preparatoria oficial #74 perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

En los grupos AIA se observó una buena participación a pesar de haberse presentado algunas dificultades para realizar las sesiones (ver capítulo 4). La metodología utilizada para llevar a cabo las actividades, ayudaba a evitar la pasividad que comúnmente se generaba en estos grupos, si se transmitía la información sin propiciar que los asistentes dieran su opinión o juzgaran lo que se hacía críticamente.

Considerar a los adolescentes como personas que tienen algún tipo de conocimiento útil acerca de las situaciones problema que deben afrontar en esta etapa de su vida, resultó ser una fuerte herramienta para que se promoviera entre ellos la responsabilidad y la involucración en la solución de sus propios asuntos, es decir, sin ser tan dependientes de sus padres como sucedía en etapas anteriores de su desarrollo.

La manera en que se llevo a cabo la conducción de los grupos corría el riesgo de fracasar si no se hubiera tenido la suficiente confianza en los participantes y su capacidad para autocontrolar su conducta. Lo anterior nunca implicó que ellos estarían solos en el momento de enfrentar conflictos o dificultades que estuvieran bloqueando su desarrollo, al contrario, la orientación impartida consistía en "acompañarlos" durante todo el tiempo que teníamos contacto, posibilitando que ellos decidieran después de ayudarles a explorar diferentes alternativas para enfrentar alguna situación particular.

Los jóvenes que participaron en estos grupos, complementaron sus actividades al participar en eventos y jornadas organizadas por el DIF. Al respecto, resultaba interesante observar su manera de relacionarse con otros jóvenes o adultos en este tipo de eventos, ya que con esto era posible examinar si su manera de comportarse sufría algún cambio después de haber participado en las actividades grupales.

En este sentido, aunque era aplicado un pre-test y un post-test en los grupos, resultaba muy difícil medir si ocurría algún tipo de cambio o asegurar que la participación de los jóvenes en los grupos había causado actitudes positivas duraderas en ellos, por lo cual, este tipo de actividad resultaba ser una modesta colaboración de tipo preventivo y se tenía la esperanza en que todo lo realizado tuviera un efecto positivo en sus vidas presentes y futuras.

A su vez, se realizaron un par de jornadas enfocadas a todos los adolescentes del municipio con el objetivo de realizar diferentes actividades:

- ◆ Mesas de trabajo
- ◆ Conferencias
- ◆ Diferentes expresiones culturales
- ◆ Concursos de dibujo y collage, entre otras.

La primera de éstas tuvo como tema el Día Mundial de lucha contra el SIDA y se efectuó en el estacionamiento del mercado municipal, contando con la participación de todo el equipo de trabajo del DIF, así como de especialistas en el tema.

Las aportaciones hechas para tal jornada consistieron en la impartición de una conferencia acerca del papel del psicólogo en el trabajo con personas infectadas con VIH, repartición de información impresa acerca de la enfermedad del SIDA y el virus de inmunodeficiencia humana, así como la repartición de 500 condones entre los asistentes.

Se contó con la asistencia de tres escuelas (CECYTEM, escuela de enfermería y UNIMEC) de educación media superior con una afluencia de 150 personas aproximadamente.

La segunda jornada tuvo como tema principal la adolescencia y se efectuó en la plaza del palacio municipal que se encuentra al lado del DIF central, contando con la presencia de los organismos gubernamentales y no gubernamentales encargados de programas referentes a los jóvenes y su desarrollo cultural, educativo y social. Se tuvo una participación de la población del municipio y estudiantes de diferentes escuelas con una asistencia de 200 jóvenes aproximadamente.

Por último, se podía considerar muy baja la capacidad de convocatoria que tenía el DIF en relación con la cantidad de adolescentes que habitaban en el municipio, además, la creación de varias unidades habitacionales trajo como resultado la llegada de mucha gente joven a la zona, siendo muy pocos aquellos que se acercaba a la institución.

1.2.2.4. Observaciones.

Con los grupos de adolescentes se observó una situación muy semejante a la que ocurrió con la escuela para padres ya que sólo yo pude poner en práctica las actividades que los grupos AIA debían realizar, existiendo problemas para que los demás integrantes del área aceptaran su responsabilidad para impartir de manera conjunta el programa, a pesar de que así lo establece el DIFEM.

Algunos de los psicólogos del equipo se manifestaron abiertamente en contra de sus funciones como coordinadores de las sesiones con grupos AIA e inclusive expresaron sentir antipatía por los jóvenes que participaban en ellos.

Para no desatender estos grupos se les propuso la ejecución de varias dinámicas de rol playing y psicodrama en las sesiones que no llegaba el encargado de impartir el tema de ese día (otro psicólogo o algún invitado).

Utilizando ejemplos propios de su edad para poder exponerles las características de la familia y los cambios que ocurrían al momento en que crecen los hijos, se pudo aprovechar este tiempo. Como el resultado de estas actividades era bueno y se pudo cambiar la manera tradicional de impartir las sesiones, se continuó cumpliendo con los objetivos que se propone este subprograma.

Por otra parte, como algunos de los adolescentes que asistían a los grupos AIA acudían a las sesiones familiares o individuales, se aprovechó esto para realizar una retroalimentación constante durante la terapia. Utilizando los temas que se trabajaban en los grupos, se podía fomentar el intercambio de opiniones entre padres e hijos; criticando, sintetizando y analizando lo propuesto, descubrían la relación que estos temas tenían con su familia.

Como estos grupos ayudaron a fomentar habilidades de comunicación entre los jóvenes y sus padres, se pudo detectar que las actividades realizadas, necesitaban aumentar la participación de todo el núcleo familiar en grupos compartidos de padres e hijos, talleres o actividades de tipo social, con el objetivo de mejorar la integración familiar.

1.2.3. Prevención de las adicciones.

1.2.3.1. Descripción de la actividad.

Para tratar de prevenir uno de los problemas más preocupantes en el municipio de Ixtapaluca como son las adicciones, se puso en marcha el subprograma conocido como **Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia (PREALFA)**, cuyo objetivo era:

- Disminuir la aparición de casos de farmacodependencia, tabaquismo y alcoholismo en la etapa infanto juvenil, incidiendo en las causas familiares individuales y sociales, a través de actividades de prevención.

Como una parte importante en la prevención de problemas adictivos, durante todo el año se impartían conferencias y pláticas sobre temas relacionados con drogas y fármacos en escuelas y calles en los diversos puntos de las comunidades que integran el municipio.

Los mismos temas fueron tratados en la escuela para padres y en los grupos AIA que se trabajaron durante todo el 2001.

Por otra parte, como este subprograma era de carácter netamente preventivo, no se atendían problemas de adicción en las instalaciones del DIF, lo que se hacía con los pocos casos que llegaban, era canalizarlos a algunos de los centros especializados para el tratamiento de estos problemas.

Para esto se contaba con un directorio actualizado de los diferentes lugares al interior del municipio o el Distrito Federal a los cuales podían asistir estas personas para recibir atención psicológica especializada en su problema.

1.2.3.2. Metodología utilizada.

En todas las pláticas de este tipo, se trabajó retomando el modelo biopsicosocial de la salud, con la intención de poder explicar de una manera integral el concepto de salud, exponiendo la influencia de los factores ambientales, personales y familiares en la aparición de este tipo de problemas.

En el trabajo grupal enfocado a la prevención de las adicciones se ponía énfasis en la influencia que el sistema familiar tiene en el origen y mantenimiento del problema como en su erradicación y tratamiento.

Los equipos de trabajo que tenían como objetivo específico la impartición de pláticas y actividades para prevenir las adicciones, eran puestos en operación dentro las llamadas "zonas de riesgo".

Estas zonas fueron detectadas y clasificadas de mayor a menor grado en cuanto al riesgo, consumo y venta de drogas, realizando observaciones directas por medio de los recorridos (nocturnos o diurnos) que se realizaban en compañía del personal de seguridad pública para tener un panorama general de estos lugares.

En estos recorridos el mayor interés era conocer los lugares en donde la población infantil se encontraba en contacto con este tipo de problemas y junto con el subprograma ocupado de los Menores En Situaciones Extraordinarias (MESE) que se encuentra a cargo del área de trabajo social, planificar estrategias de prevención para estos grupos vulnerables.

1.2.3.3. Resultados obtenidos.

En el año 2001 se impartieron en total 65 pláticas de este tipo al interior del municipio:

- ◆ 9 se impartieron en la escuela secundaria Alfredo del Mazo #112.
- ◆ 6 en la preparatoria #74 perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de México.
- ◆ 10 en los grupos AIA que trabajaron en el DIF central de Ixtapaluca.
- ◆ 5 en la colonia Melchor Ocampo.
- ◆ 5 en el pueblo de San Francisco.
- ◆ 10 en los grupos de escuela para padres que se impartieron en las instalaciones del DIF central de Ixtapaluca.
- ◆ 10 en las escuelas primarias de la unidad habitacional "los héroes".
- ◆ 10 en diversos puntos del cerro del tejolote.

Se considera que este subprograma no pudo explotarse al máximo para el beneficio de un número mayor de personas por varios aspectos como fueron: poco tiempo para impartir pláticas en un mayor número de escuelas, poco personal para ejecutar el subprograma, saturación de otras actividades que impedian acudir a todas las zonas de riesgo, entre otros.

Por último, era necesario realizar algún tipo de investigación que pudiera dar una idea mucho mayor del aumento o disminución anual en los problemas adictivos para poder conocer si este tipo de programas se pueden relacionar con la prevención del problema o si se requiere de otro tipo de acciones para fomentar una cultura de rechazo a las conductas adictivas.

1.3 Atención de las problemáticas psicológicas.

En el núcleo familiar como en los individuos la aparición de problemas psicológicos es algo que en muchos casos traspasa los límites de la prevención desplazando el interés del psicólogo a la atención directa de los mismos, por lo tanto, la tercera de las funciones propuestas por el DIF para realizar su trabajo es la llamada "consulta" psicológica.

En Ixtapaluca esta labor se realizaba diariamente, prestando el servicio a la población en general, atendiendo una amplia gama de problemáticas y pacientes de todas las edades.

1.3.1. Descripción de la actividad.

Los casos atendidos en la consulta psicológica podían capturarse desde afuera (individuos o familias que solicitaban apoyo psicológico, escuelas e inclusive hospitales) o desde dentro (gente que es canalizada por el área jurídica, médica o de trabajo social).

Para llevar a cabo esta función se puso en marcha el subprograma llamado **Atención Psicológica Integral (API)** que tenía como objetivo general:

- Disminuir la aparición de trastornos emocionales, de conducta y mentales en la población mexiquense, incidiendo en las causas familiares, individuales y sociales a través de actividades de promoción, prevención y tratamiento.

Al respecto, la promoción y prevención en materia de salud mental era llevada a cabo a través de algunos eventos programados por la coordinación general del subprograma, en estos se realizaban actividades informativas sobre algún tipo de problema en particular.

De lo realizado en ese sentido, durante el 2001 se efectuó una investigación en materia de salud mental. Por medio de la aplicación de 1000 cuestionarios en cada municipio del Estado de México se esperaban obtener datos confiables acerca de la salud mental de toda la población, determinando aspectos como los siguientes: diagnóstico general acerca de la población que requiere atención psicológica urgente, conocer la forma en que la población afrontaban sus dificultades y el tipo de conducta que predominaba en ellos ante situaciones de estrés.

El resto de las actividades que debían haberse realizado por indicaciones del DIFEM, no se llevaron a cabo por decisión de la coordinadora general del área de psicología en el municipio de Ixtapaluca.

Entre estas actividades estaban la llamada semana de integración familiar y la promoción de valores en la educación, mismas que al no haberse realizado disminuyeron el impacto que el programa podía haber alcanzado.

En cuanto al tratamiento de los problemas psicológicos por medio de la consulta, estas actividades fueron llevadas a cabo durante todo el año. El préstamo del servicio comenzaba con la aplicación de una entrevista inicial en la cual se tomaban los datos generales de la persona o personas que iban a recibir el servicio. A partir de esta entrevista y dos sesiones más (como máximo) se tenía que definir la problemática que la(s) persona(s) presentaba(n) y también se realizaban los acuerdos para el trabajo terapéutico.

A los asistentes se les planteaba la forma en que se llevarían a cabo las sesiones, se les aclaraba la participación y compromiso que se necesitaba de ellos, comentando al mismo tiempo las generalidades del modelo teórico con el

cual se trabajaría, el horario de consulta y el tiempo de duración de las sesiones.

El control de los expedientes incluía una revisión mensual efectuada por el personal que labora en la coordinación general del subprograma API, mismos que realizaba sus visitas de supervisión para hacer sugerencias de corrección a cada expediente.

Por tal motivo, se tenía el compromiso de tener los expedientes listos e integrados como indicaban los lineamientos nacionales sobre el manejo de los mismos. A continuación se menciona brevemente la forma en que fue integrado cada uno de los expedientes:

- Hoja frontal: contenía datos generales de la(s) persona(s) que solicita(n) el servicio, el diagnóstico y clave del problema psicológico según la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV (Pichot P., 2001), inasistencias del paciente, fecha y motivo de la alta, baja o canalización.
- Estudio socioeconómico: debía ser realizado por el personal de trabajo social con un breve cuestionario que exploraba las condiciones socioeconómicas de la familia.
- Hoja de entrevista inicial: incluía los datos del primer acercamiento que se tuvo con los pacientes, así como la primera impresión diagnóstica.
- Historia clínica: consistía en una descripción detallada de la génesis y desarrollo del problema, familiograma, antecedentes físicos, sociales, educativos y psicológicos de los pacientes.
- Hoja de evolución: incluía la información recopilada en las citas subsecuentes, intervención y tareas específicas del psicólogo para el o los pacientes, evolución o retroceso de la(s) persona(s) dentro del tratamiento.
- Visitas domiciliarias: de ser necesario el psicólogo podía solicitarle al personal de trabajo social acudir al domicilio del paciente.
- Resultados de los test psicológicos: podían ser pruebas que ayudaran a la evaluación de los sujetos y conocer algún aspecto particular de su conducta.

De esta manera quedaban integrados los expedientes y solamente el personal que de psicología que laboraba en el DIF podía tener acceso a la información que estos contenían.

Estos expedientes tenían una vigencia de 3 años y posteriormente eran llevados al archivo muerto en cada cambio institucional de administración, si eran requeridos por el personal de psicología para dar seguimiento a un caso, su recuperación era casi imposible. En caso de que algunas personas regresaran a consulta se debía iniciar la integración de un nuevo expediente.

Por último, cabe mencionar que la información que era recabada para integrar el expediente correspondían con los datos necesarios para cumplir con las funciones del psicólogo clínico: detección, diagnóstico, evaluación y tratamiento.

1.3.2. Metodología utilizada.

En el servicio de consulta psicológica se impartía una breve orientación a los demandantes que no alcanzaban espacio dentro de la agenda que era manejada para controlar las citas, se les invitaba a participar en la escuela para padres y en los grupos de adolescentes que estaban trabajando en las instalaciones del DIF, de paso se les anotaba en una lista de espera que incluía teléfono y dirección para poderlos contactar y darles su cita lo antes posible.

A su vez, con las personas que recibían el servicio de consulta se trabajó retomando las aportaciones de la terapia familiar, el enfoque sintético, la terapia breve y la terapia existencial humanista.

Se escogieron estos tipos de terapia por considerarlas más atractivas y fecundas por su tendencia a tratar los problemas que conectan la conducta de un individuo con su contexto familiar y social.

La meta principal del servicio era el cambio permanente dentro de la estructura familiar y por lo tanto en los individuos que la componen.

Al trabajar bajo estos enfoques fue necesario retomar los aspectos importantes de cada uno para la adecuada realización del método de trabajo. Se tenía que detectar correctamente la etapa del ciclo vital por la que se encontraba pasando cada grupo familiar en el momento de llegar al consultorio y realizar una buena detección de su estructura (las reglas y límites al interior y al exterior del sistema familiar, coaliciones, alianzas, conflictos, etc.).

Uno de los objetivos de usar este método era que los miembros del subsistema parental tomaran la dirección de todo el sistema familiar al concluir su terapia, mostrando señales claras de independencia para tomar decisiones y continuar sus actividades en forma más armoniosa.

A su vez, era importante realizar una evaluación de los avances o retrocesos después de cada sesión, era útil que los pacientes hicieran un breve cuestionamiento sobre su situación actual en comparación con la situación anterior para ver si el problema persistía, se empeoraba o si se había resuelto.

La terminación del tratamiento llegaba cuando las metas y objetivos del mismo se habían alcanzado o cuando el tiempo establecido para ellas se hubiese agotado. En caso de ocurrir lo último, se le informaba a la familia que el número de sesiones se había cubierto existiendo la posibilidad de ofrecer otras tres sesiones más siempre y cuando fuera posible a mis capacidades, aclarándoles que después de esto la terapia se daría por concluida.

Con esta metodología se buscaba dar una respuesta a la demanda que las familias hacen al DIF para que se les apoye en sus problemas de desintegración. Incluir a la familia entera en la terapia, era un factor que ayudaba a transformar la intervención tradicional centrada en el individuo y al mismo tiempo era un esfuerzo por cumplir con la meta central de la institución: el desarrollo integral de la familia.

1.3.3. Resultados obtenidos.

En el cuadro 1 se pueden observar los problemas atendidos en consulta, clasificándolos con el auxilio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM IV (Pichot P., 2001).

Al revisar este cuadro también se puede conocer el número de personas que fueron atendidas, y según el caso, si estas fueron dadas de alta, de baja o si se canalizaron a otras instituciones como: escuelas para dificultades en el aprendizaje, hospital psiquiátrico o centro de apoyo a víctimas de la violencia intrafamiliar o abuso sexual.

CUADRO1

PROBLEMA	PERSONAS	ALTA	BAJA	CANALIZACIÓN
ACADEMICO	30	15	8	12
CONYUGAL	7	5	2	
PATerno-FILIAL	3	1	1	1
PATerno-FILIAL DONDE EL OBJETO DE ATENCION ES EL NIÑO	9	6	3	
ABUSO FÍSICO DEL NIÑO	6	5		1
ABUSO SEXUAL DEL NIÑO	4		1	3
ABUSO PSICOLÓGICO DEL NIÑO	2	1	1	
NEGLIGENCIA	1	1		
ADICCIONES	3			3
OTROS PROBLEMAS QUE REQUIEREN ATENCIÓN CLÍNICA	10	7	2	1
ORIENTACIONES INDIVIDUALES	87			9
TOTAL ANUAL	162	41	18	30

NOTA Para poder conocer con todo detalle las particularidades de cada clasificación, es necesario revisar directamente el DSM IV, por razones obvias no se considera necesario hacer una descripción minuciosa de cada una de las clasificaciones realizadas.

En el cuadro 1, se puede observar que tipo de problemas se presentaron con mayor frecuencia y aquellos que mostraron una menor frecuencia durante el año 2001.

Al respecto, las llamadas orientaciones individuales fueron las que más se presentaron, considerándose dentro de estas a las sesiones de una sola vez y a las breves orientaciones que se establecían en eventos y jornadas organizadas por el DIF (algunas de las personas asistentes recibían una breve orientación sobre algún problema particular).

Enseguida de las orientaciones individuales, se atendieron muchos de los llamados problemas académicos, que iban desde problemas de conducta hasta problemas como el déficit de atención. Con estos problemas en particular, se efectuaron 12 canalizaciones a centros de educación especial y 15 altas, siendo los números más altos en ambas actividades.

A su vez, como los problemas de negligencia, abuso sexual, físico y psicológico se encontraban vinculados a la atención prestada por el área jurídica y el programa Clínica del Maltrato, en estas actividades se trabajó con otros miembros del equipo: médico, trabajadora social y abogado.

Al respecto, para el año 2001 se asignó otro psicólogo como encargado de atender los asuntos que se encontraban vinculados a la clínica del maltrato o con aspectos legales. Los casos atendidos fueron pocos en comparación con su frecuencia.

En cuanto a los problemas de tipo conyugal y parento-filial, no fue necesario efectuar algún tipo de canalización.

La clasificación titulada "otros problemas que requieren de atención clínica", incluía casos que por sus características no podían ser considerados dentro de alguna de las clasificaciones especificadas en el DSM IV, pero igual eran reportados.

Respecto a las estadísticas, el número total de personas dadas de alta puede ser considerado como regular en comparación con el total de personas atendidas, pero con relación al número de personas que fueron dadas de baja, puede ser considerado como un porcentaje alto.

Cabe mencionar, que el tipo de metodología utilizada para trabajar en la terapia psicológica, fue de gran utilidad para establecer un fuerte vínculo con los pacientes, siendo destacable la actitud cooperativa de varios de los involucrados. Todo esto permitió adquirir una enseñanza muy importante: en las situaciones problemáticas, los individuos y los grupos pueden generar sus propios recursos, sólo requieren de ayuda para estructurar y ordenar soluciones.

1.3.4. Observaciones.

A pesar de haber podido alcanzar un notable avance en cuanto a la eficiencia y capacidad del servicio, en la consulta psicológica se cometieron varios errores.

Por ejemplo, haber impartido de manera individual una terapia de corte sintético y estructural para la cual se requiere formar un equipo terapéutico con la participación de varios psicólogos que trabajen como terapeutas y otros como observadores (Minuchin S., 1986).

Ante esta situación las limitantes más evidentes fueron la pérdida importante de detalles sobre la comunicación de los pacientes y la falta de otras sugerencias profesionales para mejorar las técnicas utilizadas.

Aún así fue posible iniciar y mantener vigente el servicio de consulta psicológica con buena afluencia de pacientes y al mismo tiempo involucrar a estos en su propio tratamiento.

2. Información estadística.

Cada una de las actividades desarrolladas en los diferentes subprogramas arrojaron datos cualitativos y cuantitativos que fueron reportados mensualmente para las estadísticas anuales del DIFEM.

La manera de recaudar los datos fue por medio de su captación diaria y del llenado correspondiente de los formatos diseñados para vaciar la información obtenida en cada subprograma. Se anotaba el número de personas atendidas (datos generales), las actividades realizadas con ellas y las acciones emprendidas para la difusión de cada subprograma.

La información era entregada mensualmente a la coordinación general de cada subprograma en las instalaciones del DIFEM central, que se encuentra ubicado en la ciudad de Toluca.

Cabe mencionar que la estadística que se realizaba cada año era útil para conocer el índice de morbilidad en la población de cada municipio y para conocer su total en el Estado de México, por lo cual era muy importante que los datos que se recaudaban estuvieran registrados correctamente sobre todo en aspectos como el diagnóstico.

Además, la información era útil para la planificación de políticas en materia de asistencia social y salud pública enfatizando la urgencia de intervenir en los problemas que más se presentaban y que podían ser detectados fácilmente gracias a este tipo de medición.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y CRÍTICA DEL TRABAJO REALIZADO EN EL DIF.

En lo reportado hasta aquí se ha destacado lo ocurrido durante las actividades correspondientes a cada uno de los subprogramas descritos anteriormente (capítulo 3), ahora es tiempo de hablar acerca de los problemas observados en el DIF, analizando aquellos derivados del papel que se le da al psicólogo en esta institución.

1. El contexto de trabajo.

En el DIF municipal de Ixtapaluca había que enfrentarse a dos grandes retos. El primero consistía en realizar las actividades dentro de un contexto social que se caracterizaba por la pobreza y la marginación, con lo cual las problemáticas que se atendían tenían un origen social siendo los problemas psicológicos su consecuencia. El segundo era tener que implementar programas de intervención enfocados a la atención de gente que desconocía cual era la función de un psicólogo y hasta donde llegaba su papel como servidor público.

A esto, hay que sumarle el desconocimiento que tenía el resto de los empleados del DIF sobre las funciones y limitantes de un psicólogo, considerando que este podía resolver los problemas que para ellos resultaban ser imposibles o que necesitaban de un orden casi adivinatorio o milagroso.

Debido a esta situación se procuro explicar abiertamente al resto de los integrantes del DIF que asuntos podía atender un psicólogo y cuales no pertenecían a su rama de trabajo. Además, las pláticas y conferencias realizadas para la difusión de los servicios que se prestaban en psicología y el papel del psicólogo fueron de utilidad para mejorar esta explicación.

Hubiera sido nefasto y hasta fraudulento atender asuntos que nada tuvieran que ver con la psicología, además de fomentar la falta de organización que podía observarse entre las diferentes coordinaciones que integraban el DIF (trabajo social, jurídico, etc.).

A pesar de estas dificultades siempre hubo la posibilidad de realizar un trabajo responsable y dinámico aceptando las limitaciones propias de la institución y tratando de aprovechar al máximo los espacios físicos con que se contaba al interior de las clínicas DIF para programar una variada gama de actividades grupales e individuales.

En estos espacios era posible que se efectuaran las sesiones de escuela para padres y grupos AIA. Las sesiones de estos grupos fueron realizadas con la modesta utilización de láminas y rotafolios como recursos didácticos siendo más importante el empeño y la dinámica que se le imprimieran a las sesiones.

Para impartirlas solía carecerse de materiales didácticos apropiados lo cual despertaba el ingenio para conseguir que cada sesión fuera atractiva, motivando a los asistentes para que colaboraran y aportaran sus ideas.

A pesar de que en algunas ocasiones era notable la carencia de elementos personales para trabajar de esta manera, se realizó un gran esfuerzo para no evitar la responsabilidad de impartir lo mejor posible las sesiones grupales.

En lo referente a la población atendida se buscó la aceptación de todo tipo de personas, incluyendo aquellas que evadían responsabilidades y no cooperaban mucho en su terapia o en los grupos.

Con todas estas personas se debían aprovechar muy bien las primeras sesiones para efectuar un buen rapport. Una vez que era posible establecer una relación de confianza con estas personas se les planteaban las limitaciones que había en la institución e invitándoles a realizar un esfuerzo conjunto se conseguía su comprensión.

Lo anterior propicio que el trabajo se desarrollara dentro de un clima en donde las personas podían exteriorizar sus inconformidades, dudas o comentarios acerca de lo que se estaba haciendo en cada actividad terapéutica o grupal.

Esto se deriva de la implementación de una metodología fundamentada en los enfoques sistémicos y humanistas con la intención de explorar diferentes soluciones para los problemas consultados.

Dichos enfoques teóricos se ajustaban bien a la filosofía de la institución porque implicaban el tratamiento del conjunto familiar y fomentaban el sentido de la responsabilidad personal en cada uno de sus integrantes.

2. La metodología aplicada.

Tanto para el trabajo grupal como para la consulta individual, la propuesta metodológica planteaba nuevos retos que afrontar porque implicaba un grado mucho mayor de concentración y esfuerzo para cada uno de los casos presentados.

Para conseguir un mayor impacto tanto en los grupos como en la consulta individual se subrayaba la importancia de centrar a las personas en el aquí y ahora, analizando sus problemas sin profundizar demasiado en las causas y buscando el cambio como meta principal.

Antes de poner a funcionar esta propuesta, los servicios prestados por el área de psicología se dedicaban a impartir breves orientaciones individuales y pocas pláticas correspondientes a la escuela para padres y los grupos de adolescentes.

Después de implementar las diferentes metodologías descritas (ver capítulo 3) se comenzó a observar un incremento en el número de personas que acudían a los grupos y a solicitar los servicios de terapia.

El uso de estos enfoques permitió que fuera posible transformar el antiguo servicio en una mejor opción para la gente, pero no fue fácil hacerlo. Realizar una integración de los elementos que componen cada uno de los enfoques retomados resultó una tarea que desafiaba al eclecticismo y al mismo tiempo requería reunir sus aportaciones más importantes.

Los resultados obtenidos muestran lo necesario que era realizar desde hacía tiempo algún tipo de modificación al método de trabajo que se había estado utilizando.

A pesar de lo comentado, todavía es común que el psicólogo se incorpore al DIF como profesional de la salud mental encargándose únicamente de la atención clínica de diferentes casos individuales o familiares. Su dedicación a los programas educativos en materia de salud debe cobrar más importancia.

3. Los subprogramas.

Las actividades que se desarrollaron durante el año 2001 se encontraban en correspondencia con los subprogramas que componen el programa Bienestar e integración familiar que es asignado a los psicólogos municipales por el DIFEM.

Cada uno de estos subprogramas obligaba a que se desarrollaran actividades que trascendían el papel tradicional que ha tenido el psicólogo clínico como psicoterapeuta.

En el DIF de Ixtapaluca también se debía participar como educador y promotor de la salud enfocándose, principalmente, a la población más joven. El trabajo se basaba en la prevención de problemas vinculados a la educación y la sexualidad.

Al respecto, se debe recordar que en el capítulo 1 fueron comentadas las actividades que desempeña el psicólogo en la salud pública y dentro de estas se destacaron las que se enfocan a la prevención y la educación sanitaria.

La incorporación de este tipo de actividades al itinerario del psicólogo, permitía participar de una manera mucho más dinámica en la vida de las personas al incorporar elementos de diferentes áreas de la psicología, dirigiendo los esfuerzos a la promoción de estilos de vida saludables y responsables.

Por ejemplo, con los subprogramas preventivos como el de Atención Integral del Adolescente (AIA) es posible que se propongan diferentes alternativas a los jóvenes para que conozcan y controlen su sexualidad de una manera más responsable. En esta actividad se tratan de prevenir embarazos no deseados, abuso sexual y problemas de salud como las enfermedades de transmisión sexual.

Impartir la educación sanitaria dentro de la escuela para padres, es otro ejemplo de cómo se ha transformado el servicio psicológico para ayudar a prevenir problemas de salud pública, como el contagio por VIH o la drogadicción.

Por eso en estas instituciones se necesita dedicar mucho tiempo a efectuar diferentes tipos de campañas para exponer ante un público muy variado (escolar, profesional, sin escolaridad, etc.), cuales son los problemas más delicados que pueden presentarse en sus poblaciones y los servicios que presta un psicólogo para su prevención.

Con lo anterior se destaca la importancia que en el DIF debería dársele a la detección de las necesidades que tiene la población en materia de salud y también, a la evaluación de las actividades para poder conocer sus efectos.

3.1. Detección de necesidades.

Una adecuada planeación de los subprogramas debería incluir una adecuada detección de necesidades, problemas y preocupaciones de la población con respecto a su salud. De igual manera, se debería investigar el tipo de conductas relacionadas con los problemas padecidos, así como las condiciones ambientales asociadas a los mismos. (Greene W. y Simons-Morton B., 1984)

La aplicación de pruebas estandarizadas, investigaciones epidemiológicas, estudios e incluso observaciones y autoinformes esforzándose por integrar una lista de necesidades ordenada de mayor a menor en cuanto a lo prioritario.

Todo lo investigado se convierte en objetivos de los programas, por lo cual, además de los objetivos generales con que cuenta cada subprograma aplicado en el DIF, se debería contar con objetivos específicos que estuvieran en correspondencia con las necesidades de la población.

Al respecto, los materiales con que se cuenta en el DIF para impartir las pláticas y conferencias de los grupos AIA, escuela para padres y PREALFA, distan mucho de contener objetivos que se relacionen con los verdaderos problemas que se tienen en el municipio de Ixtapaluca.

La adaptación de los materiales al contexto del municipio es un trabajo que se ha hecho muy escuetamente y por lo mismo se continúa teniendo muchas fallas para la adecuada realización de los subprogramas.

3.2. Evaluación.

La falta de investigaciones para conocer los efectos que se están teniendo o se han tenido en la población del municipio propicia que se desperdicien esfuerzos y los resultados sean relativos.

El control de los subprogramas es tan pobre, que ni siquiera se cuenta con instrumentos adecuados para evaluar a los grupos que han participado en la escuela para padres y el subprograma AIA.

Al respecto, no debe olvidarse el énfasis que ponen los involucrados en la salud pública para la adecuada evaluación de los planes preventivos y educativos.

Greene W. y Simons-Morton B. (1984) destacan tres aspectos básicos para evaluar un programa educativo:

- La evaluación del proceso. Implica una investigación a cerca de cómo se están tratando de conseguir los objetivos de la educación y por lo tanto dirige su atención al proceso de enseñanza- aprendizaje.
- La evaluación del impacto. Se indaga hasta que punto se han conseguido los objetivos y por lo tanto se investiga que impacto se ha tenido en términos de conocimientos, actitudes y habilidades en el receptor. Se detectan las áreas deficientes y los objetivos alcanzados.
- La evaluación de los resultados. Se debe efectuar tiempo después de haber terminado el programa, evaluando las conductas saludables y el estado de salud de los participantes.

En el DIF se carecía de las técnicas y estrategias básicas de evaluación, por lo tanto, esta es una de las más grandes críticas que pueden realizarse a la institución y en particular a la coordinación de psicología

4. Otros problemas detectados.

Como en todo también sucedieron cosas negativas durante el trabajo realizado bajo esta metodología y a continuación se exponen algunas de las situaciones que se observaron como consecuencia.

4.1. Calidad del trabajo.

Se observo el deterioro progresivo de la calidad en el servicio debido a la saturación de personas en la consulta. Después de varias horas continuas de trabajo la atención se minaba y el cansancio llegaba a ser tan elevado que impedía en determinado momento la adecuada realización del servicio. A pesar de tener programadas actividades, tareas y técnicas para cada sesión era imposible rendir al 100% después de 6 o 7 consultas al día.

Se debía realizar un gran esfuerzo para no renunciar a la propuesta que se estaba implementando. Lo estresante que llegaba a ser el método de trabajo, no era tan preocupante como regresar a las antiguas orientaciones individuales.

Después de tantos esfuerzos se continuaba sin poder mejorar el impacto que la institución debía tener a lo largo del municipio. La población más necesitada seguía siendo poco atendida y el trabajo grulla no daba abasto para abarcar a todos los que requerían de orientación y apoyo psicológico para mejorar sus condiciones de vida.

Lo anterior ocurría porque se continuaba trabajando de manera tradicional, es decir, como un clínica que efectuaba su trabajo de evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica atendiendo individuos o familias como lo haría en un consultorio privado.

A pesar de que el servicio de la consulta psicológica tenía mucha demanda no se puede considerar que esto fuera la respuesta que la gente del municipio exigía para que se atendieran sus necesidades sobre todo en materia de prevención.

4.2. Poca cobertura e insatisfacción de necesidades.

A primera vista se notaba que las prioridades de atención en los grupos más vulnerables como los niños y las mujeres eran la alimentación y la educación, con lo cual las actividades preventivas eran apoyadas muy poco y con grandes carencias.

Los problemas de adicciones, abuso y violencia intrafamiliar que afectaban a estos grupos fueron tratados solamente en algunas poblaciones del municipio, considerándose insuficiente el esfuerzo realizado en esta actividad.

Ya que este tipo de problemas eran los más frecuentes, resultaba urgente aumentar las conferencias, pláticas y talleres además de necesitarse materiales didácticos que ayudaran a mejorar el impacto de la información transmitida. Otra necesidad urgente era la adecuada preparación del personal de psicología para manejar técnicas que hicieran significativos los programas de prevención y educación sanitaria.

Como parte de una institución dedicada a la asistencia social se debían haber realizado actividades que llevaran los beneficios de la prevención y de la educación a más personas, cosa que no ocurrió.

Algunas de las razones por las que no se pudo modificar esta situación, fueron:

- La falta de personal suficiente para poder cubrir el amplio territorio que ocupa el municipio de Ixtapaluca.
- La falta de recursos económicos, transporte y apoyo del personal directivo.

- La inadecuada coordinación del área de psicología.
- Falta de una planeación adecuada para ejecutar las actividades de cada subprograma.

Para sobreponerse a todo esto se trataron de mejorar los servicios dedicados a la atención de los grupos vulnerables (grupos AIA y escuela para padres) modificando su organización interna para obtener mejores resultados en la poca población que fue atendida.

Aún así, la falta de apoyo por parte de los demás psicólogos no permitió que se progresara mucho en este sentido.

Ante la apatía de los demás miembros del equipo de trabajo no quedó otra opción que trabajar individualmente en la búsqueda de mejores resultados encontrando la frustración y la impotencia por no poder abarcar todos aquellos aspectos que se tenían en mente.

Por ejemplo, para la escuela de padres se habían planeado actividades multidisciplinarias en las cuales participarían algunos de los integrantes de cada una de las coordinaciones que integran el DIF, cosa que no pudo dar los frutos que se esperaban.

Situaciones como estas aminoraron el interés de algunos de los integrantes de la escuela para padres mismos que comenzaron a ser irregulares en su asistencia.

4.3. Incumplimiento de acuerdos.

Otra situación perjudicial se observó en los grupos de adolescentes en donde algunas actividades recreativas no pudieron cumplirse por falta de organización, transporte e incumplimiento de algunos miembros del DIF.

Esto generó un gran descontento y desilusión entre los jóvenes que ya contaban con este tipo de eventos, mismos que se les habían prometido desde el inicio de los grupos AIA en las escuelas y en las instalaciones del DIF central.

Como consecuencia el DIF sufrió una gran desacreditación y salieron a la luz situaciones como la indiferencia de los directivos hacia los compromisos que implicaban gastos económicos, por lo cual, resultaba inútil planear eventos, jornadas o actividades ambiciosas para los grupos.

5. Desarrollo personal y dificultades institucionales.

A pesar de que se presentaron todo tipo de dificultades, se pueden distinguir varias situaciones enriquecedoras que además de ser útiles para adquirir experiencia como psicólogo, fueron importantes para conocer la situación laboral que prevalece en este tipo de instituciones.

Por ejemplo, tener la posibilidad de trabajar con todo tipo de personas resultaba ser un reto que motivaba a desarrollar habilidades de adaptación y autocontrol.

Además, haber estado encargado del servicio durante finales del 2000 (por ausencia de la coordinadora) permitió que se conociera el funcionamiento de todos los subprogramas y se estableciera comunicación directa con los coordinadores generales de cada uno, realizando diferentes reformas en los servicios.

Por otra parte, como los llamados problemas académicos (véase el DSMIV, Pichot P., 2001) se registraban en gran número, fue posible desarrollar algunos métodos de evaluación que continuaron utilizándose durante todo el año y que conjugaban la medición de las habilidades sociales con la evaluación académica.

También la atención de algunos casos de abuso sexual y físico dieron la oportunidad de conocer lo difícil que puede ser para un principiante la toma de decisiones en situaciones con repercusiones legales y que pueden afectar a muchas personas, incluido el mismo psicólogo.

Como una crítica al trabajo realizado, se puede argumentar lo arriesgado y torpe que resultó aceptar casos que eran sumamente difíciles, por fortuna en ninguno de estos hubo desenlaces que acarrearán consecuencias graves.

Esto muestra, que aunque en el trabajo realizado se puso mucho empeño, no bastaba con esto para realizar un trabajo que fuera efectivo, profesional y sobre todo, útil para las personas.

Por lo tanto, se recomienda a cualquier psicólogo principiante, ser sumamente cuidadoso con sus decisiones y reconocer los límites que le son propios tan sólo por su inexperiencia.

Antes de aceptar casos que pueden tener efectos negativos, ya sea desconocimiento total del problema o por la compleja personalidad de los pacientes, es necesario evaluar las posibilidades que existen de establecer un tratamiento efectivo y que responda a las necesidades del solicitante.

Como una experiencia importante, se tuvo la oportunidad de conocer algunos detalles sobre el funcionamiento del DIF y las dificultades que existen para establecer programas eficaces para atender a la población más necesitada.

En este sentido, se pudo detectar la necesidad de que en los sistemas DIF se supere la organización del trabajo terapéutico individual dedicado fundamentalmente al tratamiento, para tratar de poner un mayor énfasis a la atención de la población en general.

Para expresarlo mejor se utilizaran las palabras de Bleger J. (1994):

"...promover el bienestar y no solamente curar; no atender única, específica y predominantemente factores patógenos a nivel individual, sino situaciones más generales de la comunidad; en lugar de la enfermedad hay que dirigirse a las condiciones corrientes de la vida, en lugar de crear más instituciones donde se atiende exclusivamente gente enferma, salir a la comunidad y atender las situaciones cotidianas, las tareas y actividades diarias y ordinarias que desarrolla la población...". (Pag. 108)

Al respecto, pudo comprobarse que la población más necesitada demanda este tipo de acciones y hasta ahora las actividades realizadas pudieron ofrecerles muy poco para su desarrollo integral.

En el capítulo 6, serán retomados algunos de estos aspectos para formular propuestas que podrían contribuir a mejorar el trabajo que se ha venido efectuando en el DIF.

Solamente queda agregar, que estas experiencias fueron un claro ejemplo de cómo pueden afectar la planeación inadecuada de una actividad y la falta de experiencia dentro del ámbito de la salud, siendo urgente que se reflexione en torno a la preparación técnica de los futuros psicólogos, sobre todo en materia de prevención.

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE FORMACIÓN ACADÉMICA Y PRÁCTICA PROFESIONAL.

En el presente capítulo se habla de la importancia que tiene la aplicación del conocimiento y de la necesidad de comprobar personalmente su utilidad, sus deficiencias y su validez científica dentro del ámbito laboral.

Para empezar se reflexionara acerca de la formación teórica en la FES Iztacala tratando de comprender los efectos que esta tiene en sus egresados.

1. Formación teórica.

Antes de comenzar, es necesario recordar que desde hace años, el curriculum y la formación académica en Iztacala han sido ampliamente criticadas por su propio personal docente y por sus estudiantes.

La diversidad de corrientes impartidas, la estructura del programa, las materias que lo integran, entre otros factores, han sido consideradas por muchos como causa de la disyuntiva que existe entre la realidad a la que se enfrentan sus egresados y la preparación que reciben.

El profesor López Ramos S. (En: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI), 1989), posee una visión crítica acerca del problema académico que es de utilidad para aclarar que ocurre en esta institución desde hace más de dos década:

"Entre las diversas implicaciones que tiene la heterogeneidad de los programas, para los alumnos, podemos encontrar una cronología entre el realismo y el ilusionismo, veamos: en los primeros dos semestres se da un conocimiento que no admite discusión, en los subsiguientes, tercero y cuarto, se da desencanto, el repudio o la resignación, se empiezan a olvidar los buenos deseos de por qué querían estudiar psicología. En el quinto y sexto el conflicto es inevitable y las interrogantes casi nunca tienen respuesta, a estas alturas se generan comportamientos de escape al trabajo: existe un apoyo a la cultura del retazo; es una práctica cotidiana leer artículos sueltos sin saber por qué. En los semestres séptimo y octavo, aparte de ver con ojos de sabedores, la angustia crece, por terminar la carrera y por un ansiado mercado de trabajo, que le esta demandando un tipo de intervención profesional diferente al que se le dio en la escuela.

Los egresados son en si el resultado obvio; pocos titulados, subempleo y desempleados. Son la concreción de la polémica entre la correspondencia de teoría y práctica...

Ahondando en lo anterior, reflexionemos ¿Cuál perfil profesional se identifica en la escuela?, ¿qué formación teórica tienen los profesores?, ¿ha que tipo de problemáticas se han enfrentado en su ejercicio profesional?, ¿para cuál mercado de trabajo se forman los estudiantes?. Ante estas preguntas, la identidad teórica del futuro profesional es caótica; les damos a medio conocer las corrientes como conductista, psicoanálisis, grupo operativo, etc." (Pág. 58)

A su vez, Ribes E. I., Fernández C., Rueda M., Talento M. y López F. (1986), personas íntimamente ligadas al currículum de Iztacala realizan algunos comentarios sobre la problemática que se ha observado en la formación de psicólogos:

"...la coexistencia de formas históricamente heterogéneas de concebir los problemas planteados por el estudio del comportamiento ha convertido a la enseñanza e investigación en psicología en una mera cuestión de "gusto particular por alguna tendencia", "opiniones sobre la artificialidad de la metodología empleada" o "predilecciones por teorías humanistas sobre la conducta". Esta fragmentación de la comunidad verbal entre los científicos del comportamiento se ha traducido en una fragmentación semejante a los programas de formación de profesionales e investigadores.

...La formación profesional y experimental del psicólogo se plantea en términos de contenidos progresivos de un currículo académico, independiente de los objetivos a satisfacerse, de las conductas por establecerse o de la pertinencia de los contenidos mismos a la actividad profesional o de investigación.

...No es de extrañarse que los diversos "cursos" o áreas de contenido curricular estén desligados entre sí, que no existan criterios de evaluación uniformes, que los créditos de práctica e investigación sean meros rútolos que acompañan eventualmente la denominación de un curso y, que finalmente, el producto académico sea un profesional sin solidez metodológica, teóricamente confundido y con un arsenal tecnológico escaso y deficiente." (pág. 18-19)

Al respecto, gente como Rosales P. J., Mares C. G. & Saad D. S. (en: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, 1989) comentan la problemática que se ha observado en la enseñanza de la psicología y la cual puede vincularse con las dificultades para integrar sus aportaciones más importantes en un cuerpo congruente de conocimientos:

"...para cada asignatura se le presentan al estudiante formas irreconciliables para analizar el fenómeno psicológico, sin mediar una contrastación entre las mismas, generándose así, la imposibilidad de integración de la información en un esquema de conocimiento lógico." (Pág. 96)

Con estos pocos comentarios basta para hacer evidente los problemas que han sido heredados de generación en generación sin que existan reformas de impacto para transformar la formación de psicólogos en Iztacala.

Por lo tanto, es de suponerse que las dificultades para académicos y estudiantes continuaran siendo frecuentes gracias a la casi imposible tarea de realizar una planeación educativa que pueda mejorar los resultados obtenidos hasta ahora.

Después de haber expuesto la situación observada en el ámbito académico, es necesario revisar que es lo que ha estado ocurriendo en el ámbito laboral y así tener una mejor idea del porque suelen presentarse dificultades para vincular la teoría y la práctica al momento de desempeñar una actividad en particular.

2. El vínculo entre teoría y práctica.

Desde el ingreso al DIF, se sabía que los recursos teórico-prácticos que se fueran a utilizar tenían que mejorar la calidad del servicio y ayudara a cumplir con los objetivos de la institución.

El esfuerzo por conseguir un vínculo entre la teoría y la práctica en este ámbito laboral motivo la reflexión sobre los conocimientos adquiridos durante la formación académica y las habilidades que se habían desarrollado para hacer frente a las situaciones que eran consultadas.

Poner en práctica los conocimientos que fueron adquiridos durante la formación profesional, conducía inevitablemente, a una serie de dilemas sobre la validez de la teoría y los criterios personales.

Esto ocurría porque durante la formación académica, se exigía como algo obligatorio que los alumnos utilizaran una sola corriente teórica para comenzar a especializarse, eligiendo la que fuera de su preferencia de entre la diversidad de corrientes psicológicas que existen.

Tener que seguir una serie ordenada de pasos, y formular actividades encaminadas a lograr objetivos terapéuticos, implicaba la aplicación de un método científico riguroso. A pesar de esto, no se pudo evitar la tentación de mezclar los conocimientos de una y otra teoría psicológica, conociendo de antemano, que se podía generar un desorden ecléctico.

Como principiante resultó muy difícil ligarse a una sola teoría psicológica para comenzar a trabajar. La necesidad de "experimentar" con diferentes maneras de trabajar e intervenir en los problemas que eran consultados fue el principal motivo.

Era muy tentadora la idea de conocer los resultados que se podían obtener con la aplicación de las técnicas derivadas de varias corrientes teóricas y realizar juicios acerca de cuál de estas era la mejor o la más viable para cada caso.

En esto existieron dos errores muy claros: suponer que se conocían a fondo las diferentes teorías psicológicas como para tratar de aplicar técnicas derivadas de sus raíces conceptuales y actuar eclécticamente incurriendo en diferentes errores de contradicción.

Por fortuna se fue descubriendo rápidamente, que la utilización de una sola corriente psicológica es algo que se hace reconociendo las limitantes personales y aceptando que con esto es más fácil seguir una línea de trabajo sin perderse en el caos.

Por haber incurrido en el error ecléctico, se tuvieron que aceptar las consecuencias positivas y negativas de cada intervención, desafiar la inseguridad personal en el momento de tomar decisiones y reconocer que en ciertos momentos la teoría y la práctica eran dos cosas totalmente diferentes, siendo muy cuestionable su congruencia.

En este tipo de situaciones intervinieron factores como la inexperiencia y la irresponsabilidad ante la gente. Además, se observaba una actitud que pecaba de entusiasta al suponer que cualquier problemática podía ser atendida con éxito.

Con el paso del tiempo (1999- 2001) se fue reconociendo la importancia que tiene para el trabajo profesional el manejo de una metodología que se adecue al ámbito laboral y las características de la población que es atendida.

Por esto y con la intención de cambiar la situación antes descrita, se eligió el enfoque sistémico de la psicología como principal marco teórico para trabajar en el DIF, considerando que en este se manejan conceptos que podían ser congruentes con los fines perseguidos por la institución.

Dicho enfoque ya era conocido de antemano y se había trabajado con él durante la formación académica (4º semestre) y en las prácticas profesionales para desarrollar acciones terapéuticas (7º semestre). Por lo tanto, lo que faltaba hacer en el DIF era retomar lo aprendido para enfrentar los casos que se presentaban.

Como ya se tenían antecedentes de este enfoque, su utilización permitió el diseño de diferentes intervenciones. Como en su base teórica se considera a la familia como un sistema en el que todos sus miembros se influyen unos a otros, se pudieron considerar mayores posibilidades para llegar a la solución de diferentes tipos de problema.

Por ejemplo, al ir introduciendo pequeñas modificaciones en cualquiera de los subsistemas que integraban una familia, era posible provocar efectos en todo el núcleo, transformando el caos metodológico que había prevalecido hasta entonces, en una forma ordenada de trabajar y planificar actividades.

Gracias a estos cambios metodológicos para el año 2001 se pudo utilizar la psicología sistémica y algunos elementos de los enfoques humanistas para implementar acciones específicas en cada subprograma puesto en marcha.

De esta experiencia se comprobaron en carne propia algunos de los problemas que se derivan de la formación teórica que se imparte en Iztacala, sobre todo aquello que se refiere a la dificultad que se presenta en los egresados al tratar

de integrar los conocimientos, conceptos y bases filosóficas de las diferentes teorías psicológicas en un esquema lógico.

Se puede subrayar que la presencia de problemas metodológicos en el trabajo que los egresados de Iztacala realizan en diferentes contextos, dependerá en gran medida de su propia responsabilidad y compromiso desde que se encuentran en formación.

Resultaría de gran importancia aceptar las limitantes implícitas en la corriente psicológica que se decide utilizar, profundizando en ella hasta comprender el por qué de sus procedimientos para implementar tecnologías derivadas de su propio conocimiento.

3. Formación práctica.

Durante las actividades realizadas en el DIF, fue posible poner en práctica el conocimiento adquirido durante la formación académica, aunque resultaba inútil, considerar que lo aprendido era suficiente para poder trabajar con cualquier tipo de problema.

Por lo tanto, se nombraran algunas de las ventajas que se pueden considerar como parte de la formación práctica que se imparte en Iztacala:

3.1. La Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI).

Las prácticas que eran realizadas en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) resultaban de gran ayuda para que el estudiante fuera perdiendo el temor a estar de frente con las personas y para realizar sus primeras intervenciones en las áreas clínica, educativa y rehabilitación.

Entre las funciones más importantes que tiene la CUSI se encuentran la vinculación de los alumnos con la comunidad. En este lugar se efectúan actividades como detección, diagnóstico e intervención con la población infantil que padece retardo mental y problemas de aprendizaje, o con aquellos que requieren rehabilitación física y terapia psicológica.

Las actividades antes descritas también eran realizadas en Centros de Estancia Infantil (CENDI), clínicas, hospitales, escuelas primarias y secundarias (7º semestre), llevando a los alumnos directamente a los lugares donde se requería de su participación.

A continuación, se ilustra la importancia de estas actividades en la formación académica, utilizando como ejemplo, la experiencia laboral que es reportada en este escrito.

En el DIF de Ixtapaluca era necesario realizar diferentes tipos de evaluación para detectar problemas de aprendizaje. Al respecto, las actividades que se realizaron durante las prácticas en el área educativa en la CUSI como en algunas escuelas primarias y secundarias, fueron de utilidad para conocer

algunas nociones básicas sobre la manera de evaluar, diagnosticar e intervenir en este tipo de problemas.

Inclusive, para las actividades dentro del DIF fueron retomados algunos de los materiales que se habían utilizado durante las prácticas en esta área (pruebas de inteligencia, madurez y conocimientos generales).

Contar con este tipo de espacios pedagógicos, ha permitido a los estudiantes conocer el impacto (positivo o negativo) de sus intervenciones, motivándolos a poner en práctica sus conocimientos, promoviendo el contacto de los psicólogos con la población y fomentando la responsabilidad y ética profesional.

3.2. Conducción de grupos.

Por otra parte, la posibilidad de integrarse y conducir grupos terapéuticos durante la formación académica (séptimo y octavo semestres), facilitó el trabajo posterior con los grupos de adolescentes y de escuela para padres que se realizaron en el DIF.

Las prácticas académicas permitieron conocer algunas técnicas de ayuda para conducir las sesiones grupales y utilizar una metodología científica para poder impartir, planear y formular las actividades que se realizaban.

En el DIF era requerida la participación de los psicólogos en diferentes sesiones grupales incluidas algunas que eran realizadas para grupos de enfermería y de profesores con fines de motivación personal. Por este motivo, la conducción de actividades grupales durante la formación práctica, permitió que se desarrollaran las habilidades necesarias para dirigir de una manera dinámica las actividades desarrolladas.

A su vez, haber participado en prácticas profesionales con adolescentes (escuelas secundarias) facilitó que se tuvieran algunos antecedentes para saber manejar las situaciones más comunes de indisciplina y problemas académicos que suelen presentarse en estos grupos.

Para la conducción de los grupos dedicados a la Atención Integral del Adolescente (AIA) en el DIF, fueron recuperadas estas experiencias, inclusive se utilizaron algunas de las dinámicas grupales que se aprendieron en este tipo de prácticas.

En este sentido, en el siguiente capítulo se plantearán algunas propuestas para poder mejorar los resultados obtenidos durante el año reportado y al mismo tiempo algunas para mejorar la formación recibida en Iztacala.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA DE CONTENIDOS PARA MEJORAR LA FORMACIÓN RECIBIDA Y LOS RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA EN EL DIF

Ante la situación expuesta, nace el atrevimiento de sugerir algunas ideas para contribuir al debate sobre la formación académica en Iztacala. Con este ejercicio, también se reflexiona acerca de las actividades realizadas en el DIF formulando algunas sugerencias para mejorar los resultados obtenidos durante el año 2001.

Antes de iniciar se advierte que la proposición de reformas en ambos contextos, es sólo una exposición con fines de análisis y reflexión, motivo por el cual, su validez puede ser cuestionada si así se desea.

1. Formación académica.

1.1. Actualización.

De inicio, para poder mejorar la formación recibida en la FES Iztacala, es importante continuar con el uso de un programa de estudios en el que considere como algo obsoleto, la imposición de una sola corriente teórica en la enseñanza de la psicología, de lo contrario se retrocedería enormemente.

Con esto de por medio, la modificación del currículum podría retomar la experiencia que su personal docente ha venido acumulando, reconociendo que sus observaciones, críticas y Sugerencias pueden ser de gran utilidad para actualizar los contenidos que se imparten en cada materia.

Al mismo tiempo podrían retomarse los trabajos de investigación (tesis) realizados por los alumnos para realizar un seguimiento de los egresados de la carrera de psicología, y de esta manera conocer las demandas que en el ámbito laboral y formular las modificaciones correspondientes al currículum.

A pesar de que en el currículum de Iztacala se incluyen elementos para que sus egresados diseñen estrategias de intervención, planeación o diseño en diferentes contextos, la falta de una actualización constante en los contenidos de las materias puede afectar la efectividad de sus acciones.

Por ejemplo, en la experiencia que se tuvo en el DIF, hizo falta contar con elementos teóricos acerca de los enfoques preventivos que actualmente desarrollan ramas de la psicología clínica.

1.2. El problema teórico.

Sería de gran ayuda para estudiantes y profesores, que desde los primeros semestres que profesores y alumnos utilizaran un enfoque crítico que ayudara a conseguir una integración congruente de los conocimientos sobre los fenómenos psicológicos.

Es necesario darles a conocer a los alumnos, hasta donde es posible considerar las aportaciones de cada marco teórico, indagando qué tipo de técnicas y métodos se derivan de estos y en que tipo de problemáticas pueden ser aplicadas.

Es curioso que desde antes que se implementara la educación de la psicología en Iztacala, ya existían esfuerzos y trabajos concretos para realizar este tipo de labor integrativa en el campo filosófico.

Al respecto, se debe recordar el trabajo pionero de gente como Francisco Larroyo (1971), quien explica en el prólogo de su obra *Psicología Integrativa*:

"El eclecticismo es una actitud falsa e ingenua, que trata de conciliar discrepancias de doctrina reuniendo ideas en un concepto suficientemente amplio para hacer caber dentro de él puntos de vista heterogéneos, acaso opuestos.

El camino seguido en esta obra es diferente; no aspira a conciliar principios heterogéneos, sino a *integrar* los hallazgos verdaderos en un *cuerpo de doctrina*...

El no admitir la riqueza de la psique, ha provocado el nacimiento de diversas doctrinas, muchas de las cuales, a pesar de su intención imperialista, han laborado con buen éxito en ciertas provincias de esta realidad. El error reside en querer explicar toda la psique, mediante leyes sólo válidas para un dominio de ella...

La psicología integrativa, en cambio, da su crédito a cada corriente. Es algo así como una mesa redonda en donde se ventila y discute la parte de verdad de las diferentes doctrinas psicológicas. Integrativa, porque ofrece en un todo el conocimiento científico de la psique, respetando las peculiaridades y relaciones entre sí de cada una de sus partes. Por ello, no se omiten las más importantes contribuciones de la psicología contemporánea." (Pág. s/n)

El esfuerzo realizado por Larroyo en esta obra es algo que ha dado muy pocos frutos y cada uno de los partidarios de las diferentes teorías continúan defendiendo únicamente sus intereses.

Las reflexiones de este autor provienen de una época en que la psicología y la filosofía aún conservaban un vínculo importante dentro de la UNAM y no existía una obsesión porque la psicología se considerara una ciencia positivista.

Paradójicamente si la psicología desea evolucionar como una ciencia necesita recuperar un tipo de pensamiento que examine los detalles de cada corriente y los articule en una gran imagen que incluya detalles que de otra manera, y con el uso de una sólo corriente teórica, quedarían fuera.

Por otra parte, cuando Larroyo menciona que es posible integrar los hallazgos de la psicología en un cuerpo de doctrina, sugiere que a los alumnos se les aclaren las aportaciones más trascendentes e importantes de cada una de las corrientes teóricas de la psicología.

Con lo anterior se podría explicar como se pueden aplicar las aportaciones de cada corriente psicológica a materias de estudio específicas, es decir, rehabilitación, educación, organización industrial, práctica clínica, análisis social, etc.

Este esfuerzo sería una contribución a la enseñanza de la psicología, incorporando a los programas de estudio, elementos críticos que le permitieran a los alumnos, realizar un análisis sobre los contenidos que se les imparten motivándolos a que sean ellos mismos los que efectúen reflexiones epistemológicas sobre cada corriente teórica.

Con todo esto se podría exigir a los alumnos que desde el principio de su preparación se esfuercen en crear propuestas de trabajo que deriven de su propia reflexión teórica y aplican los resultados de esto a sus prácticas profesionales.

Antes de que se consideren estas sugerencias como imposibles, no se debe olvidar que con el caos que actualmente se observa en el curriculum de esta institución, ha orillado al alumno a tratar de meter, por la fuerza, la gran diversidad de objetos de estudio que tiene la psicología, dentro de un solo marco conceptual.

Esto seguirá ocurriendo porque si no se le explica que algunos fenómenos estarán lejos de su alcance y comprensión porque todo enfoque científico posee límites que le son inherentes.

Como consecuencia de este vicio, se han desarrollado conductas reduccionistas entre los alumnos y los profesores, motivándolos a que traten de explicar todos los fenómenos laborales, educativos, sociales, históricos, anormales y otros más, a través de una perspectiva particular con la que consideran tener una respuesta para cualquier cosa.

Es muy difícil que el alumno pueda modificar esta situación sin la colaboración de la institución y no se han hecho esfuerzos por impulsarlo a que realice una tarea de integración teórica del tipo que describe Larroyo (op. cit.).

La falta de esta actividad ha dejado al alumno ante una pseudo integración del pensamiento científico, algo muy semejante al plan de estudios que origina este problema.

El resultado según lo plantean López R. S. (op. cit) y Ribes I. E., et.al. (op. cit) es un egresado sin elementos claros, inseguro y con fuertes compromisos que no sabe afrontar más que "medio" apeándose a una sola corriente de pensamiento psicológico.

Es necesario erradicar la deficiencia teórica que prevalece en la formación de los psicólogos de Iztacala, ya que la información se da de una manera tan específica y lineal, que no favorece la integración del conocimiento, dejándole la responsabilidad de la integración al estudiante. (Rosales P. J. C., Mares C. G. & Saad D. S.; en: ENEPI, 1989)

1.3. Formación académica para un trabajo comunitario.

Aunque la enseñanza de la psicología en Iztacala se ha esforzado por efectuar actividades formativas encaminadas al trabajo comunitario, resulta necesario poner un mayor énfasis a la preparación de sus alumnos en materia de planeación y desarrollo de proyectos.

Si desde el comienzo de su formación los alumnos estuvieran involucrados en actividades de planeación y desarrollo de proyectos para mejorar las condiciones de vida de la población, descubrirían las aportaciones que se pueden hacer a la sociedad, aprenderían a trabajar en equipo y con esto también se mejoraría su participación social.

En este sentido, sería útil que en las instituciones donde año con año los alumnos realizan sus prácticas profesionales, la investigación y el trabajo directo en las comunidades podrían ser planificados con base en datos obtenidos a través de un diagnóstico social efectuado por ellos mismos.

Investigación, planeación e intervención han sido durante mucho tiempo los principales objetivos de los psicólogos en Iztacala, ahora es tiempo de incorporar elementos que les permitan a sus alumnos y egresados, realizar acciones preventivas en los contextos donde se incorporan y en las comunidades que más lo necesitan.

Por eso se requiere profundizar más en las nuevas corrientes que se enfocan a la prevención como principal objetivo. Gracias a que el psicólogo esta desarrollando actividades de este tipo al interior de diferentes instituciones es posible que su trabajo se extienda hacia ámbitos en los que antes no se consideraba importante su participación.

Manejar un enfoque clínico para analizar y enfrentar los problemas psicológicos continuará siendo de utilidad, pero actualmente se necesita adaptar sus aportaciones para hacerle frente a las condiciones sociales que imperan en los contextos en donde las exigencias no se limitan a la atención de los individuos.

Por lo tanto, dentro del ámbito educativo de la psicología, debe tomarse en cuenta que un país como México requiere de psicólogos para diseñar y poner en marcha programas de carácter comunitario.

Basta con dar un vistazo a las condiciones sociales, políticas y económicas del país, para asegurar, que este tipo de proyectos son necesarios para poder incidir en los numerosos sectores marginales que existen, contribuyendo a su desarrollo integral y tratando de mejorar sus condiciones de vida.

Al respecto, Durán L., Reisman A., Becerra A. J. y Pucheu R. C. (1992), realizaron una investigación dentro del campo de la salud mental en México y pronosticaron que la necesidad de recursos humanos (psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras psiquiátricas y terapeutas ocupacionales) iría en aumento debido a que la demanda de los servicios es mayor cada año.

De entre los datos que aporta su investigación, destaca la creciente necesidad de formar psicólogos para la realización de tareas como: diagnóstico clínico, diagnóstico integral, orientación a pacientes y familiares, tratamiento oportuno, prevención específica, canalización, educación y difusión de conocimientos, así como investigación y rehabilitación de pacientes.

Los datos de este tipo de investigaciones y las experiencias observadas en las instituciones encargadas de atender a la población en materia de salud, educación y trabajo, deben contribuir a reflexionar sobre la urgente necesidad de planificar y organizar las actividades en el campo de la salud mental y en la formación de los psicólogos para capacitar a su gente para el trabajo clínico, comunitario y preventivo.

Si se pronostica un incremento en la demanda de psicólogos y si en lugar de que los problemas vayan en decremento estos aumentan, esto indica, que no se han logrado muchos avances en materia de prevención. Con esto sale a flote la falta de investigaciones acerca de los efectos que producen los programas y planes educativos en materia de prevención.

Estos programas preventivos se han venido desarrollando año tras año en escuelas, sistemas de salud y ámbitos laborales, sin conocer su utilidad y con la posibilidad de que se este desperdiciando tiempo dinero y esfuerzo, por la falta de una planeación adecuada.

Por lo tanto, aunque la preparación de los psicólogos en la FES Iztacala continua vinculando a sus alumnos al trabajo en diferentes comunidades de clase media y marginal, es urgente que se revise el plan curricular para incorporarle contenidos teóricos y herramientas prácticas que sean útiles para fomentar la prevención y poder fomentar el desarrollo integral de los individuos y de sus contextos.

Como sugerencia, basta con recordarle a los encargados de realizar la planeación curricular en la FES Iztacala, que ya es tiempo de que se haga una revisión clara de las necesidades que reinan en la sociedad mexicana en materia de salud mental, para que los contenidos de la formación teórico-práctica que se imparten en la institución, estén acorde con estas necesidades.

A su vez, es muy importante que el personal directivo de la UNAM, se encargue de establecer los acuerdos pertinentes con el gobierno federal, para que sean impulsados los proyectos comunitarios que tratan de beneficiar a los diferentes sectores de la sociedad y en los cuales sus egresados pueden implementar acciones que faciliten el desarrollo integral de la población.

2. Actividades en el DIF.

Ya que se han explicado y analizado algunas propuestas para tratar de mejorar la formación académica en Iztacala, es tiempo de abordar de la misma manera las actividades laborales que se realizaron.

Para iniciar es necesario traer a la mesa de debates las siguientes cuestiones:

- ♦ ¿Cuál debería ser el papel del psicólogo que labora en este tipo de instituciones?.
- ♦ La consulta psicológica puede rendir buenos frutos. ¿pero es esta labor parte de la asistencia social?.
- ♦ ¿La atención de amplios sectores de la población puede ayudar a cumplir los objetivos que se plantea anualmente la salud pública y el apoyo a los más pobres?.

A continuación, se analizarán estos aspectos haciendo sugerencias con base en la bibliografía especializada.

2.1. Atención individual vs atención comunitaria.

En el DIF es necesario modificar la labor que los psicólogos han venido realizando como terapeutas por otro tipo de actividades que permitan el verdadero desarrollo integral de las familias.

Para actuar congruentemente con los objetivos de la institución debe evitarse continuar favoreciendo la atención individual como si el DIF fuera un consultorio privado.

Las habilidades que tiene el psicólogo pueden ser de utilidad para crear programas y planes preventivos dentro de las instituciones de salud pública y asistencia social. Sus conocimientos sobre la conducta individual deben ser explotados correctamente para que pueda contribuir a la prevención de los problemas que acarrear deficiencias en la salud, en la educación y en la convivencia social

Por ejemplo en el Sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF) puede comenzarse con un cambio de actitud ante los problemas que se observan en los estratos sociales con mayores índices de pobreza.

En esta problemática el psicólogo puede incorporarse al trabajo de campo y cooperar con los programas y proyectos llevados a cabo por otros profesionales (médicos, nutriólogos y trabajadores sociales) modificando sus actividades como clínico y poniendo en práctica metodologías que le permitan realizar grandes campañas en materia de prevención.

Concentrando su atención en el diseño de las estrategias que ayuden a mejorar el impacto que la información puede tener en la población, el psicólogo pondría al servicio de la prevención sus conocimientos sobre la conducta consciente e inconsciente para generar actitudes positivas en la población.

Con este tipo de actividad los psicólogos del DIF pondrían formar los cimientos de un sistema de asistencia social que funcione a gran escala y que ponga al alcance de la población una educación informal con programas que modifiquen la cultura que se tiene en materia de salud y convivencia social.

Esta claro que el psicólogo que actúa de manera individual no puede mejorar la situación que se vive en municipios como el de Ixtapaluca en el Estado de México, pero un trabajo en equipo acompañado del espíritu de cooperación y actitud de servicio puede ir perfilando pequeños cambios en la manera de atender y prevenir los problemas educativos, sociales y sanitarios de mayor incidencia en la población.

El primer razonamiento para modificar su labor debe tomar en cuenta que el número de personas que se consiguen atender en la consulta individual dentro de este tipo de instituciones, es mucho menor que el porcentaje que podría ser atendido en el trabajo de campo realizado en las diferentes colonias o comunidades que integran un municipio.

Al respecto, los psicólogos que ingresan al DIF podrían ser capacitados en la ejecución de programas de prevención comunitaria, dejando de lado la función de especialista en problemas individuales y cambiando la consulta individual o familiar por una labor comunitaria.

En resumen: con la intención de trabajar en el ámbito preventivo y comunitario, se podría ir disminuyendo la atención individual, desarrollando proyectos que busquen el beneficio de la salud en todos los miembros de la población. Así, la intervención del psicólogo se llevaría a cabo en conjunto con todos los miembros del equipo de trabajo, impartiendo pláticas, jornadas y campañas dedicadas principalmente a la prevención de problemas en la población infantil.

Con lo antes expuesto surgen dudas acerca de la efectividad que han tenido hasta ahora los subprogramas aplicados en el DIF, por lo cual se debe reflexionar sobre la principal función que tiene el psicólogo en la institución: la consulta.

2.2. ¿Atención Psicológica Integral?

Durante el periodo de trabajo que se reporta en este escrito, se detecto la necesidad de implementar métodos que pudieran reducir el tiempo dedicado a la atención individual con la intención de trabajar en la atención de las comunidades y las familias a un nivel mucho mayor.

Al respecto, el subprograma llamado Atención Psicológica Integral (API) planteaba como su principal objetivo la disminución de los trastornos emocionales, de conducta y mentales en la población mexiquense, para lo cual se implementaron las consultas individuales atendiendo un número reducido de personas.

En el mismo subprograma se busca incidir en las causas familiares, individuales y sociales a través de actividades de promoción, prevención y tratamiento, mismas que no fueron llevadas a cabo a excepción del tratamiento. Los aspectos de prevención y promoción se redujeron a las actividades realizadas en los pocos grupos que se realizaron dentro de los subprogramas de Atención Integral al Adolescente (AIA) y escuela para padres.

De lo anterior se deriva el siguiente razonamiento: la actividad del psicólogo es necesaria al interior de las clínicas, pero su labor no debe ser limitada a la atención exclusiva de las personas que acuden a solicitar sus servicios, son ellos, los psicólogos, quienes deben ir hasta las comunidades para ofrecer su ayuda y cooperación con la gente.

Con este tipo de trabajo se podrían desarrollar actividades para conseguir un cambio concreto en la estructura social, además de replantear la labor de los profesionales que laboran en el DIF.

En este sentido, los problemas observados para efectuar las actividades del psicólogo dan muestras de lo incipiente que resultaba concentrarse en la consulta individual atendiendo de 6 a 7 personas diariamente, mientras que a diario se presentaban problemas graves en diferentes zonas del municipio, mismos que no fueron atendidos por la indiferencia de los psicólogos al trabajo preventivo y de promoción.

Por esto, durante el periodo anual que se reporta fueron considerados como un problema el tiempo excesivo que se dedicaba al tratamiento individual, porque con esto se mantenía encerrado al psicólogo en el consultorio, sin posibilidades de realizar otras actividades.

La apatía que reinaba en la coordinación municipal de psicología, impedía que se efectuaran actividades en las diferentes comunidades del y provocaba que los servicios que era posible prestar funcionaran al 10% de su potencial real.

Además, en la atención individual se denunciaban problemáticas graves que mostraban la necesidad de intervenir de manera directa en las zonas geográficas de donde provenía la población que acudía al servicio.

Por lo tanto, si en los objetivos del psicólogo que trabaja en las instituciones de asistencia social se encuentra la prevención y promoción de comportamientos que contribuyan a la salud y adaptación de los sujetos, los siguientes argumentos de Santacreu J., Rubio V. J. y Márquez M. O. (1997) sirven para apoyar la reforma propuesta al papel que tiene el psicólogo clínico en el DIF:

- Desde una perspectiva clínica, los cambios en el comportamiento individual sólo producen la adaptación a un determinado contexto; sin embargo, puede ser el mismo contexto el que esta produciendo un gran número de individuos inadaptados.
- Los cambios en el comportamiento individual pueden producir cambios en el estilo de comportamiento de un individuo, pero alteran muy poco al contexto. Sólo el cambio de comportamiento de una gran cantidad de individuos pertenecientes a diferentes estratos sociales de un contexto social, permite percibir en el mismo.
- Los procedimientos utilizados para cambiar a un solo individuo son inútiles para cambiar un contexto.
- La adaptación de los programas aplicados a las características de la población atendida puede facilitar el cambio en el comportamiento y en el contexto.
- Los comportamientos que se quieren implementar en la población serán saludables siempre y cuando mantengan un buen funcionamiento de los individuos en los niveles físico, psicológico y social a corto, mediano y largo plazo.

Por lo tanto, la experiencia en el DIF es una clara muestra de que en la asistencia social la consulta individual no debería ser prioritaria para el psicólogo y que la prevención bajo un enfoque comunitario serviría para promover diferentes tipos de comportamiento saludable, así como actitudes de rechazo a la violencia intrafamiliar, a la deserción escolar, al abuso físico, psicológico y sexual.

Al respecto, en la asistencia social se deberían tomar en cuenta las condiciones de vida y los factores socioculturales de cada municipio para determinar que funciones puede tener los psicólogos como profesionales de la salud comunitaria y apoyarlos en la aplicación de planes preventivos para fomentar conductas saludables en todos los niveles: físico, psicológico y social.

Es por esto, que al pensar seriamente en que aportaciones puede hacer la psicología para la población más necesitada, se propone una transformación radical en la forma que el psicólogo ha venido trabajando con el único objetivo de mejorar los resultados de su actividad.

Por lo tanto, se propone la implementación de un modelo comunitario de corte preventivo con el que se pueda llegar a los lugares donde habita la población que más requiere de sus servicios.

2.3. Implementación de un modelo de salud comunitaria.

Por aproximación comunitaria se entiende el trabajo directo en los sectores sociales marginados utilizando procedimientos de instrucción y organización para prevenir la lumpenización de los mismos como principal objetivo.

Con fundamento en estas ideas se sugiere la aplicación de un modelo comunitario, considerándolo como una de las alternativas más viables para la realización de los planes preventivos y de educación que se deben realizar en los subprogramas AIA, PREALFA, API y escuela para padres que pone en marcha el psicólogo del DIF.

Para empezar se requiere aclarar un par de cosas: la creación de cualquier tipo de proyecto comunitario debe surgir tanto del trabajo conjunto de los profesionales e encargados de mejorar la salud en una determinada zona, así como de la participación que tenga la población que ahí habita al organizarse en grupos y formular propuestas que contribuyan a concretar los planes de ayuda. Con esto pueden utilizar a las instituciones como una herramienta que debe apoyarlas hasta donde se pueda para que cumplan sus objetivos de bienestar.

Con los proyectos derivados se debe dar prioridad a la atención de los problemas más urgentes e integrar un plan para realizar acciones preventivas a través de situaciones viables para mejorar las condiciones de vida en toda la población que pueda ser atendida.

Al respecto, cabe hacer un paréntesis para recordar que en todo México desde hace tiempo ha sido imposible la participación sociopolítica de la población, situación que ha impedido un reclamo justo para que se solucionen los problemas en salud, trabajo y alimentación.

Hasta la fecha son las organizaciones creadas por el gobierno las que se han encargado de dirigir proyectos de desarrollo comunitario y controlar el apoyo que los profesionales de la salud pueden dar a la población.

Con esto se ha estado a la espera de que sea el gobierno quien apoye a la población atendiendo no sólo a sus demandas de urgencia, sino procurando también el desarrollo integral de la sociedad.

Por lo tanto, aunque el gobierno y sus instituciones sean los encargados de poner en marcha acciones para atender los problemas de salud, *la comunidad es una parte activa de este proceso en todo su desarrollo y planeación.*

Con esto se hace evidente que un enfoque comunitario de la salud se caracteriza por ser democrático, tolerante, fomentar la participación de la población y de las instituciones gubernamentales, descentralizar las funciones de atención a la salud, extender su cobertura a una mayor cantidad de personas y por lo tanto, satisfacer a los usuarios. (Salleros S. L., 1990)

De manera particular, el enfoque de la salud comunitaria le plantea al psicólogo un trabajo diferente al que ha venido realizando dentro de las instituciones de salud pública y asistencia social como el DIF.

A continuación se destacan una serie de características del enfoque comunitario aplicado a la psicología, las cuales se consideran adecuadas para la atención de la población en el municipio de Ixtapaluca:

- Su manera de concebir la realidad se basa en la teoría general de los sistemas, en donde los cambios que suceden en cualquiera de los subsistemas afectan al sistema general y viceversa.
- Ya que la psicología comunitaria trabaja en materia de salud pública, se pone el énfasis en la prevención.
- Su labor busca trabajar bajo una perspectiva multidisciplinaria tratando de integrar los conceptos de las ciencias a favor de la práctica para resolver problemas concretos.
- Para el desarrollo comunitario se considera que la participación de los pobladores es un derecho inalienable y que estos tienen la libertad de intervenir en las acciones individuales, grupales y nacionales que sirven al desenvolvimiento y progreso de sí mismos (Serrano H., Barba R., Ahuja R. y Barreto H. 1991), y en donde la salud debe ser una prioridad, pues de ello dependerá el desarrollo de la comunidad.
- El personal encargado del bienestar de la población, pone en marcha programas de acción encaminados a incidir en las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia en comunidades específicas, por lo cual, dichas acciones deben estar en concordancia con las políticas en materia de salud pública (Robins L. A. y Rieger D. A. 1991)

Segura H. J., Martínez R. M. y Zepeda V. H. (1991) comentan que para la psicología comunitaria se entiende la salud como un "efecto del conjunto de condiciones, oportunidades y satisfactores que una sociedad equitativa debe garantizar a sus habitantes para aspirar a un mínimo de civilidad y poder hablar ciertamente, de progreso." (Pág. 62)

Por eso, las condiciones que se necesitan para que la población goce de salud, son la libertad y la democracia, ya que es a través de estas, que se puede respetar y expresar las diferentes formas de ser en un contexto y al mismo tiempo ayudan a que se reconozca a la comunidad como política, es decir, con todo su derecho de participar en las decisiones que tienen que ver con su desarrollo, exigiendo aquello que necesitan para vivir dignamente.

Para que esto sea posible, se requiere que instituciones como el DIF, sirvan como un conducto para mejorar las oportunidades que la población tiene para acceder a la educación, al trabajo, al deporte y a la participación social, o sea, que se de un dinamismo mucho mayor a la institución y así se cumplan las

metas para las cuales fue creada: apoyar a los más necesitados (ver capítulo 2 de este escrito).

Un trabajo basado en este paradigma resultaría de gran ayuda para el psicólogo y en general para el DIF, siendo importante perfeccionar la aplicación de los programas dirigidos a la prevención de problemas familiares e individuales, utilizando recursos audiovisuales de calidad (películas y programas documentales basados en las condiciones del mismo municipio), conferencias periódicas que superen la mera transmisión de información, llegando a un intercambio y una retroalimentación reales con los grupos en los que se imparte la educación para la salud y los programas preventivos (escuela para padres y grupos AIA principalmente).

Este intercambio le permitiría al psicólogo y al resto del equipo que conforma el DIF, conocer los efectos que su labor tiene en el municipio tratando de aumentar su impacto sobre la población y así mejorar sus funciones al trabajar de manera conjunta.

Además, sería importante que todo el personal que compone el equipo de trabajo tuviera la oportunidad de realizar sugerencias para estructurar los objetivos de trabajo, ya que como pobladores del municipio tienen una visión más clara de las problemáticas que les aquejan en sus comunidades.

Su labor podría comenzar por la realización de investigaciones que ayuden a detectar las necesidades en materia de salud, educación y protección infantil, realizando una planeación de **actividades preventivas congruentes** con la situación que prevalece en el contexto donde viven y trabajan.

Es decir, para planificar cualquier tipo de intervención se necesitaría realizar previamente una investigación en la zona donde se piensa trabajar, buscando obtener información suficiente acerca de las condiciones sociales (sanitarias, vivienda, empleo, cultura y educación), de salud (enfermedades frecuentes que padece la población y formas en que las atienden), legales (violencia intrafamiliar, abandono, maltrato), nutricionales (carencias alimenticias que existen en cada zona) y psicológicas (problemas de adicciones, tipos de maltrato, problemas más frecuentes en el nivel escolar, conductas y hábitos sociales) que imperan en el lugar para poder realizar una intervención directa y congruente en problemas críticos bien localizados, teniendo la certeza de que se esta atendiendo a las necesidades reales de la población.

Con este tipo de investigaciones se podría retomar la información estadística que se tiene acerca de los padecimientos atendidos en las clínicas del DIF. La aplicación de cuestionarios después de la impartición de pláticas de orientación en varias de las colonias del municipio también sería de utilidad para comenzar un sondeo.

Con la información recabada por las investigaciones se integraría un reporte sobre las condiciones generales de cada zona, cuya información sería de utilidad para conocer la evolución de cada comunidad.

En esta labor el equipo de psicólogos podría colaborar para tratar de entender las condiciones imperantes en cada zona y poder realizar las sugerencias pertinentes para adaptar los servicios a cada comunidad previniendo posibles rechazos por parte de los pobladores.

Con este contacto y acercamiento a la población también se podría conocer con que centros comunitarios y/o lugares de reunión se cuenta para realizar el trabajo del DIF y efectuar acuerdos con la gente del lugar, incluyendo la posibilidad de utilizar estos lugares para realizar algún tipo de capacitación para que sean los mismos pobladores del lugar los que intervengan en la solución sus problemas.

Para que la interacción del DIF con la población fuera de mutuo beneficio, el intercambio entre ambos, no debe estar basado en la exigencia de apoyos por parte de uno y la actitud paternalista por parte del otro, más bien se debería de ayudar a la gente para que aprendan a crear los recursos necesarios para su desarrollo.

Por ejemplo, podría ayudárseles a algunos de ellos para que revivir su antiguo rol de campesinos y vuelvan a trabajar sus parcelas abandonadas, vendiéndoles semillas a bajo costo y fomentando la compra o intercambio de alimentos entre los miembros de las zonas más pobres. Ante todo esto el DIF sería su interlocutor directo con el gobierno municipal exigiéndole que se apoyaran y fomentaran este tipo de actividades.

El psicólogo podría acudir a las diferentes comunidades y colonias para participar en la coordinación de estas labores, detectar problemas de convivencia, analizar las costumbres y hábitos de la gente, y así, poder programar actividades encaminadas a lograr la integración y cooperación mutua entre los miembros del grupo social que estaría participando en esta actividad.

Profundizando un poco más se conseguiría que los encargados de coordinar cada área (psicología, trabajo social, etc.) se estuvieran en constante comunicación con todos los miembros del equipo DIF, entre todos ellos se reuniría la información acerca de los avances, las dificultades y las necesidades de cada programa, intercambiando ideas entre los coordinadores para poder hacer más eficiente la ejecución de los planes durante todo el año.

Su función incluiría la supervisión de los servicios y de los encargados de prestarlos, llenar reportes sobre cada actividad que (además de los atributos estadísticos que ya tienen) servirán para conocer los logros alcanzados y los problemas observados en cada zona al momento de poner en marcha los programas.

Todo lo anterior implicaría que el personal directivo del DIF mantuviera una comunicación directa con las direcciones de desarrollo social, educación, cultura y bienestar social, informándoles sus proyectos para que de una manera ordenada se establecieran acuerdos que exigieran de ambas partes una participación equitativa: población y gobierno como una sólo estructura.

Aunque en esta propuesta se sugieren varias cosas que trascienden la función del psicólogo, se considera importante mencionartas porque la aplicación de un enfoque comunitario requiere de todo el apoyo que puedan dar la población, las instituciones gubernamentales y las de asistencia social como el DIF. Los primeros participando activamente, cooperando y organizándose, los segundos siendo la voz de los primeros y comunicándose directamente con el gobierno municipal, para exigirle los recursos (materiales y humanos) suficientes para cumplir adecuadamente con sus funciones.

Al respecto, se añaden los comentarios de Salleros Sanmartí L. (1990) sobre la participación de la población en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad:

"El futuro de los esfuerzos colectivos para promover y restaurar la salud es la salud comunitaria. En ella, la participación de los individuos a través de sus representantes en los diferentes niveles de administración, es fundamental.

La educación sanitaria en su concepto actual, **no sólo debe modificar las conductas insanas** [énfasis agregado] y promover otras que sean beneficiosas para la salud de los individuos, sino que también debe fomentar esta participación e instruir a los ciudadanos para que puedan evaluar sus necesidades de salud y de servicios sanitarios. Sólo así podrán tomar decisiones razonadas sobre estos temas, en beneficio de la salud de su comunidad." (Pag. 63)

Con esto se podría proporcionar un apoyo real a la población, fomentar su integración social, su bienestar familiar y al mismo tiempo se contribuiría a una buena gobernabilidad sin olvidar que la soberanía reside en el pueblo y este tiene derecho a participar.

Lo anterior permitiría que el psicólogo dejara de restringirse a realizar únicamente las actividades tradicionales del clínico, haciendo posible que las acciones en materia de salud pública, se lleve a cabo con las aportaciones de los miembros que conforman los equipos de trabajo de cada DIF municipal (abogados, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales) y de la población misma.

El plan esbozado tendría el doble objetivo de atender los problemas acudiendo al lugar de su origen y tratando de prevenirlos al llevar los servicios de asistencia social a donde más se les requiere, promoviendo al mismo tiempo, el trabajo comunitario que se promovería por medio del DIF.

Por último, cabe aclarar que han pasado poco más de 25 años desde que los gobiernos de muchas partes del mundo (incluyendo a México) plantearon el ideal de conseguir una mejor vida para sus ciudadanos bajo el lema de "Salud para todos en el año 2000" y aún observamos muchas deficiencias y atrasos en el desarrollo de actividades que mejoren las condiciones de vida en los países de Latinoamérica. (Vargas D. y Palacios A. 1993)

Esta situación ha causado que la incorporación del psicólogo al ámbito de la salud pública y en particular al DIF, lleve implícito el reto de crear nuevas formas de intervenir en los problemas de la población, trascendiendo el papel de especialista en problemas individuales para transformar su labor en la de un profesional comunitario.

Por lo tanto, no se debe olvidarse que en Iztacala se ubica al psicólogo como un profesional dedicado a resolver problemas de salud pública, de producción y economía. Destacando la necesidad de que el trabajo profesional se vincule a dos sectores básicos de la población: urbana marginal y rural marginal con una orientación institucional y comunitaria. (Ribes I. E. et.al., 1986)

CONCLUSIONES

A lo largo de este escrito se han explorado las diferentes actividades que corresponde realizar a un psicólogo en el área clínica y en particular al interior de una institución de salud pública y asistencia social como el DIF.

Dicha institución, se caracteriza por estar enfocada al trabajo con la población más pobre y en situaciones generales de desventaja social. Por lo tanto, se deben efectuar acciones que pongan un alto al progresivo deterioro de sus condiciones de vida.

Al respecto, se tuvo la oportunidad de realizar actividades de intervención, prevención y educación para el DIF municipal de Ixtapaluca, con resultados que muestran los alcances que puede tener el psicólogo al tener diferentes funciones (terapeuta, promotor de la salud, educador, conductor de grupos, conferencista) y fijarse metas a corto plazo.

En esta experiencia, se pudo comprobar lo dicho por Cortés V. E. y Ramírez G. M. (1998) sobre las dificultades que desde hace tiempo ha pasado el psicólogo al tratar de incorporarse a los sistemas de salud, viviendo en carne propia el esfuerzo que debe hacerse para darle a conocer a población y a los integrantes de las instituciones, la gama de actividades en las que se puede participar.

En el DIF, suele asignársele la categoría de *psicólogo clínico*, al responsable de atender a la población en la consulta individual y en pláticas o conferencias, dejando de lado, que muchas de las actividades que se deben desarrollar en esta institución, trascienden las características que tradicionalmente se asociaban con dicha categoría.

Lo anterior es muestra de que ningún psicólogo incorporado a la salud pública, esta exento de que ser asociado a este tradicional papel. Por si fuera poco, la evolución que va teniendo la psicología al incidir en diferentes contextos laborales y durante su intervención en diferentes tipos de problemáticas, hace evidente un panorama mucho más complicado para su definición exacta.

A pesar de todo, el rol de clínico le ha permitido al psicólogo incorporarse en contextos como hospitales, centros de salud o clínicas. La frecuente asociación que existe entre la palabra psicólogo y actividades como la evaluación, el diagnóstico y la terapia, es una clara muestra de esta situación. Al respecto, basta con mencionar lo comentado por gente como Roa A. A. (1993), Phares E. J. (1996), Nuñez R. (1985), Kendall y Norton-Ford (1988) sobre estos aspectos.

La evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas psicológicos, siempre serán parte de las actividades más desempeñadas por un psicólogo clínico, pero no debe olvidarse que a través del tiempo, la psicología clínica a pasado de poner su interés en la conducta individual, a enfatizar la influencia mutua que existe entre contexto y sujeto.

Como diría Pérez B. F. E. (1988), el papel actual del psicólogo clínico, consiste en la atención del sujeto sin desechar ni ignorar la información de su contexto social.

Al respecto, dentro del campo de la salud, se ha observado una transformación notable en las actividades del psicólogo, a tal grado, que actualmente su trabajo se encuentra dirigido a prevenir los problemas, educando a la población en general, con la intención de fomentar conductas y estilos de vida saludables.

Al reformularse sus objetivos y su papel como clínico, el psicólogo planifica, desarrolla y aplica proyectos, para beneficiar a una masa mucho mayor, en comparación con la que podía atender en la consulta individual.

El psicólogo clínico contemporáneo maneja nuevos marcos conceptuales que le permiten influir en los ámbitos comunitarios y sociales buscando mejorar el impacto que tiene la psicología dentro de la sociedad.

En este sentido, los psicólogos del DIF pueden contribuir a evitar el penoso deterioro que se observa en la población marginal y en sus comunidades. ¿Cómo?, modificando sus actividades a favor de un trabajo comunitario que incluya la utilización de herramientas para prevenir los problemas.

Entre los beneficios que traería la implementación de un modelo comunitario, se encuentra la participación social de los profesionales que intervienen en los distintos ámbitos que integran la salud, así como la de quien padece estos problemas directamente, diseñando estrategias específicas para responder a sus necesidades.

Con esta manera de trabajar, sería posible educar a la población para que sea ella, la que determine que tipo de procedimientos son necesarios para ir modificando las situaciones que están provocando sus problemas y las que pueden originar otros.

Por lo tanto, el psicólogo del DIF debe actuar como un orientador y como un instrumento en las manos de la comunidad, enfocando sus esfuerzos para proporcionar el desarrollo de la colectividad y no solamente atender las necesidades más urgentes en los individuos.

Para que esto sea posible, se requiere que el DIF sea un portavoz ante los gobiernos locales, y contribuya a la adecuada satisfacción de las necesidades sociales, psicológicas y culturales en los contextos marginales.

Puede agregarse, que aunque en instituciones como el DIF de Ixtapaluca, es difícil que se cuenten con los recursos humanos y materiales para hacer posible este tipo de trabajo, se necesita que sean los mismos involucrados en atender a la población, los que den el primer paso para que esto sea posible.

La metodología utilizada durante el 2001, es un ejemplo de la manera en que pueden utilizarse los conocimientos de la psicología para hacer que los contenidos de un programa preventivo sean más significativos, poniendo un granito de arena para cambiar el panorama observado.

A su vez, no debe olvidarse que entre las obligaciones que tiene el DIF como institución de asistencia social, se encuentra la implementación de acciones que fomenten el desarrollo integral de la población que se encuentra en situaciones de desventaja social.

En este sentido, para mejorar los resultados obtenidos durante el año 2001, es necesario esforzarse por desarrollar un programa preventivo que sea congruente con la realidad que viven los habitantes del municipio, ya que durante el tiempo que se laboró en esta institución, no existió una adecuada planeación, evaluación y detección de necesidades, en ninguno de los programas y subprogramas que fueron puestos en marcha.

Por ejemplo, en el área de psicología:

- No se acostumbraba actualizar los contenidos, pruebas y herramientas didácticas, para ejecutar las actividades desarrolladas en los subprogramas AIA, PREALFA y escuela para padres.
- No se contaba con recursos materiales y humanos suficientes para llegar a toda la población.
- No se conocía la magnitud de los problemas a tratar, debido a la carencia de investigación para detectar sus necesidades.
- Las acciones preventivas y educativas puestas en marcha, tuvieron poca relación con las características asociadas a estas actividades por autores como, Santacreu et.al (1997), Calderón N. (1994), Fernández-Ríos L. (1994), Pérez G. A. (1998), Alvarez A. (1991), Greene y Simons-Morton B. (1984) (ver capítulo 1).

Al respecto, es necesario buscar diferentes alternativas para modificar la falta de investigación, tomando en cuenta los comentarios de autores como Lorión (citado en: Fernández-Ríos L., 1994), quien subraya, que antes de implementar cualquier programa preventivo, es necesario realizar una investigación de campo que le permita al psicólogo tener conocimiento claro de la población que será atendida, y de los problemas que es posible prevenir, formulándose un plan bien estructurado.

Es de suponerse que si en los programas AIA y escuela para padres, se hubieran planificado las actividades que fueron desarrolladas, con base en datos confiables sobre la situación específica de los habitantes de cada una de las colonias en donde se impartían las pláticas, hubiera sido posible, estructurar un plan específico para modificar su situación particular.

No se debe olvidar, que el psicólogo tiene diferentes conocimientos sobre la conducta individual y estos, pueden ser retomados para la creación de los programas de carácter preventivo que son puestos en marcha por el DIF. Su participación incluiría la implementación de diferentes métodos para hacer más efectivo el impacto de los programas que año tras año son puestos en marcha.

La adecuada ejecución de los programas contribuiría a optimizar el tiempo de los responsables en atender a la población dentro de las instalaciones del DIF, así como el de los encargados de acudir a las diferentes comunidades del municipio. Con esto, se podrían planificar varias actividades junto con los demás miembros del equipo que integra el DIF, incluyendo algunas de las que fueron planteadas en la propuesta que fue hecha en este escrito.

Esta reflexión sobre el papel que tiene el psicólogo en el DIF y en las instituciones de salud, no sólo debe tomar en cuenta las consecuencias que esta experiencia profesional tiene en los ámbitos laborales. También se requiere hacer una reflexión que incluya los aspectos referentes a la formación académica de los futuros psicólogos, derivando de lo observado, algunas recomendaciones para mejorarla.

En este sentido, el interés principal se centra en la educación que se imparte en la FES Iztacala, institución que a lo largo de sus casi 30 años de estar formando psicólogos, ha pasado por momentos de crisis que inevitablemente, han dejado secuelas en el contenido curricular.

Al respecto, fue posible mostrar la dificultad que sus alumnos y egresados, han tenido que sobre llevar, debido a la desorganización presente en los contenidos teóricos que son manejados durante su formación.

En esta institución, la enseñanza de los conocimientos teóricos depende totalmente, de la guía de un profesor. Este, suele planificar las situaciones de aprendizaje, utilizando una metodología específica y una sola teoría psicológica para dirigir a l alumno, siendo muy difícil que e ste último, pueda acercarse a otros procedimientos de igual efectividad para abordar los problemas.

Aún así, en la enseñanza de Iztacala se destacan como algo muy importante, las actividades prácticas efectuadas en diferentes instituciones y en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI). Dichas actividades le permiten a los estudiantes acercarse a los ámbitos educativo y clínico de la psicología, proporcionándoles la oportunidad de adquirir experiencias de aprendizaje, directamente en los escenarios que demandaran posteriormente su trabajo.

Esta particularidad del currículum permite que los estudiantes sean capaces de presentar proyectos de evaluación, diagnóstico, planeación e intervención en algunas áreas de la psicología.

Con relación a estas prácticas, resulta una lastima que todavía sean muy pocas las actividades programadas para realizar intervenciones en contextos más grandes, para planificar acciones que beneficien la salud mental de una determinada colectividad, y en este sentido, el ámbito propio de la psicología social es poco estudiado.

Es urgente que los alumnos se encuentren de frente con este tipo de experiencias de aprendizaje, ya que el desarrollo actual de la sociedad, les exige intervenir en la vida de los grupos y sobre todo mejorar las condiciones psicológicas de quienes los integran para que puedan convivir evitando problemas graves como la violencia.

Con esto, puede asegurarse que en Iztacala, no sólo hace falta profundizar en los aspectos técnicos de la psicología, sino también, en la incorporación de nuevos enfoques teóricos y marcos de intervención, como los enfoques preventivos y comunitarios vinculados a la psicología.

Integrar al currículum de Iztacala los elementos teóricos y prácticos de los enfoques preventivos y comunitarios vinculados a la psicología, permitiría que los alumnos generaran estrategias enfocadas a evitar la aparición o recurrencia de los problemas y así, contribuir a detener el deterioro de la sociedad y de sus integrantes.

Los alumnos de esta institución deben aprender a prevenir y a ganarle en tiempo a los problemas, adelantándose a su aparición. Para que su papel dentro de esta sociedad tenga mayor importancia, es necesario que desde su formación, los psicólogos se enfoquen a generar una cultura preventiva, buscando que la población y las instituciones encargadas de su atención, incorporen a sus actividades diferentes estrategias para que los problemas como la violencia intrafamiliar, la drogadicción y la delincuencia puedan ser evitados con un conocimiento claro de cómo puede evitarse su aparición.

Para que todo esto sea posible, es urgente que se ponga mayor atención al diseño de técnicas efectivas para que la educación en materia de prevención, pueda tener el impacto que se requiere y que las acciones emprendidas en este sentido trasciendan y superen lo que hasta ahora se ha intentado.

Lo anterior abre la posibilidad para que en un futuro, se efectúen investigaciones sobre como puede conseguirse que la experiencia y los conocimientos acumulados a través de los años por psicólogos clínicos y sociales, contribuya con esta difícil tarea.

Por último, no debe olvidarse que muchos de los aspectos tratados sobre la prevención, son abordados actualmente por el ámbito de la epidemiología y por eso, es importante que los psicólogos se incorporen a sus investigaciones y de esta manera, darle un dinamismo diferente al conocimiento psicológico.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez A. (1990). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México D.F.: Edit. Manual Moderno.
- Andolfi M. (1994) *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. México D.F.: Edit. Paidós.
- Bernstein D. y Nietzel M. (1988). *Introducción a la Psicología Clínica*. México D. F.: Edit. McGraw Hill.
- Bleger J. (1994). *Psicohigiene y psicología institucional*. México D.F.: Edit. Paidós.
- Breslow, L. (1972). *Quantitative approach to the World Health Organization. Definition of Health: Physcal, mental and social Wellbeing*. International Journal of Epidemiology, 1, 347-355.
- Calderón N. (1984). *Salud mental comunitaria. Un nuevo enfoque de la psiquiatría*. México D.F.: Edit. Trillas.
- Cortés V. E. y Ramirez G. M. (1998). *Propuesta de una aproximación a la salud*. Alternativas en Psicología, Año 3. No 5, 18-30.
- Durán L. I., Reismaman A., Becerra A. J. y Pucheu R. C. (1992). Pronóstico de necesidades de recursos humanos en el campo de la salud mental en México. En: Withe K. L. (Ed). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. (911-917). Washington, U.S.A.: Edit. Organización Panamericana de la Salud.
- Engel, G. L. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. American Journal of Psychiatry, 137, 535-544.
- Enriquez A. J. (1994) *El papel de la tendencia actualizante en el desarrollo de la personalidad*. Tesis, UNAM-Iztacala.
- Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. (1989) *Foro de evaluación curricular de la carrera de Psicología de la ENEP Iztacala. Memorias*. México, Tlalnepantla, Edo. Méx.: Autor.
- Fernández-Ríos L. (1994). *Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. Madrid, España.: Edit. Siglo XXI.
- Fishman Ch. (1989) *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. México: Edit. Paidós.
- Greene W. y Simons-Morton B. (1984). *Educación para la salud*. México D.F.: Edit. Nueva editorial interamericana. Mc Graw-Hill.

González A. (1990) *El enfoque centrado en la persona*. México D.F.: Edit. Trillas

Kendall P. C. y Norton-Ford. (1988) *Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México D.F.: Edit. Limusa.

Larroyo F. (1971) *Psicología integrativa*. México D.F.: Edit. Porrúa.

Leigh, H. y Reiser, M. (1985). *The patient: biological, psychological and social dimensions of medical practice*. New York, U.S.A.: Plenum press.

Marzillier J. S. y Hall J. (1987). *What is clinical psychology?*. New York, USA.: Oxford University Press.

Minuchin S. y Fishman H. C. (1990), *Técnicas de terapia familiar*. México D. F.: Edit. Paidós.

Minuchin S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México D.F.: Edit. Gedisa.

Montalvo R. J. y Soria T. M. R. (1997). *Estructura familiar y problemas psicológicos*. Psicología y Ciencia Social. Vol. 1, Núm. 2, 32-37.

Mora C. y Hersch M. (1990). *Introducción a la medicina social y salud pública*. México D.F.: Edit. Paidós.

Núñez R. (1985). *Integración del estudio psicológico. (Con el uso del DSM III)*. México D.F.: Edit. Manual Moderno.

Phares E. J. (1996), *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México D.F.: Edit. Manual Moderno.

Peinado A. J. (1985). *Psicología Clínica*. México D.F.: Edit. Porrúa S. A.

Pérez B. F. E. (1988). *El campo de trabajo del psicólogo clínico*. En: ORBE. Revista del "laboratorio en línea de enseñanza de computo". UNAM, FES Iztacala. Disponible en: <http://tali.iztacala.unam.mx/recomendo/orbe/index.html>.

Pérez G. A. (1988). *Psicología Clínica. Problemas fundamentales*. México D.F.: Edit. Trillas.

Pichot P. (Ed) (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV*. Barcelona, España.: Edit. Masson.

Piedrola G. (1991). *Medicina preventiva y salud pública*. México D.F.: Edit. Manual Moderno.

Quitmann H. (1989) *Psicología humanística*. Barcelona, España.: Edit. Herder.

Ribes I. E., Fernández C., Rueda M., Talento M. y López F. (1986) *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral*. México D.F.: Edit. Trillas.

Roa A. A. (1993). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid, España.: Edit. CEPE (Ciencias de educación preescolar y especial).

Robins L. M. y Reguier D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America*. New York, USA.: The Free Press.

Rogers C. y Kinget M. (1971) *Psicoterapia y relaciones humanas. Vol. 1*. Madrid, España.: Edit. Alfaguara.

Rotter J. B. (1980). *Psicología Clínica*. México D.F.: Edit. Hispano-Americana.

Salleros S. L. (1990). *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. México D.F.: Edit. Díaz Santos S.A.

Santacreu M. J. (1991). *Psicología clínica y psicología de la salud: Marcos teóricos y modelos*. (10 cuartillas) Psicología de la salud. (En red). Disponible en: <http://www.uam/santa/objetivosgenerales>

Santacreu M. J., Rubio V. J. y Márquez M. O. (1997). *La prevención en el marco de la psicología de la salud. Psicología y Salud*. (España) Jul-Dic.

Schwartz, G. E. (1982). *Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine?*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 50, 1040-1053.

Secretaría de Educación Pública. (1982). *Educación para la salud. Programa de educación para la salud*. México D.F.: Autor.

Segura H. J., Martínez R. M. y Zepeda V. H. (1991). La psicología comunitaria como proceso de salud. En: Lartige T. (Ed). *Salud comunitaria: Una visión panamericana*. (61-67). México D.F.: Edit. Universidad Iberoamericana.

Serrano H., Barba R., Ahuja R. y Barreto H. (1991). Propuesta metodológica de intervención comunitaria. En: *Salud comunitaria. Una visión panamericana*. (68-81). México D.F.: Edit. Universidad Iberoamericana.

Shazer S. (1989) *Pautas de terapia familiar. Un enfoque ecosistémico*. Madrid, España: Edit. Paidós.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF):

- (1988). *Una escuela para padres*. México: Autor.
- (1990). *Alcoholismo y sus efectos en la familia*. México: Autor.
- (1991). *La relación de los padres con los hijos adolescentes*. México: Autor.

- (1992). *Sexualidad en la adolescencia*. México: Autor
- (1994). *Abuso al interior de la familia*. México: Autor.
- (1997). *Autoestima*. México: Autor.

Sistema para el Desarrollo Integral de la familia (DIF). **Antecedentes, organización y metas**. México.: Autor. Disponible en: [Http://www.dif.gob.mx/web/](http://www.dif.gob.mx/web/).

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM). **Estructura general**. México.: Autor. Disponible en: <http://www.edomexico.gob.mx/difem/>

Sterlin, Ricker, Embden, Wetzel y Wirsching. (1995). *Terapia familiar. La primera entrevista*. Barcelona, España.: Edit. Gedisa

Vega F. L. (2000). *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México D.F.: Edit. Manual Moderno.

Weissberg R. P. y Greenberg M. T. (1998). *Prevention science and collaborative community action research: combining the best from both perspectives*. Journal of Mental Health, Oct. Vol. 7. Issue 5, 14 pág.