



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**La promoción de la salud comunitaria: una propuesta para la  
sensibilización a factores de riesgo.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:  
FABIOLA RAMÍREZ SALAS LINARES.**

**DIRECTOR DE TESIS:  
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA.**

MÉXICO, D. F., MAYO DE 2008.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

## **Agradecimientos.**

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por haberme dado la oportunidad de formar parte de su comunidad y a todos los profesores que me enseñaron a amar y a disfrutar la psicología.

A mi director de tesis, Mtro. Fernando Vázquez Pineda, por la enorme paciencia que siempre mostró ante mis incontables dudas, por sus conocimientos, su experiencia, su apoyo y su tiempo.

A mis revisoras Lic. Noemí Barragán Torres, Dra. Lidia Barragán Torres, Mtra. María José Martínez Ruíz y Dra. Silvia Morales Chainé, por el tiempo que le dedicaron a este trabajo y por enriquecerlo con sus comentarios.

Al Centro de Salud “Dr. Gastón Melo” y particularmente al Lic. Gilberto López Guerrero por su apoyo y guía.

A las señoras que formaron parte del grupo “El Calvario” por su confianza y esfuerzo.

A mi compañera y amiga Anabell Miranda Nájera (q.e.p.d.) por haber compartido esta experiencia conmigo y enseñarme tantas cosas.

Y finalmente, por ser más importante, gracias a Dios por permitirme seguir en este mundo y poder concluir este ciclo de mi vida; por todas las cosas buenas que me ha dado y por ser mi mayor consuelo y apoyo cuando las cosas no han sido tan buenas.

---

## **Dedicatorias.**

Esta tesis se la quiero dedicar a todas las personas que quiero, que siempre están en mi corazón y que son parte de mi vida:

A mi querido esposo Jorge Soto Peredo, por ser quien eres y por lo que significas para mí, por el gran amor que me demuestras a diario, por haber elegido compartir tu vida conmigo, por tu apoyo y por hacerme feliz.

A mi mamá y a mi papá por todo el cariño y el apoyo que me han dado en este y todos los proyectos de mi vida, porque siempre han tratado de comprenderme y nunca han dejado de quererme.

A mis hermanos Ignacio, Luis Octavio y Silvia, a mi tía Tina y a mi abuelita, por ser mi familia y aceptarme como soy, por su cariño y por todo lo que me han enseñado.

A Sandra Salcedo, Norma Espinosa y Gilberto Covarrubias, por su maravillosa amistad de tantos años, porque siempre tienen una sonrisa, un consejo o una mano dispuesta para mí. El mundo es mejor con ustedes por aquí.

A Don Jorge, Doña Marina, Raúl, Susana, Marco Antonio y Vania, por su afecto y apoyo.

A aquellas personas que han formado parte de mi vida y me dejaron algo positivo que recordar, algunas que ya se fueron pero saben lo importantes que fueron para mí. Todos y todas, ellos y ellas, no cabrían aquí.

A todos ustedes con mucho cariño, muchas gracias por todo.

La vida es demasiado breve, demasiado preciosa, demasiado difícil para que nos resignemos a vivirla de cualquier manera y es demasiado interesante para que no tomemos el tiempo de pensar y discutir sobre ella.

Ikram Antaki.

---

# ÍNDICE.

Resumen.	1
Introducción.	2
Capítulo 1. Salud y conducta.	5
1.1 Revisión histórica de los conceptos de salud y enfermedad.	5
1.2. Medicina moderna- Modelo biomédico.	6
1.3 Alternativa para la medicina moderna- Modelo biopsicosocial.	7
1.4 Concepto de salud.	9
1.5 Psicología de la salud.	10
1.5.1 Campo de acción de la psicología de la salud.	11
1.6 Factores de riesgo y de protección.	12
1.6.1 Estilos de vida.	15
1.6.2 Personalidad y diferencias individuales.	16
1.6.3 Apoyo social.	17
1.7 Desarrollando conductas saludables.	18
1.7.1 El proceso de adopción de hábitos saludables: el modelo transteórico de etapas de cambio	19
Capítulo 2. Psicología comunitaria y promoción de la salud.	23
2.1 Psicología Comunitaria.	23
2.2 Comunidad.	24
2.3 Promoción de la salud.	26
2.3.1 Educación para la salud.	27
2.3.2 Programas de intervención para la Promoción de la Salud.	28
2.3.2.1 Planificación de intervenciones.	29
2.3.2.2 Los grupos focales o grupos de enfoque.	31
2.3.2.3 Empoderamiento.	32
2.3.2.4 Autoeficacia comunitaria.	33
2.3.2.5 Intervenciones breves en comunidades.	34
2.4. Fomento de la participación comunitaria.	36

---

Capítulo 3. Atención a la salud en México.	39
3.1 Organización del Sector Salud en México.	39
3.1.1 Niveles de atención a la salud.	40
3.1.2 Los centros de Salud.	41
3.2 Características generales de la población mexicana.	43
3.2.1 Condiciones generales de salud de la población mexicana.	45
Planteamiento del problema.	47
Justificación.	48
Objetivos.	48
Método.	49
Resultados.	54
Propuesta de una intervención breve motivacional.	66
Discusión y Conclusiones.	70
Referencias.	74
Anexos.	80

## **Resumen.**

En la actualidad se cuenta con información proveniente de distintas fuentes sobre lo que significa estar sano y lo que coloca a las personas en riesgo de perder la salud. Algo en lo que la mayoría concuerda es que la conducta cotidiana de los individuos los coloca en mayor o menor riesgo de enfermar; sin embargo, lograr el cambio conductual es un reto al que se enfrentan los sistemas de salud en el mundo y es donde la psicología tiene mucho que aportar a través de modelos, técnicas y prácticas que pueden ayudar a desarrollar el sentido de autorresponsabilidad por la propia salud. En México, el modelo actual de atención a la salud enfocado en el tratamiento ya no es funcional dadas las condiciones socioeconómicas del país. La solución al problema de atención a la salud es la promoción de la salud, que consiste en capacitar a la gente para que tenga un mayor control sobre su salud y sus determinantes, para lo cual se fomentan sus aptitudes personales, se aprovecha la acción de la comunidad y se potencian las políticas públicas idóneas, los servicios de salud y los entornos favorables. En esta tesis se analiza un ejercicio de promoción de la salud en la comunidad de San Antonio Tecómitl, Milpa Alta, Distrito Federal, donde se formó un grupo de mujeres al que se impartió un taller donde se les proporcionó información para que fueran capaces de identificar sus factores de riesgo y con ello pudieran iniciar su proceso de cambio conductual o materializaran acciones dirigidas al mejoramiento de su bienestar general. Se analizan los resultados obtenidos de este taller y se presenta una propuesta para un trabajo futuro, en esta comunidad o en una con condiciones similares.

## **Introducción.**

La salud es el valor más grande que tienen los seres humanos, perder la salud acarrea pérdidas en otras esferas de la vida e incluso de la vida en si. Es cierto que la muerte es un proceso natural y parte de la vida; sin embargo, la enfermedad puede provocar una disminución drástica de la calidad de vida o que el proceso de muerte sea muy doloroso y costoso para el enfermo, la familia y la sociedad en general.

Para evitar consecuencias tan graves, se debe fomentar que las personas cuiden de su estado de salud general a lo largo de la vida, entendiendo que la salud no es sólo el estado físico del cuerpo. La salud además debe considerarse, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es decir, que el hecho de que una persona no presente una sintomatología física específica, pero que está sometida a grandes niveles de estrés o fuma o bebe en exceso o vive en un ambiente insalubre o carece de contacto social o tiene sobrepeso o siempre esta triste, no puede considerarse saludable. Todas estas variables se convierten en factores de riesgo.

Uno de los principales factores de riesgo para la salud y que interesa a los psicólogos es la conducta humana en forma de hábitos de salud, búsqueda de cuidado médico, adherencia terapéutica etc. (Bishop, 1994). El estilo de vida incluye muchos de los factores psicológicos y sociales que están relacionados con muchas enfermedades: enfermedad del corazón, hipertensión, derrame cerebral, accidentes, cirrosis, osteoporosis y suicidio (Sheridan y Radmacher, 1992).

Existe una clara relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud, el estilo y calidad de la vida determina como se siente una persona en términos de salud. Es pues importante dirigir los recursos necesarios hacia la prevención de enfermedades porque siempre es más económico prevenir que dar tratamiento. La psicología -y particularmente la psicología de la salud- puede contribuir cuando se trata de prevenir la enfermedad ya que el objetivo principal de la psicología de la salud es la prevención a través de la modificación de patrones de comportamiento y estilos de vida inadecuados para la salud de las personas (Becoña y Oblitas, 2000).

Sin embargo, existe un enorme problema cuando se habla de cambio conductual, la gente obtiene reforzadores de sus hábitos inadecuados. Si se pretende promover la salud y cambiar hábitos hay que tener un marco de referencia adecuado; una herramienta útil para entender el cambio conductual es el modelo transteórico de etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1982). En este modelo se considera que el cambio no es un asunto de todo o nada, sino un proceso de carácter cíclico. Esto es, la gente no cambia su conducta de un día para otro, ni mantiene dicho cambio para siempre una vez que se ha dado. Es necesario pasar por una serie de etapas y procesos, que incluyan las recaídas y el fortalecimiento de la autoeficacia del sujeto, para llegar al cambio.

Para llegar a un gran número de personas y capacitarlas para que tengan un mayor control sobre su salud y sus determinantes, se utiliza la promoción de la salud, a través de esta estrategia se fomentan sus aptitudes personales, se aprovecha la acción de la comunidad y se potencian las políticas públicas idóneas, los servicios de salud y los entornos favorables. La promoción de la salud orienta hoy día políticas sanitarias mundiales, nacionales y comunitarias, contribuyendo así a reducir los riesgos para la salud (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2001).

Con la promoción de la salud, se pretende cambiar tanto factores personales como ambientales, a fin de mejorar el estado de salud de las personas. La Organización Mundial de la Salud subraya la participación y autosuficiencia de la comunidad como pasos críticos en los que participan individuos, familias y comunidades que asumen una mayor responsabilidad por el mejoramiento de la propia salud. Este principio implica que los modos de vida más sanos pueden contribuir a reducir la demanda de atención primaria y secundaria de salud, permitiendo así que un sistema sobreutilizado y sobrecargado gaste sus limitados recursos de manera más eficaz (OPS, 2001).

A fin de resultar fructíferos, los esfuerzos por la promoción de la salud y la prevención de enfermedades deberán dirigirse a buscar la participación activa de la comunidad en el proceso de identificar las necesidades sanitarias, establecer prioridades para los cambios, controlar y llevar a la práctica las soluciones y evaluar el progreso alcanzado en las metas de salud establecidas (OPS, 2001).

Particularmente en México, la promoción de la salud comunitaria es una estrategia que resulta altamente conveniente, debido a que la mortalidad por infecciones comunes se ha abatido, reduciendo considerablemente las muertes en edades tempranas y contribuyendo a aumentar la esperanza de vida. Esto ha provocado que cada vez más gente llegue a edades avanzadas y desarrolle enfermedades no transmisibles que son de más difícil control y tratamiento, y por lo mismo, más costosas que las infecciones comunes. Estas enfermedades, que alguna vez se consideraron emergentes, se han establecido de manera plena en México y representan una enorme carga para el sistema de atención (Informe Salud México 2001-2005, Secretaría de salud, 2006).

El nuevo perfil epidemiológico presenta una modificación muy importante de los factores de riesgo predominantes. Destaca en este sentido la creciente prevalencia de conductas poco saludables –sedentarismo, tabaquismo, mala nutrición, alto consumo de alcohol– que favorecen el desarrollo de padecimientos no transmisibles. El consumo de alcohol y la obesidad, sumados se asocian a más de 40% de todas las muertes en el país (Informe Salud México 2001-2005, Secretaría de salud, 2006).

Al observar las estadísticas de población actuales y las predicciones realizadas, resulta evidente que el modelo de salud empleado hasta ahora, será sobrepasado e implicará un costo exorbitante. El sistema de salud que hasta ahora espera que los enfermos lleguen a él, debe empezar a realizar una fuerte acción de promoción de la salud en las comunidades, con la participación en colaboración de las instituciones que quieran y puedan comprometerse con las comunidades, para crear y mantener

condiciones que promuevan y conserven conductas asociadas con la salud y el bienestar (Roussos y Fawcett, 2000).

La investigación que a continuación se presenta aborda el tema de la promoción de la salud tomando como base el trabajo realizado en una comunidad ubicada al sureste del Distrito Federal en la delegación Milpa Alta, conocida como San Antonio Tecómitl. En dicha comunidad, se desarrolló un taller de orientación a la comunidad sobre temas que inquietaban a las participantes, desarrollados para desvelar sus factores de riesgo, sensibilizarlas sobre ellos y de ser posible iniciar su proceso de cambio conductual. Se desarrollará una investigación documental que permita analizar dicha experiencia, y se realizará una propuesta para disponer de alternativas que mejoren y faciliten el desarrollo de programas de intervención en salud comunitaria que faciliten la sensibilización de las comunidades respecto a sus factores de riesgo, lo que a ellos les permitirá desarrollar herramientas y habilidades para mejorar su calidad de vida.

Esta intervención se llevó a cabo dentro del marco del programa de Internado en Psicología General, encaminado a la formación profesional directamente en escenarios de trabajo bajo la supervisión de expertos profesionistas, por alumnas de la Facultad de Psicología, el Centro de Salud “Dr. Gastón Melo” (dependiente de la Secretaría de salud del Distrito Federal) y el psicólogo adscrito a dicho centro de salud, Lic. Gilberto López Guerrero.

## Capítulo 1

### Salud y psicología de la salud.

#### 1.1 Revisión histórica del concepto de salud.

El problema con la salud y la enfermedad comienza con la definición de los términos. Existen gran cantidad de definiciones y un sinnúmero de explicaciones que cada cultura le ha dado a la enfermedad, distintos tratamientos utilizados para recuperar la salud o diferentes opiniones sobre lo que es sano y lo que no (Morales, 1999).

Los hombres primitivos en general, mantuvieron una explicación mágica o religiosa de la enfermedad, atribuyéndola a fuerzas divinas fuera de su control. Más tarde, en la antigüedad clásica, la división del trabajo manual e intelectual permitió la acumulación y transmisión de conocimientos, así como la formación de un pensamiento filosófico, surgiendo personajes como Hipócrates (460-377 a.C.), Platón (428-347 a.C.) y Galeno (131-201 d.C.) (Resik Habib, 1986).

En la edad media, las cruzadas y la concentración de muchas personas en burgos y ciudades, con pésimas condiciones sanitarias, produjeron grandes epidemias de cólera, peste, viruela, etc. El dominio de la iglesia hizo prevalecer la idea de que las enfermedades eran causadas por la ira de Dios o por la acción de los demonios y que eran un castigo (Morales, 1999). Al mismo tiempo, los árabes sustentaron enfoques materialistas para la explicación de la salud y la enfermedad. Una de las grandes figuras de la medicina en el mundo árabe fue Avicena (980-1037), quien llegó a plantear que en el agua y en la atmósfera existían organismos minúsculos que producían enfermedades y que éstas debían explicarse según la estructura y la conformación de cada individuo, su fuerza, sus facultades, los factores del medio ambiente y el esfuerzo de la naturaleza por restaurar y conservar sus funciones vitales (Resik Habib, 1986).

Durante el Renacimiento se revalorizan los legados de culturas antiguas, se retoman los legados de Hipócrates, Galeno, Avicena y surge la necesidad de buscar soluciones a nuevos y antiguos problemas, de ahí que se fomente la investigación y se den las condiciones para el nacimiento de las ciencias modernas. Se descubre el microscopio, lo que provee de una poderosa herramienta para la investigación. A partir de entonces, la medicina se vuelca a la microbiología alentando a muchos a pensar en el fin de la enfermedad, pues sólo se tenía que identificar al microbio enemigo y destruirlo; así es como inicia la tradición biologicista, que ha marcado la pauta de combate y explicación de la enfermedad y la salud (Resik Habib, 1986).

En el siglo XX el vínculo entre la Medicina y la Biología, se hizo mucho más estrecho, aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad, y

fue expuesta una variedad de procesos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano, sano o enfermo. A raíz de esto, se han producido notables aplicaciones de la medicina a la interpretación y el tratamiento de enfermedades e incluso para hacer manipulaciones que arrojan resultados sorprendentes. El biologicismo inicial del siglo XIX ha pasado a ser ahora ultratecnológico y todo esto ha tenido tal impacto en la medicina y en la sociedad, que en algunos sectores se ha entronizado un pensamiento a un más reduccionista en relación con las causas biológicas últimas de las enfermedades (Morales, 1999).

## **1.2 Medicina moderna - Modelo biomédico.**

Con el renacimiento volvió la idea de una explicación natural para la enfermedad. Surgió un renovado interés por el estudio de las matemáticas, la química y la física, lo que preparó el terreno para los avances médicos. La invención del microscopio proporcionó una poderosa herramienta para reunir la información necesaria para esos avances médicos. Los trabajos de personajes como Morgani en autopsias, de Virchow en patología y Pasteur en bacteriología son los orígenes de la medicina moderna (Bishop, 1994).

Otro fundamento importante de la medicina moderna esta en la doctrina del dualismo mente-cuerpo. Esta doctrina fue expuesta en el siglo XVII por el filósofo René Descartes, él afirma que mente y espíritu son terrenos diferentes: el cuerpo pertenece al terreno material y la mente al espiritual. De acuerdo con este planteamiento, el cuerpo es una máquina que se puede analizar en términos de sus partes componentes, la enfermedad es vista como una falla de la máquina. Esta explicación analítico/mecánica de la medicina ha producido grandes beneficios. El desarrollo de la teoría del germen en el siglo XIX, así como los avances en inmunología, en salud pública, en patología y en técnicas quirúrgicas, trajeron consigo increíbles mejoras en la salud (Bishop, 1994).

Enfermedades como el cólera, tifoidea, escarlatina fueron controladas y las tasas de mortalidad en Estados Unidos y Europa bajaron considerablemente. Los avances en biomedicina han sido mayores en nuestro tiempo. El desarrollo de drogas “milagrosas” como la penicilina y sus derivados, vacunas para una gran cantidad de enfermedades comunes y, espectaculares avances en cirugía y tecnología médica. Todo esto ha permitido a los profesionales de la salud sino curar, al menos dar tratamiento a enfermedades que en épocas pasadas eran fatales o muy dolorosas (Bishop, 1994).

Sin embargo, aunque el modelo biomédico ha sido exitoso en la lucha contra la enfermedad ha provocado una ola creciente de insatisfacción, pues tiende a promover la especialización, los tratamientos en clínicas y hospitales con tecnología sofisticada, muy costosos y a menudo dañinos. Se ha dicho que uno de los graves problemas de este modelo es que no promueve la prevención, mejoramiento de la salud o la responsabilidad individual de la propia salud, además ya ha rebasado los límites de modelo científico y ha adquirido la tradición y autoridad de un dogma (Engel, 1977, 1980). Las críticas también señalan que el

actual sistema médico tiene serias limitaciones y peligros, como un ejemplo de esto están las enfermedades iatrogénicas -aquellas que son causadas por alguna intervención médica- (Bishop, 1994). “El cuerpo es tratado como una máquina que cuando se descompone, se arregla removiendo o remplazando la parte dañada o destruyendo el cuerpo extraño que está causando el problema” (David McClelland, 1985).

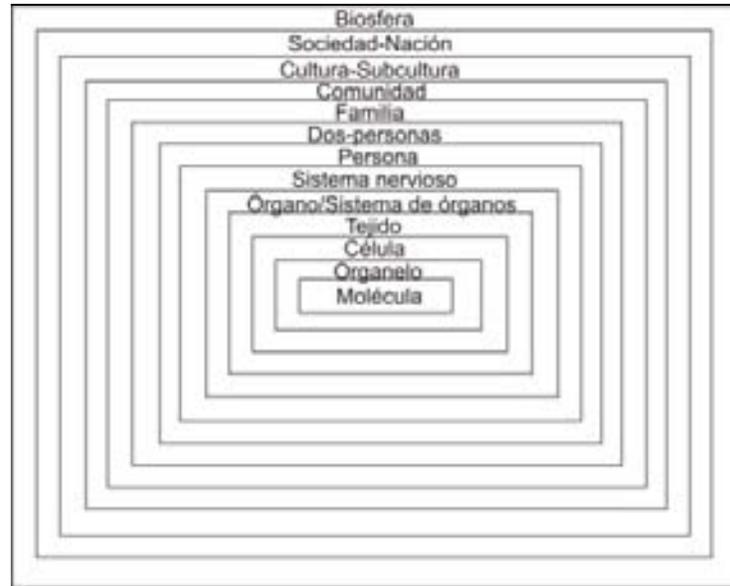
Estas y otras críticas han hecho crecer la idea de que es necesario un nuevo modelo para continuar el progreso en cuanto al entendimiento y control de la enfermedad. Este nuevo modelo continúa desarrollándose y a veces los teóricos adoptan diferentes posturas, sin embargo, todos concuerdan en que ese nuevo modelo debe incorporar las características positivas del modelo biomédico y evitar los reduccionismos que lo han limitado innecesariamente (Bishop, 1994).

### **1.3 Alternativa para la medicina moderna - Modelo biopsicosocial.**

Si se piensa que la naturaleza del hombre es esencialmente social, no se puede atribuir a lo biológico o a lo natural, exclusivamente, la causa de las enfermedades. Son muchos los factores que, actuando a nivel del ambiente humano, determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales. Actualmente, los paradigmas han cambiado buscando una alternativa al modelo biomédico donde se contemple que el funcionamiento biológico puede ser influenciado por diversos factores. Esta alternativa la ofrece el modelo biopsicosocial (Morales, 1999).

Este modelo no sugiere desechar toda influencia biomédica, de ahí que conserve la partícula “bio”. La idea es expandirlo para incluir otros importantes factores, sin sacrificar los enormes avances de la aproximación biomédica. Incluir los factores psicosociales en el modelo da la oportunidad de tomar en cuenta las cualidades humanas, tanto de pacientes como de médicos. Es un modelo más realista que resalta la importancia del papel del estilo de vida en las enfermedades del siglo XX (Bishop, 1994).

Este modelo se basa en la teoría general de sistemas. Esta teoría argumenta que la naturaleza se entiende mejor en términos de jerarquías de sistemas, en donde cada sistema está compuesto por subsistemas más pequeños y es, a la vez, parte de uno más grande. Por ejemplo, el cuerpo humano está compuesto de varios sistemas (endócrino, nervioso, cardiovascular, etc.) cada uno compuesto a su vez de tejidos y células. Además, cada persona es parte de otros sistemas más grandes como la familia, la comunidad, la sociedad y la biosfera. Todos estos sistemas, desde las células hasta la biosfera, están en continua interacción y son, al mismo tiempo, un todo y una parte, ver Figura 1. Un cambio o disturbio en un nivel de la jerarquía de sistemas afecta no sólo a ese nivel, sino a los que están más arriba y más abajo, pues los sistemas se autorregulan tratando de mantener un balance en su funcionamiento, es decir que nada existe aislado, y los investigadores y practicantes de la medicina deben considerar los efectos de un tratamiento determinado en “todo el paciente” no sólo en una parte (Bishop, 1994).



**Figura 1. Continuum de los sistemas naturales**

Algunas de las características del modelo biopsicosocial que menciona Fernández-Ríos (1994), son:

En primer lugar, reconoce que las condiciones de vida y de vivir constituyen variables significativas que inciden no sólo sobre el comienzo de la manifestación de los síntomas de la enfermedad, sino también en las variaciones de su curso.

En segundo lugar el tratamiento de una cierta patología requiere no sólo acciones que incidan directamente sobre los procesos biológicos, sino también que tengan en cuenta los aspectos psicológicos y sociales del proceso y estado de enfermedad.

En tercer lugar, reconoce la importancia de la relación especialista de salud-paciente, a través de la cual el enfermo adquiere los medios para recuperarse físicamente de su enfermedad y de las consecuencias psicosociales de la misma.

Existe un cierto consenso en admitir que dicho modelo resulta útil, y su utilidad se pone de manifiesto, por ejemplo, al tener en cuenta los factores de vulnerabilidad a nivel de diferentes sistemas que pueden incidir en la manifestación de una determinada patología. Así desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, los factores de vulnerabilidad pueden ser de carácter genético, prenatal, perinatal, familiar, comunitario, cultural, etc.

Desde este modelo, también es posible planificar estrategias de prevención para enfermedades sin una etiología conocida, ya que al adoptar la teoría general de sistemas, resulta factible actuar sobre diferentes niveles de forma simultánea que de manera conjunta pueden incidir en la aparición de la enfermedad. Al adoptar la perspectiva de jerarquía de sistemas se admite, por lo menos implícitamente, que es necesario tener en cuenta los sistemas

que contienen a la persona para la promoción de la salud y la prevención de enfermedad. También es posible considerar o hablar de “funcionamiento sano” o “normal” de los sistemas que incluyen a la “persona” y considerar la salud a nivel supraindividual (Fernández-Ríos, 1994).

## **1.4 Concepto de Salud.**

Estar sano o enfermo no depende sólo del estado del cuerpo, depende también de las circunstancias económicas, políticas y culturales de los tiempos actuales y de lo que en un momento determinado se considere saludable, por ejemplo, antes a la homosexualidad se le consideraba un pecado, después una enfermedad, luego un estilo de vida alternativo y recientemente, debido al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), muchas conductas asociadas con la homosexualidad masculina, se consideran factores de riesgo; lo mismo se puede decir del alcoholismo, que ahora se ve como una enfermedad y no como un problema moral o el tabaquismo, que antes se consideraba signo de distinción y ahora es una conducta indeseable. La forma como se defina salud o enfermedad tiene repercusiones sociales, legales y económicas. La etiqueta que se le da a una determinada conducta decide si ésta es castigada o promovida, un ejemplo de esto es el trato a los alcohólicos, que ahora son enviados a centros de tratamiento y desintoxicación y no a la cárcel (Sheridan y Radmacher, 1992). Resulta importante definir la salud tratando de buscar un consenso sobre lo que esto significa. En esta tesis se adopta la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dada la importancia y el reconocimiento internacional que tiene esta Organización.

La definición se estableció en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (World Health Organization, 2007).

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Esta definición se formuló buscando consenso entre gobiernos y sistemas sociales diferentes. Se centra en los componentes positivos de salud, en vez de hacer énfasis en la enfermedad (Fernández-Ríos, 1994).

Para los años 70 la OMS lanzó la estrategia de “Salud para Todos en el año 2000”, en la que señala que la salud empieza en el hogar, en la escuela o en el trabajo, que se aplicarán mejores medios para crecer, envejecer y morir dignamente; que se aplicarán mejores métodos para prevenir la enfermedad y aliviar las afecciones e invalideces y se reconoce la importancia de la atención primaria.

En la Carta de Ottawa de 1986, se establecían los principios básicos de la promoción de la salud, que aspiran a identificar las causas últimas, o determinantes, de la salud y a influir positivamente en ellos. Se trata de factores sociales y económicos que determinan el estado de salud, como los ingresos, la educación, la profesión, las condiciones de trabajo o el estado

mental, factores todos ellos que influyen a su vez en factores de riesgo como son el hábito de fumar, el consumo de alcohol, una dieta poco sana y la inactividad física.

Para 1990, la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, revela la importancia de incorporar la promoción de la salud como una estrategia dirigida al logro de un avance integral de salud y que responde al complejo perfil de la situación de salud de las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

En el año 2005, se celebra la 6ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, copatrocinada por la OMS y el Ministerio de Salud Pública de Tailandia, y se adopta la nueva Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud. En ella se establecen los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado involucrando a numerosos agentes e interesados directos que son fundamentales para alcanzar la salud para todos (WHO, 2007).

La Carta destaca las transformaciones de la salud mundial y los problemas que hay que superar para alcanzar sus objetivos, entre ellos la creciente carga doble de enfermedades transmisibles y crónicas, en particular las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y la diabetes. Es necesario además abordar y controlar los efectos que tiene la globalización en la salud, como consecuencia del aumento de las desigualdades, la rápida urbanización y el deterioro del medio (WHO, 2007).

## **1.5 Psicología de la salud.**

La psicología de la salud es el área dentro de la psicología que vincula a ésta con los problemas de salud humana. Desde su surgimiento, se ha convertido en un campo de investigación de rápida expansión, debido a que estudia una gran diversidad de conductas y estados psicológicos que influyen y son influenciados por el estado de salud física (Bishop, 1994). Estas investigaciones que vienen tanto de las ciencias sociales como de las conductuales, han desafiado al modelo biomédico con algunos de sus descubrimientos, como por ejemplo: que factores propios del estilo de vida y la tensión emocional son importantes predictores de la longevidad; que conductas, actitudes y eventos vitales pueden influir sobre la salud; que las personas pueden controlar voluntariamente procesos corporales “involuntarios” como el ritmo cardíaco y, el descubrimiento del vínculo entre los sistemas nervioso central e inmunológico (Sheridan y Radmacher, 1992).

La historia de la psicología de la salud de los últimos tiempos, es el reflejo de los avatares teóricos de la psicología y la propia medicina en el siglo XX y, al mismo tiempo, es el producto de la incorporación rápida de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y organizativo de los cuidados a la salud de la población. Éste ha sido un resultado natural del propio desarrollo del modelo biomédico, con sus limitaciones actuales, del fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de

la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y comportamentales mediatizan los problemas de salud (Grau, 1998).

Lo cierto es que la humanidad se enfrenta a complejos problemas y el individuo, como protagonista principal de un modo de vida determinado, necesita de algo más que la satisfacción de sus necesidades materiales para alcanzar su pleno bienestar. En consecuencia, la promoción, conservación y restablecimiento de la salud se convierte en una de las más altas prioridades de la satisfacción de las necesidades. Pocos consideran hoy que el alcance de estos objetivos pueda ser realizado desde posiciones reduccionistas biologicistas. La “apelación a la integralidad” en la atención al hombre enfermo o en riesgo de enfermar no es meramente una consigna declarativa, sino una realidad que hay que enfrentar estratégica y tácticamente (Grau, 1998).

A finales de los años ‘70 la American Psychological Association introdujo la División de Psicología de la Salud y, en 1982, se adoptó la definición propuesta por el primer presidente de la División, Joseph Matarazzo (1980):

“el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención a la salud y la formación de la política sanitaria”

Esta definición contiene varios puntos fundamentales. El primero de ellos es la mención que se hace sobre la acumulación de información acerca de los correlatos de salud y enfermedad, esta información ha provenido tanto de la psicología como de otras disciplinas como la epidemiología, inmunología, sociología y antropología médica, entre otras. Tener información es una condición necesaria pero no suficiente, un objetivo importante de la psicología de la salud es ayudar a traducir el conocimiento en acción (Brannon y Feist, 1997).

La segunda parte de la definición alude al compromiso histórico de la psicología sobre estudiar la conducta humana, por lo que la coloca en posición de contribuir de otras formas: promover y mantener la salud (diseñando programas educativos o campañas de promoción a la salud) y prevenir y tratar la enfermedad (proporcionando tratamientos alternativos, conseguir adherencia terapéutica, etc.), además de los otros objetivos señalados en la definición: detectar y buscar las causas (correlatos etiológicos) de la enfermedad y mejorar la calidad de los servicios de salud (Brannon y Feist, 1997).

### **1.5.1 Campo de acción de la psicología de la salud.**

A la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un

amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales, 1999).

Cuestiones tales como: el funcionamiento y dinámica familiar, el estilo de vida personal, las actitudes hacia la enfermedad y las situaciones de estrés emocional, son centrales para la puesta en práctica de programas de salud a cualquier nivel. Ante la psicología se plantean crecientemente tareas concretas cada vez más diversas en el campo de la salud. En consecuencia, la psicología de la salud emerge como un campo particular de aplicación de los conocimientos psicológicos a la solución de importantes problemas de la salud pública contemporánea (Grau, 1998).

Los psicólogos de la salud pueden, en primer término, trabajar porque las personas adopten conductas y actitudes protectoras, abandonen conductas de riesgo y disminuyan las probabilidades de enfermar (Sheridan y Radmacher, 1992).

En segundo término, el psicólogo de la salud busca que las personas recuperen la salud implementando programas alternativos a los farmacológicos, el tratamiento primario de desordenes físicos que responden favorablemente a intervenciones conductuales, como el dolor crónico y algunos problemas gastrointestinales. Otros servicios que los psicólogos pueden proporcionar están relacionados con la psicología clínica tradicional e incluyen tratamiento de la ansiedad para pacientes hospitalizados (Brannon y Feist, 1997).

En tercer término los psicólogos pueden dar apoyo para que los pacientes superen los problemas de ajuste emocional y social que una enfermedad o invalidez puede producir –por ejemplo, reducir los sentimientos de depresión–, se puede enseñar a los pacientes a manejar su problema a través de métodos psicológicos como el biofeedback como alternativa a los fármacos analgésicos para tratar el dolor y, en último término, diseñar e instrumentar programas para pacientes con padecimientos terminales (Sarafino, 1998).

Es hoy un hecho relativamente corriente ver a los psicólogos trabajando con disfunciones sexuales y problemas de pareja, en entrenamientos de habilidades sociales y comunicativas, en tratamientos de eliminación o deshabitación del tabaquismo y otras adicciones, en el manejo de problemas de lenguaje o incluidos en servicios a pacientes cardiovasculares, gastrointestinales, renales, a enfermos de cáncer y SIDA, a mujeres con trastornos ginecológicos, a niños y adultos con asma bronquial, a pacientes diabéticos, reumáticos, neurológicos, etcétera (Grau, 1998).

## **1.6 Factores de riesgo y de protección.**

La salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive, y los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario produciendo la inadaptación que constituye la enfermedad. Estos factores están contenidos en el ambiente natural, en la herencia biológica, cultural y social, en los grupos sociales (San Martín, 1992). Esto significa que existen

variables, conocidas como factores de riesgo, que actúan sobre el ser humano, en diferentes niveles, relacionados de diversas formas, que aumentan o disminuyen las posibilidades de enfermar o de permanecer sano.

¿Qué son los factores de riesgo y de protección? son aspectos del ambiente personal que hace más probable (factores de riesgo) o menos probable (factores de protección) que se desarrolle un problema dado. Por ejemplo, si una persona fuma, éste es un factor de riesgo para tener un ataque al corazón. Si no fuma, es un factor protector (Community Tool Box, 2005).

Los factores de riesgo y de protección son la clave para comprender cómo ayudar a la gente a cambiar sus conductas y prevenir problemas de salud. De hecho, se sugiere que antes de planear una intervención de cualquier tipo se deben considerar los factores de riesgo y de protección (Community Tool Box, 2005).

En algunas enfermedades infecciosas los factores desencadenantes resultan evidentes y no ofrecen lugar a dudas. Por ejemplo, el cólera es una infección que se extiende muy rápidamente entre la gente que vive hacinada, con escasas medidas higiénicas y sin un adecuado suministro de agua potable. Afecta a ambos sexos por igual, así como a todos los grupos de edad (Enciclopedia metódica Larousse, 1997).

En otras situaciones las costumbres del país pueden contribuir a la enfermedad. Por ejemplo, en las sociedades donde el consumo de alcohol es elevado y socialmente aceptado, existe una elevada incidencia de enfermedades relacionadas con el mismo, sobre todo entre la población masculina (Enciclopedia metódica Larousse, 1997).

Backett, Davies y Petrós-Barvasián (1985), afirman que se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad a toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente.

Estos factores pueden actuar como predisponentes, facilitadores, desencadenantes o potenciadores de algún padecimiento ya que algunos de ellos se asocian con diversas enfermedades y algunas enfermedades tienen relación con diversos factores de riesgo. Los estudios epidemiológicos pueden medir la contribución relativa de cada uno de estos factores al desarrollo de la enfermedad, así como la posible reducción correspondiente en la enfermedad si se elimina cada uno de los factores de riesgo (Beaglehore, Bonita y Kjellström, 1994).

Hay factores de riesgo que funcionan como macrológicos o distales y otros que actúan como micrológicos o proximales, los factores de riesgo macrológicos suelen afectar a la población de manera relativamente homogénea a gran escala y representan variables a cuyo cambio se tiene acceso restringido tanto desde la óptica del individuo, como la del especialista. Algunos ejemplos incluyen el género, el nivel socioeconómico, la escolaridad, el lugar de

residencia, la infraestructura sanitaria, etc. La investigación sobre ellos puede ser importante porque ayuda a quien toma decisiones sobre política sanitaria, política social, etcétera, a orientar recursos y planificar. Sin embargo, la modificación de estos factores implicaría cambios de difícil acceso en la vida cotidiana del individuo o su familia aunque entrañen riesgos en otros niveles para el deterioro de su salud; además, no resulta práctico tratar de “inmunizar” a la población en este sentido, ya que no podemos pedir a la gente que se cambie de ciudad, que cambie de sexo o que gane más dinero (Sánchez, 1998).

Los factores de riesgo micrológicos o proximales son factores inherentes a la interacción y al comportamiento humano; los factores micrológicos de riesgo quizás actúan como potenciadores de los factores macrológicos de riesgo o bien contrarrestan sus efectos y actúan como factores protectores. Es decir que hay variables propias de la interacción y del comportamiento humano que pueden contribuir para que un individuo conserve la salud o la pierda (Sánchez, 1998).

Existen diversas clasificaciones de los factores de riesgo por ejemplo:

Barquin (1977) menciona que, se pueden considerar cuatro factores que inciden en la salud de los individuos: los que tienen su origen en el desarrollo del país, aquellos que están íntimamente ligados a la comunidad, los que se refieren a la persona y a su conducta en relación con los aspectos vitales y finalmente los que se encuentran íntimamente ligados a los sistemas de atención médica.

Sánchez (1998), menciona que se pueden identificar cinco grupos de factores que afectan la salud: la herencia, es decir la naturaleza y las características del equipo biológico con que nace el humano; la nutrición, la calidad y la cantidad de su alimentación, incluso desde antes de nacer; el acceso a servicios de salud de alta calidad; el comportamiento humano y, la calidad del ambiente que nos rodea.

Bishop (1994), habla de determinantes de la conducta de salud que se agrupan en cuatro grandes categorías: demográficos y sociales, esto es edad, nivel educativo, clase social, etc.; situacionales, esto es la situación social en la que se encuentre el individuo; percepción del síntoma, es decir la evaluación individual de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes y psicológicos, estados y necesidades emocionales, estrés, pensamientos, creencias etc.

Existen numerosas clasificaciones y existen numerosos tipos de riesgos, sin embargo lo que nadie niega es que el comportamiento cotidiano individual puede convertirse en un factor de riesgo o en un factor protector, y son precisamente los riesgos asociados al comportamiento humano los que interesan a los psicólogos (Bernard y Kuprat, 1994).

Quien sea y lo que haga una persona, la coloca en mayor o menor riesgo de desarrollar problemas de salud. Muchos de estos factores son modificables y se refieren al estilo de vida (Bernard y Kuprat, 1994). La salud en muchos sentidos, depende del estilo de vida, es decir, de la conducta cotidiana de un individuo. La conducta es capaz de modificar factores tan estables como los genéticos. Los trastornos que afectan gravemente a la salud se relacionan

con un estilo de vida, por déficits o excesos comportamentales, poco saludables (Domínguez, 2002).

En resumen, los factores de riesgo no necesariamente causan una enfermedad, pero si están relacionados con ella, por ejemplo, la obesidad no causa enfermedades del corazón, pero se le relaciona con la hipertensión que esta muy asociada con enfermedades cardiovasculares (Brannon y Feist, 1997).

### **1.6.1 Estilos de Vida.**

La forma de comportarse del individuo dentro de un grupo social se denomina modo de vida, entendiéndose por ello, al modo particular de manifestar su vida de acuerdo a la actividad económica que realiza, o al modo de producción que llevan a cabo. Las condiciones materiales de existencia y el modo de vida, determinan a los estilos de vida que cada individuo desarrolla en lo particular como ser activo. Esta actividad está regulada por una instancia que es la experiencia cultural del ser humano: esta instancia es lo psicológico, que a su vez es producto de la materia altamente organizada, el cerebro (Beltrán y Torres, 1992).

El concepto de estilo de vida se utiliza generalmente en la actualidad para describir de manera resumida el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad. El gran reto para el modelo biomédico ha venido de la comprensión de que el estilo de vida es uno de los factores más significativos entre aquellos que afectan o favorecen la salud (Sheridan y Radmacher, 1992).

Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de la conducta diaria en la salud y en la enfermedad. En la actualidad hay evidencia más que considerable de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida individual. Esto se observa en los patrones de morbilidad y mortalidad que difieren considerablemente de los de comienzos del siglo XX: en 1900 la neumonía, la gripe y la tuberculosis eran tres de las cuatro principales causas de muerte; ahora, las tres principales causas de muerte son la enfermedad coronaria, los ataques fulminantes y el cáncer, dolencias que se deben, en parte, a la conducta y estilo de vida del sujeto (Becoña y Oblitas, 2000).

La conducta humana en forma de hábitos de salud, búsqueda de cuidado médico, adherencia terapéutica etc., tiene un gran efecto sobre la salud (Bishop, 1994). El estilo de vida incluye muchos de los factores psicológicos y sociales que excluye el modelo biomédico y que están relacionados con muchas enfermedades; por ejemplo, en los Estados Unidos, el estilo de vida esta relacionado con cerca del 80% de las muertes registradas anualmente. Las enfermedades relacionadas con estilos de vida inadecuados incluyen enfermedad del corazón, hipertensión, derrame cerebral, accidentes, cirrosis, osteoporosis y suicidio (Sheridan y Radmacher, 1992). El estilo de vida es, entonces, todas las decisiones voluntarias que la gente toma sobre cómo actuar todos los días (Bernard y Krupat, 1994).

Se han realizado varias investigaciones para definir los inmunógenos conductuales más importantes, de acuerdo con un estudio realizado en Estados Unidos con 7000 sujetos a lo largo de 9 años, se observó una relación entre la longevidad y las siguientes siete conductas: 1) dormir siete u ocho horas al día; 2) desayunar cada mañana; 3) nunca o rara vez comer entre comidas; 4) aproximarse al peso conveniente en función de la talla; 5) no fumar; 6) usar moderadamente el alcohol o no beber; 7) realizar con regularidad alguna actividad física (Becoña y Oblitas, 2000).

### **1.6.2 Personalidad y diferencias individuales.**

El estilo de vida de una persona, depende de diversos elementos, uno de ellos es la personalidad. Las diferencias individuales en cuanto a pensamientos, creencias, actitudes, valores, juicios, etc. Ello determina en gran medida la exposición a riesgos, la percepción de ellos y la reacción ante ellos. La personalidad es otro factor crítico que ayuda a determinar la exposición, percepción, y reacciones a amenazas al ser físico. Las diferencias individuales son la razón de que algunas personas se involucren en actividades que entrañan riesgos para su salud y otras no o el que algunas personas enfermen ante el estrés mientras que otras experimentan poco o ningún daño (Bernard y Krupat, 1994).

La conducta y los procesos mentales son el foco de la psicología y ellos incluyen la cognición, la emoción y la motivación (Sarafino, 1998):

La cognición es una actividad mental que incluye la percepción, el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, la interpretación, las creencias, las actitudes y la solución de problemas. Esto afecta el estado de salud de modo determinante, si las personas creen que la vida sólo vale la pena por las cosas que les gustan y no vale si tienen que privarse de algo, y les agrada fumar, beber alcohol o comer en exceso, es poco probable que acepten dejar de hacerlo, aunque ello implique beneficios a largo plazo (Sarafino, 1998).

La emoción es un sentimiento subjetivo que afecta y es afectado por los pensamientos, la conducta y la fisiología. Algunas emociones son positivas o placenteras como la alegría y el afecto, mientras que otras son negativas como la ira, el miedo o la tristeza. Las emociones pueden afectar el estado de salud, pues están íntimamente relacionadas con las decisiones de acción a tomar, respecto a si las personas se cuidan o no, o si buscan atención médica o no, e incluso en los efectos de un tratamiento (Sarafino, 1998).

La motivación es un término aplicado a la explicación de porqué la gente se comporta como lo hace, porqué se inicia una actividad, se elige esa dirección y se persiste en ella. Una persona que esta motivada a verse y sentirse mejor puede iniciar un programa de ejercicio, elegir los objetivos y perseverar en ellos (Sarafino, 1998).

El comportamiento de las personas tal vez sea la parte más difícil de modificar cuando se trata del cuidado de la salud, las personas tienen sus actitudes y creencias establecidas, mismas que adquieren a partir de sus vivencias, como resultado de sus aprendizajes en relación a sí mismo, a los otros y a la sociedad (Gil, 1997).

Las actitudes en general, y las actitudes en relación a la salud en particular, si bien son relativamente estables se adquieren y por lo tanto, aunque sean difíciles de modificar si pueden debilitarse o fortalecerse en función de la eficacia percibida o la coherencia. Además, el individuo las consolida a partir de una serie de experiencias entre las que debe contar la intervención psicológica o del educador en salud (Gil, 1997).

Sin embargo, modificar las actitudes no es más que el primer paso, es necesario asegurar un aprendizaje significativo de determinados conceptos, procedimientos y habilidades personales y sociales (Gil, 1997).

Los mensajes educativos que informan y motivan y en consecuencia cambian la actitud, no se traducen, en la mayoría de los casos, en cambios de conducta. Para que ocurra un cambio parece que es necesario añadir a los mensajes las instrucciones adecuadas sobre cómo cambiar la conducta (por ej. no basta con motivar a una persona para que deje de fumar o para adelgazar, sino que se debería indicar cómo hacerlo) y además en los casos de fuerte implicación y dependencia física o psíquica es necesaria la ayuda externa y un medio ambiente que sea favorable o por lo menos neutro a la acción de salud pretendida (Gil, 1997).

### **1.6.3 Apoyo social.**

Las personas no existen en el vacío. Constantemente buscan y ofrecen apoyo social, y justo el apoyo social es uno de los temas más importantes para la psicología de la salud. Tener apoyo significa estar involucrado en relaciones sociales y estar conectado con otras personas. Con el apoyo social, las personas se sienten amadas, valoradas, protegidas, disponen de recursos más allá de los propios. Amigos, parientes, parejas, compañeros de cuarto, compañeros de trabajo, esposos, todos ellos son fuentes de apoyo social (Bernard y Krupat, 1994).

El apoyo social tiene diferentes funciones, una función es emocional, al compartir los problemas con otros la gente ventila sus emociones y permite que los demás ofrezcan su comprensión, seguridad y cuidado. La siguiente función es informativa, dando y recibiendo consejos y guías es posible aprender de los demás y tener un mejor repertorio para afrontar los problemas propios. La tercera función es material o tangible, las bondades y servicios que se reciben de los demás, un amigo puede prestar dinero si hace falta, un maestro puede asesorar si se tienen problemas académicos (Bernard y Krupat, 1994).

El apoyo social ayuda a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos, a compartir sus tareas y les proporciona recursos tangibles, habilidades, entendimiento cognoscitivo y/o guía que puede mejorar el manejo de la situación (Morales, 1999).

Desde finales de la década de los 70, se ha reiterado la noción de que las personas que viven aisladas o disponen de pocos o malos contactos sociales tienen más riesgo de enfermar o de empeorar o de una mala evolución de sus enfermedades crónicas, destacándose la importancia del apoyo social sobre la idea de que los lazos de una persona con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., pueden ser fuente de afecto, de recursos o

ayudas prácticas, y de información, de modo tal que esos lazos ejercen una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y, de cierto modo, protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud (Morales, 1999).

Las redes de apoyo social se constituyen por un número de personas que son el total de la red que están vinculados al sujeto focal y entre ellos mismos a través de sus relaciones de apoyo. En general las redes sociales promueven más apoyo social, ejercen un mayor nivel de influencia social y de control sobre la conducta de sus miembros; tienen un mayor involucramiento y compromiso afectivo y pueden conservar y controlar los recursos existentes y movilizar ayuda rápidamente (Aduna, 1998).

Este concepto al igual que el de estilo de vida y las diferencias individuales pueden ayudar a los practicantes de la psicología de la salud a predecir el estado de salud de un individuo, Cobb (1976) menciona que cuando hay un buen apoyo social, disminuyen las complicaciones de los embarazos, particularmente entre mujeres sometidas a situaciones de tensión; se favorece la recuperación de las enfermedades y hay una respuesta positiva a los tratamientos médicos y mejor manejo de las enfermedades asociadas con la vejez.

## **1.7 Desarrollando conductas saludables.**

Es una de las ironías de la vida que los buenos hábitos sean más difíciles de establecer que los malos hábitos. En esto tiene mucho que ver que frecuentemente entre los buenos hábitos hay mucho tiempo entre la emisión de la conducta deseada y el reforzador; por ejemplo, para ver los resultados positivos de un programa de ejercicios como correr un poco por las mañanas, requiere de muchas semanas de levantarse temprano, mientras que permanecer en una cama caliente en una mañana fría, provee un reforzamiento instantáneo. Los buenos hábitos frecuentemente proporcionan malestar a corto plazo y bienestar a largo plazo, mientras que los malos hábitos dan placer a corto plazo y dolor a largo plazo. Desafortunadamente, es un principio básico del condicionamiento operante que un reforzador debe seguir rápidamente a la respuesta deseada (Sheridan y Radmacher, 1992).

Como ya se ha mencionado a lo largo de esta tesis, las causas de muerte más frecuentes se deben a factores relacionados con la conducta; pero si se conoce que conductas se deben cambiar, si hay consenso sobre las mismas, si se tiene la tecnología para hacerlo, ¿porqué no se produce el cambio de modo rápido y las personas no toman un claro papel activo para cambiar conductas poco saludables por conductas saludables? (Becoña y Oblitas, 2000).

Bayes (1985), señala que las personas no se comportan saludablemente debido fundamentalmente a tres factores: 1) por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como la inmediatez de sus efectos; 2) por lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnosticable; y 3) por el hecho de que mientras las estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del

cáncer u otros efectos nocivo son remotas y poco probables, Becoña y Oblitas (2000) añaden a esta lista tres elementos más: 4) convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos padecer; 5) las barreras culturales que impiden el cambio hacía hábitos saludables y 6) el cambio como un proceso cíclico y lento, más que rápido y lineal.

### **1.7.1 El proceso de adopción de hábitos saludables: El modelo transteórico de etapas de cambio.**

En los últimos años se ha desarrollado y evaluado empíricamente un modelo de cambio que es aplicable a las distintas conductas de salud, y especialmente a las que son más problemáticas por producir el mayor nivel de morbilidad y mortalidad. Este modelo ha demostrado tener también un gran poder predictivo para la intervención en las distintas conductas adictivas. También permite predecir la eficacia de las intervenciones terapéuticas en función del estadio en que se encuentre el sujeto en el momento de aplicarle el tratamiento (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992).

Hoy se considera que el cambio no es un proceso de todo o nada, sino un proceso de carácter cíclico. Es decir, la gente no cambia su conducta de un día para otro, ni mantiene dicho cambio para siempre una vez que se ha dado. El núcleo central del modelo transteórico, desarrollado por Prochaska y Diclemente (1982), ha sido la comprensión y el examen del proceso de cambio para la conducta de fumar, así como para otras conductas problema. Este modelo integra estadios, procesos y niveles de cambio (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992).

El “modelo de etapas de cambio” sugiere que el cambio conductual relacionado con la salud se lleva a cabo a lo largo de cinco etapas diferenciadas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. El modelo da por hecho que si hay diversos factores que influyen en la transición entre las distintas etapas, entonces los individuos responderán mejor ante intervenciones adaptadas a la etapa del cambio en que se encuentren (EUFIC, 2005).

Es probable que la popularidad del “modelo de etapas de cambio” se deba al hecho de que este modelo ofrece orientación práctica en cuanto a la intervención y consigue condensar la complejidad de la teoría del cambio de conducta de tal modo que pueda enseñarse a los profesionales. Por otra parte, la ventaja de este enfoque reside en que pueden estudiarse muestras amplias, elegidas al azar, con mensajes adaptados a la etapa de disposición al cambio de las distintas personas (EUFIC, 2005).

Este modelo ha sido modificado continuamente, pero ha mantenido su esencia: el cambio se desarrolla en cinco etapas, y atraviesa por diez procesos de cambio que se aplican de diferente forma durante las cinco etapas y una serie de mediciones de resultados intermedios que son el balance decisional, esto es la evaluación de los pros y contras del cambio y la auto-eficacia es decir la confianza que tiene una persona de poder afrontar

situaciones de alto riesgo sin recaer en su hábito no saludable (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, y Redding, 1998), las etapas o estadios que se atraviesan para llegar al cambio son:

a) **Precontemplación:** En esta etapa no hay intención de cambio e incluso en muchas ocasiones no se contempla la necesidad del cambio ya que no se percibe ningún problema. Los precontempladores pueden desear cambiar, pero ello no implica que lo hayan considerado seriamente. Las personas pueden estar en esta etapa porque no tienen información o tienen poca información acerca de las consecuencias de su conducta, o podrían haber tratado de cambiar alguna vez. En todos los casos las personas tienden a evitar leer, hablar o pensar sobre sus conductas de riesgo. La resistencia a reconocer o modificar un problema es la característica de la precontemplación.

b) **Contemplación:** es la etapa en la que la gente sabe que el problema existe y piensa seriamente en salir de él, pero no se han comprometido a tomar acción. La gente puede estar en contemplación por periodos largos de tiempo; están evaluando los pros y contras del problema y de la solución, saben lo que quieren hacer, pero no están totalmente listos para hacerlo. El elemento central de la contemplación es la consideración formal de solucionar un problema.

c) **Preparación:** ésta etapa combina criterios de intención y conducta. Estos individuos, aunque han empezado a reducir su conducta problemática, aún no han alcanzado los criterios de acción efectiva (abstenerse de la conducta); tienen un plan de acción, como hablar con un médico, comprar un libro de autoayuda, tomar alguna clase, etc. Esta etapa anima a la acción.

d) **Acción:** es la etapa en la que las personas modifican su conducta, experiencia o ambiente con el propósito de superar su problema. La acción es donde se hacen patentes los cambios conductuales y requiere compromiso para invertir mucho tiempo y energía. Las características de la acción son la modificación de la conducta objetivo con un criterio aceptable y un esfuerzo significativo de cambio. En esta etapa la vigilancia contra las recaídas es crítica.

e) **Mantenimiento:** en esta etapa las personas trabajan para prevenir recaídas y consolidar las ganancias obtenidas de su logro durante la acción. El mantenimiento no es una etapa estática sino la continuación del cambio, durante esta etapa se procura estabilizar la conducta de cambio y evitar recaídas.

Las etapas de cambio representan una dimensión temporal, es decir indican cuando ocurre un cambio particular de actitud, intención o conducta. La otra gran dimensión es cómo ocurre el cambio. El proceso de cambio proporciona una guía para realizar programas de intervención. El proceso son las cosas que las personas necesitan realizar o comprometerse a hacer, para moverse de una etapa a otra y las tareas que el terapeuta o facilitador puede llevar a cabo de acuerdo con cada etapa son (Velicer, et. al., 1998; Miller y Rollnick, 1999):

**Precontemplación:** Aumentar la duda –incrementar la información disponible acerca de uno mismo y del problema, aumento de la percepción del sujeto de los riesgos y problemas de su conducta actual.

**Contemplación:** Inclinación de la balanza a favor del cambio –evocar las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.

**Preparación:** ayudar al sujeto a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.

**Acción:** Ayudar al sujeto a dar los pasos hacía el cambio, el objetivo es que este cambio se dé (dejar de fumar, hacer ejercicio, dejar de beber, etc.)

**Mantenimiento:** Ayudar al sujeto a identificar y utilizar estrategias para prevenir una recaída –evitar situaciones de riesgo, buscar apoyo social, propiciar que la persona se recompense y busque recompensa por lo logros obtenidos, establecer una conducta saludable alternativa que sustituya la problemática.

**Recaída:** Durante las recaídas hay que ayudar a las personas a renovar el proceso de contemplación, preparación y acción sin que aparezca el desconsuelo o la desmoralización.

Hay varios puntos claves relacionados con esta teoría. Por un lado, este proceso es cíclico: es decir la persona que retrocede, vuelve a un estadio en que por el momento prefiere no cambiar la conducta, para después volver a plantearse, etc.; el retroceso es una parte normal de este proceso, y la mayor parte de la gente necesita varios intentos antes de cambiar definitivamente una conducta. Por otro lado, es necesario identificar los aspectos que aumentan la probabilidad de retroceder en el proceso de cambio y actuar de acuerdo a las necesidades de cada individuo para que reconozcan las situaciones o los momentos en los que están expuestos a ir hacía el estadio previo y que eviten o enfrenten exitosamente esas situaciones. El cambio ocurre siguiendo un patrón circular, las personas pueden avanzar de la contemplación a la preparación, a la acción, al mantenimiento, pero muchos tendrán recaídas. Durante la recaída, regresarán a la etapa anterior (o más). Algunos se sentirán apenados, culpables, desilusionados lo que puede originar que no quieran pensar en esa conducta ni sobre cambiarla y, como resultado de ello regresan a la etapa de precontemplación y pueden permanecer ahí por largos periodos de tiempo. El modelo circular sugiere que muchos de los que recaen no giran indefinidamente y regresan a donde comenzaron, sino que cada vez que regresan en las etapas tienen la oportunidad de aprender de sus errores y hacer algo diferente la próxima vez (Miller y Rollnick, 1999).

En conclusión, la salud y la enfermedad han preocupado siempre a los seres humanos y con el avance científico ha surgido la medicina moderna que se ha enfocado principalmente a buscar curas sin ocuparse de los distintos orígenes que puede tener una enfermedad. Sin embargo, ante las diversas limitaciones que ha presentado este modelo, surgió el modelo biopsicosocial que considera que la causa y la curación de la enfermedad están no sólo en el individuo, sino en la comunidad donde reside y en su modo de vivir. A raíz de esto ha crecido el interés de las ciencias sociales en general, y particularmente de la psicología, por involucrarse en los problemas de salud humana, estudiando el funcionamiento del proceso salud-enfermedad y de los factores de riesgo, interviniendo en todos los niveles del proceso: prevención, recuperación o adaptación a un problema de salud terminal. Además, en

psicología se han aplicado teorías que pueden ayudar a las personas a desarrollar hábitos saludables y fomentar cambios conductuales a favor de la salud, entendiendo el cambio como un proceso de carácter cíclico y que puede iniciarse incluso en momentos en que las personas aún no se hubiesen dado cuenta de que su comportamiento daña su propia salud o bienestar general.

## Capítulo 2

### Psicología comunitaria y promoción de la salud.

La instancia de lo psicológico juega un papel importante en la determinación de la salud. Sin embargo, no es posible concebirla sin conocer los aspectos generales de su determinación social. Consecuentemente, la problemática que tradicionalmente se ha descrito en términos psicológicos corresponde, de acuerdo a la lógica expuesta, a una problemática social, independientemente que ella se traduzca en los individuos (Beltrán y Torres, 1992). Es por ello que existe la necesidad de abordar el problema de la salud humana desde un enfoque comunitario, además de individual.

#### 2.1 Psicología Comunitaria.

Una de las aproximaciones de la psicología hacia los problemas de salud que se separa de la línea clínica individual y comienza a desarrollar un enfoque social es la de la psicología comunitaria. En la década de los '60 en los Estados Unidos, la psicología aplicada se orientó hacia la necesidad de dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, entonces aparece la comunidad como objeto de intervención (Morales 1999).

Esta disciplina emergió dentro de un contexto en el que todas las profesiones de la salud manifestaron considerable interés por el papel de las fuerzas ambientales en la creación de los problemas conductuales, necesitándose algunas veces de la manipulación de las fuerzas ambientales para aliviar los problemas del hombre, por lo que este enfoque requiere que el trabajador de la salud sea un interventor activo en la comunidad, en vez de esperar a que los problemas lleguen a él (Zax y Specter, 1979).

El término psicología comunitaria se utilizó por primera vez en el informe de la reunión realizada en Swampscott en 1965. Este nuevo movimiento fue iniciado por psicólogos formados para el trabajo clínico y en una época en la que el interés era hacia la prevención de las enfermedades mentales que se expresaba en el llamado Movimiento por la Salud Mental Comunitaria (Morales, 1999).

Hoy en día el énfasis en la comunidad es universal; en cada contexto sociomaterial concreto se conceptualiza la comunidad de una forma u otra. Pero se trata siempre de estudiar al hombre en la comunidad teniendo en cuenta aspectos políticos, religiosos, de conflictos de clase, etc. En la actualidad lo comunitario y la comunidad se han convertido en términos circulares que se refieren a cualquier actividad llevada a cabo en la comunidad para proteger y promover la salud y calidad de vida comunitaria (Fernández-Ríos, 1994).

En el área de promoción de la salud, la importancia dada a la participación de la comunidad le brinda al campo de la psicología comunitaria la oportunidad de contribuir de

forma significativa. En efecto, la estrategia del desarrollo comunitario para la promoción de la salud es totalmente compatible con la estrategia y los métodos de la psicología comunitaria (OPS, 2001).

Los psicólogos comunitarios creen que muchos problemas sociales podrían y deberían prevenirse puesto que los tratamientos suelen ser caros, requieren de mucho tiempo y generalmente no están al alcance de las poblaciones marginadas, sobre todo los pobres y los que viven en zonas apartadas. En muchos casos el tratamiento es ineficaz porque ya es demasiado tarde para intervenir y las formas de comportamientos están demasiado arraigadas o las condiciones se han deteriorado. Además, creen que los esfuerzos de prevención, que son preactivos más bien que reactivos, pueden tener un impacto mayor a largo término (Albee, 1999).

La psicología comunitaria asume que toda persona tiene sus puntos fuertes y que si se los refuerza su competencia mejora. La competencia personal refleja un sentido de supremacía sobre el ambiente circundante, lo que a su vez genera un sentimiento de capacidad y un sentido de control (OPS, 2001). En el caso de las formas de comportamiento relacionadas con la salud, la mayoría de los individuos necesitan reducir o modificar un comportamiento malsano, deben tener la competencia necesaria para controlarse a así mismos o para reducir al mínimo la exposición a ambientes que fomentan o sustentan el comportamiento indeseable (Farquhar, J. W., Fortman, S. P., Flora, J. A., Taylor, C. B., Haskell, W. L., Williams, P. T., Maccoby, N. y Word, P. D., 1990).

La psicología comunitaria, además, hace énfasis en una perspectiva ecológica, pues el medio ambiente influye en la forma en que funcionan las personas, modificando el medio, es posible fomentar cambios en los modos de comportarse de los individuos. También es importante el sentido de comunidad, puesto que estimula la interdependencia y lleva a que las personas se den cuenta de que si trabajan juntas pueden cambiar las cosas en esa comunidad. Este proceso integra a la comunidad y fomenta entre sus integrantes lazos emotivos basados en sus experiencias e historias comunes (OPS, 2001).

En resumen, el objetivo de la psicología comunitaria de acuerdo con Duffy y Wong (1996) es lograr el grado óptimo de bienestar en las comunidades y los individuos con intervenciones innovadoras y alternativas diseñadas en colaboración con los integrantes afectados de la comunidad o con otras disciplinas afines, este objetivo y los demás principios de la psicología comunitaria están perfectamente de acuerdo con los principios y prácticas aceptadas que se utilizan en las campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

## **2.2 Comunidad.**

Por COMUNIDAD, se entiende "un grupo de gente que comparte un lugar, experiencias o intereses comunes". Se utiliza este término para la gente que vive en la misma área: misma colonia, misma ciudad o pueblo y posiblemente hasta el mismo estado o municipio; pero la

gente puede considerarse parte de una comunidad con quienes comparten experiencias similares. Por ejemplo, la gente puede verse como parte de:

- Una comunidad racial o étnica (por ejemplo: los indígenas de Chiapas, la comunidad hispana, la comunidad americana).
- Comunidades religiosas (por ejemplo, la comunidad católica, la comunidad judía, la comunidad musulmana, etc.)
- Comunidades de gente con incapacidades (aquellos con deficiencia visual, aquellos con retrasos en el desarrollo o enfermedad mental).

Por último, una comunidad puede estar formada de gente interesada en las mismas cosas. Por ejemplo: se puede decir la comunidad de comercio, la comunidad laboral, o la comunidad que lucha por los derechos de los niños (Community Tool Box, 2005).

La comunidad provee el ambiente para la vida individual y constituye la unidad de la vida nacional. La comunidad es más que una localidad; es una agrupación de personas relacionadas entre sí que cuentan con recursos físicos, personales, de conocimientos, de voluntad, de instituciones, de tradiciones, etc. (Ware, 1965).

Cada comunidad es una totalidad orgánica que crece continuamente por vida interna. Todos sus miembros, sean profesionales o líderes o simples ciudadanos, tienen participación en su crecimiento y desempeñan un papel responsable. Los organismos oficiales y privados y las organizaciones cívicas son medios a través de los cuales los ciudadanos se organizan y se ayudan entre sí. Son producto de los esfuerzos del pueblo y, a su vez, contribuyen al desarrollo del mismo. El bienestar de la comunidad que procede de los recursos disponibles para el pueblo y del uso que se hace de ellos, es la responsabilidad de todos (Ware, 1965).

Las comunidades han tenido un desarrollo histórico, se pueden distinguir las comunidades urbanas y las rurales, en las rurales las características de confianza, intimidad, amistad y cooperación que son comunes en el grupo familiar se extienden sobre todos los miembros de la comunidad y existe un gran sentido comunitario. Mientras que en las comunidades urbanas las relaciones son menos estrechas, de tipo comercial, de intercambio, de trabajo y la gente no siempre tiene conciencia de pertenecer a la comunidad. Entre estos dos extremos se pueden encontrar comunidades más o menos urbanas o rurales (Ware, 1965).

San Martín y Pastor (1988) mencionan otra división similar “comunidades tradicionales” y “comunidades modernas”; organizadas por motivaciones muy diversas, particularmente por las etnias, la cultura, las actividades productivas. Las comunidades tradicionales han persistido más en los países menos desarrollados (como México) y en aquellos en los que las etnias se han mantenido separadas, coexistiendo en una región. Este tipo de comunidades tiene lazos de unidad mucho más fuertes que las comunidades de otros tipos y más recientes. Sin embargo, siempre es posible motivar a la gente alrededor de problemas que les pueden interesar a todos para organizar programas de desarrollo social (micro-desarrollo) comunal.

Las diferencias entre las comunidades, aún dentro de la misma sociedad, se establecen por diferentes motivos: grupo étnico, cultura o subcultura, hábitat, grado de desarrollo social y

estructura de la comunidad que en el fondo es la estructura de la sociedad a la que pertenece la comunidad (San Martín y Pastor, 1988).

### **2.3 Promoción de la Salud.**

Mediante la promoción de la salud se pretende capacitar a la gente para que tenga un mayor control sobre su salud y sus determinantes, para lo cual se fomentan sus aptitudes personales, se aprovecha la acción de la comunidad y se potencian las políticas públicas idóneas, los servicios de salud y los entornos favorables. La promoción de la salud orienta hoy día políticas sanitarias mundiales, nacionales y comunitarias, contribuyendo así a reducir los riesgos para la salud (WHO, 2007).

El paradigma de la promoción de la salud da por supuesto que dos factores principales influyen grandemente en la salud: el comportamiento humano, que incluye el modo de vida y las prácticas culturales con respecto a la comida, la bebida, el ejercicio físico, la higiene personal, las prácticas sociales y sexuales y el trabajo; y las condiciones del ambiente, que en la mayoría de los casos pueden restringir los tipos de comportamientos promovedores de la salud y son también responsables de mantener muchas fuentes de enfermedades y amenazas para la salud de las personas (por ej., la contaminación del aire, el agua o alimentos, los ambientes de trabajo insalubres y la mayoría de los problemas relacionados con las personas que viven en la pobreza, incluidos la vivienda inadecuada o peligrosa, el hambre y la malnutrición, la falta de agua potable, la falta de sistemas de alcantarillado apropiados, etc.), (OPS, 2001).

Por esta razón, la promoción de la salud intenta cambiar tanto factores personales como ambientales a fin de mejorar el estado de salud de las personas. La declaración de la OMS (1981) subraya la participación y autosuficiencia de la comunidad como pasos críticos en los que participan individuos, familias y comunidades que asumen una mayor responsabilidad por el mejoramiento de la propia salud. Esta posición representa un importante cambio de actitud de parte del sistema tradicional de servicios de atención. Pero más importante aún, refleja el cambio de percepción de las personas acerca de la responsabilidad que les incumbe de estar sanas y de que su comportamiento afecta la utilización de los servicios de salud. Este principio implica que los modos de vida más sanos pueden contribuir a reducir la demanda de atención primaria y secundaria de salud, permitiendo así que un sistema sobreutilizado y sobrecargado gaste sus limitados recursos de manera más eficaz (OPS, 2001).

El otro elemento importante –la promoción de la salud mediante la introducción de mejoras en las condiciones ambientales– es la inclusión de empresas y gobiernos locales y estatales en la tarea de mantener y proteger la salud de las personas en las comunidades en que viven. En un sistema de promoción de la salud y prevención de enfermedades orientado hacia la comunidad, la responsabilidad por la salud corresponde por igual a los esfuerzos combinados de los individuos mismos y a los sistemas y organizaciones que influyen en las

condiciones ambientales para promover la salud, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de enfermedades y lesiones (OPS, 2001).

Mediante la promoción de la salud se pretende asegurar las condiciones sociales y económicas que garanticen el bienestar general, que propendan a la salud y eliminen o modifiquen los factores que fomentan y mantienen conductas inadecuadas de salud y condiciones sanitarias y ambientales poco apropiadas. Para lograr tal fin, se señala la importancia de defender movimientos sociales y desarrollar política pública que fomente la salud como un valor, prioridad y derecho, la participación activa de las personas en la modificación de condiciones sanitarias y de comportamientos, fortalecer en la población las capacidades y destrezas que le permitan adoptar decisiones saludables y proporcionar apoyo social y político a la acción sanitaria (OPS, 1992).

Los principios que dirigen esta visión incluyen actuar sobre los diversos determinantes de la salud, lograr un alto nivel de participación ciudadana y trabajar con una variedad de acercamientos que van más allá de la educación e intervención individual e incluyen legislación, cambio organizacional y desarrollo comunal como estrategias principales. En este enfoque se visualiza la promoción de actitudes y conductas de salud positivas, además del acceso a servicios de salud, desarrollo de un ambiente conducente a la salud, el fortalecimiento de redes sociales y apoyo social (Santos, 1988).

Como profesionales de la salud, la primera pregunta a enfrentar es: ¿qué es exactamente un problema de salud y quién debe definirlo?

Esta pregunta puede ser contestada de diferentes formas dependiendo a quien se le pregunte. Sin embargo, si se pretende seguir un modelo de promoción de salud comunitaria, son las comunidades las que definen sus problemas (Labonte, 1996).

A fin de resultar fructíferos, los esfuerzos por la promoción de la salud y la prevención de enfermedades deberán dirigirse a buscar la participación activa de la comunidad en el proceso de identificar las necesidades sanitarias, establecer prioridades para los cambios, controlar y llevar a la práctica las soluciones y evaluar el progreso alcanzado en las metas de salud establecidas (OPS, 2001).

La estrategia de desarrollo comunitario para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades promueve las metas de la OMS incitando a los gobiernos a crear políticas para proteger a las personas, mejorar las condiciones ambientales, estimular a las personas a desarrollar sus aptitudes personales y adquirir conocimientos que las lleven a cambiar su modo de vida y reorientar los sistemas de prestación de servicios de salud para estimular la participación de la comunidad (OPS, 2001).

### **2.3.1 Educación para la Salud.**

Para promover la salud hay que crear las condiciones a fin que la población adopte los comportamientos favorables para su salud y, con ello, hay entonces que educar (Piña y

Obregón, 1992). La educación y la participación de la comunidad son indispensables para realizar actividades de promoción de la salud.

La educación se basa en ciertos supuestos, el principal es que la naturaleza humana es a tal punto maleable que lo adquirido por el alumno mediante la experiencia tiene efectos perdurables en su comportamiento subsecuente (Moore, 1998). Existen tres tipos de educación, la educación formal que consiste en las actividades educativas diferenciadas de las actividades cotidianas que responden a una intencionalidad y se imparten en instituciones que obedecen a un sistema determinado. La educación no formal que también es intencional pero que no planifica una evaluación para evaluar el alcance de objetivos. Por último la educación informal, que puede estar programada pero no es intencional (Gil, 1997).

Podríamos considerar que la educación para la salud es de tipo formal en la medida que debe planificarse, debe evaluarse y es intencional. Pero que deba planificarse no quiere decir que siempre se planifique, ni que sea intencional y mucho menos que se evalúe. Es decir, una gran parte de la educación para la salud que los niños y los adultos reciben y han recibido a lo largo de toda su vida es de tipo no formal e incluso informal. Esto hace que en muchos casos, cuando se pretende formalizarla, no se parte de la ausencia de información sino que, aún cuando el sujeto no sea consciente, ya viene con una serie de esquemas, ideas, actitudes, que han calado en su modo de ser sin que hayan sido conscientes ni los agentes ni el propio sujeto. Así que, cuando se inicia la educación formal de la salud, en primer lugar, es preciso dilucidar cuáles son los motivos que subyacen al comportamiento, esto es, el sistema de creencias en el que se fundamenta la conducta de salud de las personas de un determinado contexto, si es que se desea realmente ejercer algún tipo de influencia (Gil, 1997).

La educación para la salud contribuye a la salud de la población: facilitando a los individuos y grupos el alcanzar las metas que éstos se han establecido en relación con su salud; aumentando y manteniendo la calidad de vida, previniendo muertes innecesarias, enfermedades e incapacidades; aumentando la interacción humana y la autonomía de los pacientes en escenarios de cuidado y tratamiento (Santos, 1998).

### **2.3.2 Programas de intervención para la promoción de la salud.**

Cuando se implementa un programa de intervención con fines de promoción de la salud, lo que pretendemos es que haya un cambio, especialmente cuando las condiciones actuales no permiten a las personas disfrutar de una vida plena y saludable. La dirección del cambio dependerá de las personas a las que va dirigido ese programa, por ello la intención de los facilitadores es sólo ayudar a las personas y comunidades para que empiecen a cambiar en la dirección que más les convenga (San Martín y Pastor, 1988).

Esto implica que un programa debe surgir dentro de la comunidad misma. Esto es importante ya que ningún programa de salud es realmente útil si no obtiene la aceptación de la población y su participación activa en él. Más aún, el objetivo último de los programas de

salud debe ser educativo. Lo que más importa es cambiar favorablemente hábitos, creencias y actitudes de la población en materia de salud (San Martín y Pastor, 1988).

Lo más importante para el establecimiento de cualquier programa de intervención es un conocimiento amplio de la comunidad a la cual servirá. Generalmente en las comunidades existen diferentes instituciones que pueden relacionarse de manera formal o informal; sus miembros representan grupos de distinto tamaño, composición y poder, que buscan satisfacer sus necesidades por medio de los recursos disponibles. Cada comunidad posee una historia única que ha conformado sus características sociales, políticas, religiosas y económicas. Si bien las comunidades son diferentes entre sí en muchos aspectos, todas ellas imponen funciones similares a sus habitantes. Como quiera que sea, el éxito de un programa de intervención a menudo se determinará por el efecto que produzca en las características distintivas de la comunidad y su población; esto requiere una cuidadosa planeación y previsión (Wolfe, Kaufman, Aragona y Sandler, 1991).

Sin embargo, antes de planificar la intervención es preciso definir claramente el problema, recavar información, establecer prioridades relativas a los distintos aspectos sobre lo que es conveniente intervenir (Gil, 1997). La intervención debe estar basada en las necesidades y características de la población y diseñada con éstos en forma colaborativa. La educación en salud que resulta efectiva es aquella que es cuidadosamente planificada, independientemente del lugar donde se lleve a cabo (comunidad, lugares de trabajo, escuelas, centros de salud, hospitales, etc.) o a la población que se dirija (Santos, 1998).

### **2.3.2.1 Planificación de intervenciones.**

De acuerdo con la metodología para la promoción de la salud sugerida por la OPS (1999), antes de establecer una relación de trabajo con una comunidad es necesario recabar información sobre ella (características de territorio y población, historia de la población, líderes naturales, organizaciones existentes, recursos con los que cuentan, principales actividades de trabajo y necesidades y problemas de salud) de esta manera se crearán los contactos adecuados y se adaptarán las formas de trabajo y lenguaje y se podrán plantear objetivos apropiados para esos primeros contactos.

Esta información se puede conseguir en documentos escritos (libros, estadísticas), a través de entrevistas a informantes clave que pueden ser líderes naturales, dirigentes sociales, profesores, religiosos, comerciantes, etc., y a través de la observación directa donde se obtiene información sobre el aspecto físico del sector, ubicación de recursos, etc. (OPS, 1999).

Otra forma de conseguir la información necesaria es realizar un diagnóstico de la comunidad a través de una entrevista semiestructuradas a la población sobre sus condiciones de vida y sus hábitos. También se puede aplicar un instrumento más estructurado como lo es el Cuestionario de Evaluación Diagnóstica denominado HDL Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL, Moss, 1984, adaptado por Ayala 1992). La finalidad de este diagnóstico es determinar el nivel de salud personal y el entorno familiar, detectando así los factores de riesgo y

protectores que actúan sobre las personas y las comunidades; conociendo con ello las necesidades de la comunidad, lo que dará las herramientas para diseñar un programa adecuado a ella.

Entre los elementos básicos para la formulación de un programa de trabajo, habría que mencionar los siguientes (San Martín y Pastor, 1988):

- Los objetivos: dan cuenta del resultado que se espera alcanzar con la acción programada, tomando el camino más fácil y corto, ordenando los pasos y tareas de manera lógica, aprovechando al máximo los recursos que se tienen.
- Los recursos: incluyen todos los elementos requeridos para llevar a cabo cada una de las actividades del programa; pueden ser materiales (bienes, equipos, instrumentos, etc.), humanos (se refiere al número y perfil de las personas necesarias para la ejecución de las distintas actividades) y financieros (los recursos económicos con los que se necesita contar que pueden obtenerse a través de financiamientos gubernamentales o privados).
- Los plazos: considerando la duración total del programa, debe definirse el tiempo de desarrollo y término para la realización de cada actividad o conjunto de tareas.
- Los responsables: las personas, equipos de trabajo, grupos, instituciones u organizaciones que estarán a cargo de coordinar, realizar y rendir cuentas de cada una de las actividades comprometidas en el programa de trabajo.
- La evaluación: plantear cómo se medirán los logros y que aspectos tendrán importancia en la revisión y análisis del programa.

Una intervención para mejorar la calidad de vida de una comunidad no significa que el organizador decidirá lo que se debe hacer, sino que la comunidad debe establecer sus necesidades, prioridades y mecanismos para trabajar. Para lograr esto, los profesionales de la salud deben trabajar en equipo con la comunidad. Se parte de la premisa de que son ellos los que saben lo que necesitan y que los profesionales son meros facilitadores en el proceso de identificar las necesidades, establecer prioridades, desarrollar, llevar a cabo y evaluar el plan de acción (Santos, 1988).

Werner y Bower (1987) mencionan que los programas comunitarios que han tenido éxito para ayudar a remediar las necesidades que se relacionan con la salud, tienen en común:

- Orígenes modestos y locales y una lenta expansión descentralizada. Basándose sólo en las necesidades de la comunidad que los planifica, pero aunque crezca, debe mantener su descentralización.
- Participación de la gente local –especialmente de los pobres- en cada fase del programa. Un propósito consciente de tales programas es ayudar a fortalecer la posición y el poder de los pobres.
- Un enfoque que considera la planificación como un “proceso de aprendizaje”. Se invita a todos los participantes (instructores, promotores, estudiantes o personas de la comunidad)

a ayudar a formar, cambiar y criticar los planes. Esto permite que el programa evolucione y se adapte constantemente para responder mejor a las cambiantes necesidades de la gente.

Entre estos programas de base comunitaria (centrados en la gente o que fortalecen a la comunidad), abunda la variedad en cuanto a innovación y adaptación a las condiciones locales. Su meta es la salud para todos, pero una salud basada en la dignidad humana, la atención cariñosa y una distribución más justa de la tierra, la riqueza y el poder (Werner y Bower, 1987).

### **2.3.2.2 Los grupos focales o grupos de enfoque.**

Otra alternativa para conocer las necesidades de una comunidad, o que puede usarse a la par de un instrumento de diagnóstico comunitario, es la de los grupos focales, de acuerdo con el Paquete de Herramientas Comunitarias (Community Tool Box, 2005), un grupo de enfoque es un grupo pequeño de discusión, guiado por un líder y cuya finalidad es conocer opiniones de un tema designado y llevar a cabo una acción futura.

Se trata de un grupo específico de discusión de un tema ya que la tarea del grupo es permanecer en un sólo lugar. El grupo tiene un líder entrenado o facilitador y su trabajo es mantener y llevar a cabo el curso del grupo. La composición del grupo y el grupo de discusión son planeados cuidadosamente para crear un ambiente agradable en el cual las personas son libres de hablar abiertamente. Se anima a los miembros para expresar sus opiniones y responder a las preguntas, dirigidos por el líder, ya que el grupo de enfoque está estructurado y dirigido para proporcionar información abierta en corto tiempo (Community Tool Box, 2005).

La utilidad de los grupos focales es que pueden dar mayor entendimiento de un determinado problema. Los grupos focales se hicieron para grupos pequeños de gente con antecedentes similares (los miembros del grupo deben tener aproximadamente la misma edad, el mismo sexo, o ser miembros de mismo grupo étnico), donde es probable que los participantes se sientan cómodos y deseosos de hablar abiertamente acerca de lo que les interesa. Una ventaja de los grupos focales es que pueden dar mucha información acerca de cómo se siente verdaderamente la gente acerca de algo, y acerca de las emociones que rodean el tema (Community Tool Box, 2005).

Mientras que un estudio puede dar muchos hechos acerca de lo que se quiere hacer, los grupos focales pueden tomar estas estadísticas y darles un lado humano.

Un grupo focal se puede utilizar:

- Cuando se considera la presentación de nuevos programas de intervención.
- Cuando el principal interés es una profunda opinión o es un matiz de opinión en todo caso con el acuerdo o desacuerdo de las personas.
- Cuando se desea hacer preguntas que no puedan ser fácilmente contestadas o bien preguntadas en una encuesta.

- Cuando se requiere complementar el conocimiento que se puede encontrar en estudios escritos.
- Cuando se sabe o se puede encontrar a alguien con experiencia y práctica en un grupo.
- Cuando se tiene el tiempo, conocimiento y recursos para abastecer a un grupo de participantes.

Las preguntas que se formulan dentro de un grupo focal pueden ser como las siguientes:

¿Qué piensa sobre el problema?

¿Qué opina sobre la situación actual y con lo que está pasando?

¿Qué cosas le molestan?

¿Qué le gustaría que cambiara (o ¿qué es lo que no marcha bien?)

¿Cómo podrían cambiar?

¿Qué le gustaría que permaneciera igual y porqué?

¿Qué tipo de cosas le gustaría ver que pasarán?

¿Qué sucede con una situación en particular?

Algunas personas mencionan que el único camino para mejorar X es empezando por Y.

¿Está de acuerdo con esto? (o ¿Qué piensa?).

¿Existen otras recomendaciones o sugerencias que le gustaría hacer?

### **2.3.2.3 Empoderamiento.**

El desarrollo comunitario es un instrumento para promover la salud en las comunidades mediante la introducción de cambios de comportamiento de gran número de integrantes de la comunidad y de las condiciones ambientales que afectan el comportamiento. Otro objetivo de las iniciativas en materia de salud y desarrollo comunitario es el desarrollo de la capacidad de la comunidad para abordar las cuestiones que interesan a las personas del lugar y para habilitar e incrementar el poder de los integrantes de la comunidad para que ellos y sus vecinos lleven una vida diferente (Fawcett, Paine Andrews, Francisco, Schultz, Pichter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher, y López, 1995).

Empoderamiento se refiere al proceso de adquirir influencia sobre los acontecimientos, resultados y recursos a través de la reflexión crítica y la acción. Este proceso puede ser desglosado en múltiples niveles interconectados, incluyendo el individual, grupal u organizacional y el comunitario. El empoderamiento comunitario es definido ampliamente como el proceso de ganar influencia sobre las condiciones que interesan a las personas que comparten vecindarios, lugares de trabajo, experiencias o intereses particulares (Fawcett, et.al. 1995).

De lo que se trata cuando se habla de empoderamiento, es de informar y entrenar a la comunidad y a sus líderes a adquirir poder y a utilizarlo. El empoderamiento comunitario tiene una base de justicia social, y como tal el problema de la salud desempeña un papel protagónico en esa lucha. Su objetivo es lograr que las personas y las organizaciones que integran las comunidades cobren conciencia de la fuerza que tienen si actúan coordinados y de

conjunto y utilicen ese poder para producir cambios que los favorezcan, incluyen por supuesto el hacer cosas ellos mismos. Es una manera de descubrir las propias fuerzas y ponerlas en acción. Comunidades autosuficientes que saben como dirigir su propio desarrollo, como participar en el proceso de toma de decisiones en coordinación con los diferentes niveles de gobierno (local y nacional), y que saben como demandar políticas sociales inclusivas, han sido y son vistas como “el eslabón perdido” en la promoción y aseguramiento de la toma de decisiones de políticas públicas (Carnaval, 1999).

El desarrollo de poder se da mediante la participación en las estructuras mediadoras, desarrollando destrezas, relaciones, cogniciones o comportamientos que le mueven hacia un estado de competencia. Para lograr estos objetivos los programas dirigidos al desarrollo de poder deben permitir la participación informada, activa y recíproca de los miembros de la comunidad, su intervención en el diseño e implantación de los programas (Carnaval, 1999).

#### **2.3.2.4 Autoeficacia comunitaria.**

Las personas luchan por ejercer el control sobre los sucesos que afectan a sus vidas. Al ejercer influencia en esferas sobre las que pueden imponer cierto control, son más capaces de hacer realidad los futuros deseados y evitar los indeseables. La lucha por el control de las circunstancias vitales permea casi todas las cosas que hacen las personas porque puede garantizarles unos beneficios personales y sociales innumerables. La capacidad de influir sobre los resultados, los convierte en predictibles. La posibilidad de predecir fomenta la preparación, aumenta la posibilidad de para producir resultados valiosos y prevenir los indeseables (Bandura, 1999).

Un fuerte sentido de eficacia personal conduce al éxito y al bienestar humano. La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas. Las creencias de las personas en su eficacia desempeñan un rol primordial en su capacidad para organizarse, crear y manejar las circunstancias que influyen sobre el curso de sus vidas (Bandura, 1999).

En los esfuerzos colectivos, la eficacia percibida se relaciona con las creencias de las personas en sus capacidades unificadas para convertir la promoción de la salud en una prioridad nacional, para unificar intereses propios divergentes en una agenda común y compartida, para agrupar todos los apoyos y recursos de acción colectiva, para elaborar estrategias efectivas y para ejecutarlas satisfactoriamente y para resistir ante la oposición y los reveses desmotivadores (Bandura, 1999).

La calidad de la salud de una nación es una cuestión tanto personal como social. Requiere la modificación de las prácticas de sistemas sociales que tienen efectos perjudiciales sobre la salud, sin limitarse al cambio de los hábitos de sus habitantes. Se necesita una gran cantidad de esfuerzo unificado para prescindir de prácticas perjudiciales. Tales esfuerzos

sociales tratan de despertar la conciencia pública sobre los riesgos en relación a la salud, educar e influenciar a los políticos, movilizar el apoyo público a favor de iniciativas políticas y controlar y garantizar el refuerzo de las regulaciones sanitarias existentes (Bandura, 1999).

Las condiciones rápidamente cambiantes, algunas de las cuales perjudican a la calidad de la vida y deterioran el medio ambiente, requieren una amplia gama de soluciones para los problemas humanos y un mayor compromiso con los fines comunitarios. Tales cambios pueden ser logrados sólo mediante el esfuerzo unificado de las personas que disponen de las destrezas, del sentido de eficacia colectiva y de los incentivos que modelan la dirección de su entorno futuro. La fuerza de las familias, comunidades, instituciones sociales e incluso nacionales reside, en parte, en el sentido de eficacia colectiva de las personas, en la confianza de poder resolver los problemas a los que se enfrentan y mejorar así sus vidas mediante el esfuerzo unificado. La creencia de las personas en su eficacia colectiva influye sobre el tipo de futuro social que pretenden alcanzar, la cantidad de esfuerzo que destinan a tal fin y su resistencia cuando los esfuerzos colectivos no producen resultados inmediatos. Cuanto más fuerte sea su creencia en sus capacidades para efectuar el cambio social, más activamente se implicarán en los esfuerzos colectivos para modificar las políticas y prácticas nacionales. Aquellos que disponen de un bajo sentido de eficacia, se convencen rápidamente de la futilidad del esfuerzo para reformar sus sistemas institucionales (Bandura, 1999).

### **2.3.2.5 Intervenciones breves en comunidades.**

Un programa puede planificarse para realizar una intervención breve en la comunidad. De acuerdo con los criterios de Bloom (1992), una intervención breve tiene una duración de una a veinte sesiones, con un promedio de 6 sesiones.

Al ejecutar una intervención breve lo que se pretende principalmente, es tener un impacto de tipo motivacional. Sus efectos, consisten en iniciar una toma de decisión y un compromiso para el cambio. La naturaleza de los procedimientos de selección habitual (por ejemplo, exámenes médicos) utilizados en muchos estudios donde se aplica intervención mínima, probablemente agrupan un alto porcentaje de personas precontempladoras, para las cuales el reto crucial es el de favorecer la toma de decisión y el compromiso. Una vez que se realiza la decisión motivacional, la persona aplica sus habilidades naturales para conseguir un cambio. Un consejo relativamente breve puede tener un impacto importante. Aquellos que reciben un consejo breve bien programado obtienen una mayor mejoría en sus problemas que los que no reciben consejo alguno (Miller y Rollnick, 1999).

De acuerdo con Miller y Rollnick (1999), para que una intervención breve sea efectiva debe contener los siguientes ingredientes:

- Feedback: realizar una evaluación general que le proporcione a la persona un reflejo de su situación actual.
- Responsabilidad: del propio individuo con su cambio personal.

- Consejo: proporcionarlo de manera clara, puede ser la prescripción de un objetivo específico o sugerir un tratamiento en particular.
- Menú: ofrecer estrategias alternativas para cambiar conductas problemáticas, que sean los individuos quienes elijan la opción que mejor se ajuste a sus necesidades.
- Empatía: por parte del terapeuta (o facilitador), es uno de los elementos mas importantes.
- Autoeficacia: es necesario potenciar la autoeficacia del paciente, la esperanza y el optimismo. Convencer a la persona de que puede introducir un cambio exitoso en un área determinada de su vida.

Una intervención breve es importante para iniciar el proceso de cambio y que las personas pasen de la etapa de precontemplación a contemplación, dando información y feedback, a fin de que se pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar. Cuando las necesidades detectadas en la comunidad son diferentes a las reportadas por ellos, no es conveniente iniciar una intervención dirigida a resolver el problema encontrado sino dirigirlo hacia donde las personas quieren y al mismo tiempo iniciar el proceso de sensibilización (Miller y Rollnick, 1999).

Cuando se habla de sensibilización se pretende que las personas obtengan información sobre la situación actual (familiar, social, de salud, etc.), que surja la duda y que aumente la percepción del riesgo. Con ello se espera cambiar la percepción del individuo, de una en donde no tiene dificultades pero con la que, sin embargo, no está a gusto, por otra más funcional, donde crean que si quieren algo, deben trabajar para ello porque es un objetivo alcanzable (Watzlawick y Nardone, 2000).

Es decir, que no se trata de resignarse a la situación actual, a no ser capaz de controlar la forma de beber (propia o de la pareja), a la violencia, a la mala conducta de los hijos, a su malestar emocional, a una mala salud (dolores de estómago, de cabeza, de espalda, una diabetes, artritis u obesidad), sino saber que existen alternativas y que esas alternativas requieren para volverse realidad, llevar a cabo un cambio. Puede ayudárseles a realizar este cambio inicial si se consigue que vean el otro lado de las cosas. No convencerlas de que están equivocadas, sino complementar su visión del mundo y que realicen acciones que las dirijan hacia el objetivo deseado (Watzlawick y Nardone, 2000).

Para este fin se pueden utilizar técnicas de comunicación persuasiva, propias de las terapias breves estratégicas: sugerencias directas e indirectas; uso de lenguaje metafórico; actitudes y comportamientos no verbales; comparaciones cognitivas; paradojas comunicativas; prescripción de comportamientos directos, indirectos y paradójicos. La idea básica consiste en utilizar todos los recursos y debilidades tanto de la comunidad como de cada persona para conseguir el cambio (Watzlawick y Nardone, 2000).

## **2.4 Fomento de la participación comunitaria.**

La OPS (1984) publica un documento donde hace un análisis acerca de la participación de las comunidades en programas de salud en América, en donde concluyen respecto a México:

Existe muy poca participación en el campo de la salud, a pesar de que la comunidad ha tomado iniciativas en otros sectores y existe una base organizativa firme. No hay un mecanismo funcional de participación en el campo de la salud, el personal no ha sido debidamente adiestrado en Participación Comunitaria, y la salud no se percibe como una necesidad que requiere atención urgente. La mayoría de las personas están satisfechas o consideran que hay otras necesidades más apremiantes. Aunque existe una política nacional y estatal de apoyo a la Participación comunitaria, la estructura del sistema no la fomenta, sino que hace hincapié en el contacto individual por medio de las visitas domiciliarias, con objeto de cambiar el comportamiento de la comunidad y lograr que esta acepte los consejos y los servicios que se le brindan. Las comunidades estudiadas no cuentan con ningún mecanismo de acción colectiva para introducir cambios ni tampoco se considera la idea de que estos puedan necesitarse en el sistema de la comunidad. Además, las necesidades en materia de salud pareciera que reciben la atención adecuada; en consecuencia, tanto el sistema como la comunidad no perciben la necesidad de realizar una acción comunitaria y ambos parecen compartir la idea de que las actividades de promoción de la salud incumben principalmente al gobierno.

Algunas de las recomendaciones que hace la OPS (1984), así como algunas de sus conclusiones, para fomentar la participación comunitaria son las siguientes:

1. El sistema de salud debe ser flexible para que permita la adopción de decisiones a escala local y a su vez para que el sistema se adapte a las distintas condiciones locales, ya que no existe un método único apropiado para todas las circunstancias.
2. El adiestramiento del personal de salud en participación comunitaria es importante para que se cambien las actitudes negativas y para que trabajen más eficazmente con la comunidad.
3. Los servicios insuficientes y las demoras en la aplicación de los programas de salud ocasionan la pérdida de confianza y del interés de la comunidad y en consecuencia desalientan la participación comunitaria.
4. Los métodos tradicionales de educación en salud no han resultado eficaces para fomentar la participación comunitaria. Es necesario que la educación en salud haga hincapié en la participación para resolver los problemas de salud, y que a su vez esta educación se base en la participación.

5. Las comunidades no son homogéneas; están integradas por grupos diferentes que tienen distintos problemas e intereses. A fin de inducir a todos a participar, es necesario que el sistema de salud sepa quién participa, en qué medida y con qué frecuencia, y que tome las medidas específicas con objeto de incorporar a los integrantes de algunos grupos quienes de lo contrario no recibirían atención (las mujeres, las personas de edad avanzada, los adolescentes, los grupos minoritarios). La participación de la mujer en los programas de salud es muy importante, especialmente en la etapa de planificación.
6. El adiestramiento de los miembros de la comunidad en métodos organizativos, trabajo colectivo, planificación y administración de las actividades, aumenta la eficacia de la participación y del mecanismo establecido.
7. Los campos de planificación y de toma de decisiones más estrechamente relacionados con la participación activa de la comunidad son: la determinación de las necesidades y la colaboración en la búsqueda de soluciones. La mejor manera de determinar las necesidades de la comunidad es a través de discusiones y no de encuestas oficiales.
8. En ningún caso se ha prestado debida atención a la evaluación. El control y la evaluación regular y sistemática con la participación conjunta de la comunidad son factores esenciales para que la comunidad participe en el proceso de planificación.

La autoayuda, la participación de la comunidad y el control de la comunidad son temas fundamentales de las estrategias de desarrollo comunitario para la promoción de la salud. A fin de resultar fructíferos, los esfuerzos por la promoción de la salud y la prevención de enfermedades deberán dirigirse a buscar la participación activa de la comunidad en el proceso de identificar las necesidades sanitarias, establecer prioridades para los cambios, controlar y llevar a la práctica las soluciones y evaluar el progreso alcanzado en las metas de salud establecidas (OPS, 2001).

La estrategia de desarrollo comunitario para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades promueve las metas de la Organización Mundial de la Salud incitando a los gobiernos a crear políticas para proteger a las personas, mejorar las condiciones ambientales, estimular a las personas a desarrollar sus aptitudes personales y adquirir conocimientos que las lleven a cambiar su modo de vida y reorientar los sistemas de prestación de servicios de salud para estimular la participación de la comunidad. Estos principios revisten gran importancia en los procesos actuales de promoción de la salud y prevención de enfermedades a lo largo y ancho de las Américas (OPS, 2001).

De todo lo mencionado en este capítulo se concluye que, la psicología cuenta con las herramientas y el sustento teórico le permiten actuar en el área de la salud, especialmente en labores de promoción de la salud, directamente con las comunidades, con lo que se lograría beneficiar al grueso de la población con programas que permitan el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida. Para esto, debe implementarse un modelo conductual que permita

evaluar las necesidades de la comunidad y realizar intervenciones dentro de la misma con la ayuda y participación de los propios habitantes, empoderar a las comunidades y aumentar su autoeficacia para que generen sus propios cambios y sean autosuficientes. Una intervención puede planificarse para ser breve, con fines de despertar el interés por el bienestar personal. En el área de la promoción de la salud es necesario que las intervenciones cuenten con la participación colaborativa de las personas de la comunidad, los miembros del centro de salud y de todos aquellos actores que pretendan el bienestar psicosocial de la comunidad.

## Capítulo 3.

### Atención a la salud en México.

#### 3.1 Organización del Sector Salud en México.

A partir de la revolución en México se han desarrollado tres grandes formas de atención médica: la privada, la institucional de asistencia y la de seguridad social. A ellas se unen, con realidad inobjetable, las formas populares, no oficiales, de atención a la salud. Cada una de ellas cuenta con sus propios recursos (clínicas, hospitales y/o personal) y atienden a diferentes poblaciones. La forma privada de atención esta dirigida a la población que tiene los recursos para costearla, la institucional (a través de los programas de seguridad social) se dirige principalmente a los trabajadores y la de asistencia social a la población abierta (Mora y Hersh, 1984).

El programa de seguridad social de México proporciona atención a la salud al sector de trabajadores formales y sus familias. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre a todos los empleados del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cubre a los trabajadores del gobierno; la Secretaría de Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y Petróleos Mexicanos (PEMEX) tienen sus propios programas de salud con el que cubren al personal naval y militar y los trabajadores de PEMEX, respectivamente. Las operaciones del IMSS son sufragadas con contribuciones de los empleados, empleadores y gobierno. Los programas del ISSSTE, de los militares y PEMEX son financiados con contribuciones de los empleados y el gobierno (Mora y Hersh, 1984).

Los que están fuera de la red de la seguridad social son llamados “población abierta” y reciben atención médica del gobierno. Una parte de esta población es atendida a través de programas elaborados en conjunto con el IMSS, en los que el estado pone el dinero y el IMSS provee la dirección administrativa. El resto de la población abierta es atendida por la Secretaria de Salud a través de sus Centros de Salud, Clínicas y Hospitales; la Secretaría de Salud también funciona como coordinador del Sistema Nacional de Salud, el cual incluye los programas de salud ofrecidos por los departamentos de seguridad social (Mora y Hersh, 1984).

La inversión pública en salud entre 2000 y 2005 se incrementó 35%. El incremento del presupuesto de la Secretaría de Salud ha sido particularmente notable: entre 2000 y 2005 aumentó 53% en términos reales, esto es, descontando el efecto de la inflación. Estos incrementos se explican en buena medida por la reciente reforma a la Ley General de Salud, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular. Este seguro ofrece a sus afiliados un paquete de 249 intervenciones que cubren prácticamente toda la demanda de atención en las unidades de primer y segundo nivel. Al

cierre de 2005, el Seguro Popular cubría a 11.4 millones de individuos, lo que lo convierte en el segundo esquema de aseguramiento del país, sólo por detrás del IMSS. Este amplio nivel de cobertura del Seguro Popular está teniendo el efecto positivo de reducir el porcentaje de hogares pobres que experimentan gastos catastróficos por motivos de salud. Entre 2002 y 2005, el número de familias con este tipo de gasto en el 20% de los hogares más pobres y sin seguridad social se redujo 36% (Secretaría de Salud, 2007).

### **3.1.1 Niveles de atención a la salud.**

Independientemente de quien proporcione el servicio de salud, todos los servicios se clasifican de acuerdo a la personalización del servicio y al llamado nivel de atención.

Con el primer criterio, los servicios de salud pueden ser personales o no personales. La mayor parte de los servicios no personales, tales como control y regulación de la contaminación, del agua potable, alimentos y bebidas, drogas y medicamentos depende por ley, directa o indirectamente, de la Secretaría de Salud. Para los servicios personales se utiliza la idea de nivel de atención (Mora y Hersh, 1984).

Los niveles de atención se clasifican en primario, secundario y terciario. La atención primaria es aquella que se ofrece a la población en sus lugares de vida y trabajo, que no utiliza sistemas complejos de diagnóstico o tratamiento, en la cual la población participa activamente, en forma organizada, informada, consciente, con capacidad de controlar los procesos de atención y donde se integran servicios personales (como consulta médica) con servicios no personales (como saneamiento ambiental). El primer nivel esta dirigido a la prevención de enfermedades y a la conservación de la salud mediante actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (López y Alarcón, 1993).

La atención secundaria incorpora la hospitalización y el manejo de la población enferma por especialistas básicos: gineco-obstetras, cirujanos, pediatras e internistas (Mora y Hersh, 1984). La intervención secundaria está enfocada a detectar enfermedades tempranamente y revertir su progreso (Bernard y Kuprat, 1994).

La atención de tercer nivel es la que tiene servicios complejos, con toda la gama de especialistas, y trata a pacientes con problemas de diagnóstico o tratamiento que por razones de costos y disponibilidad de recursos humanos no pueden ser manejados a los niveles secundarios o primarios. El Centro Médico Nacional del IMSS, los Institutos de la Secretaría de Salud (Nutrición, Cardiología, Cancerología, etc.), son los prototipos de la atención terciaria (Mora y Hersh, 1984). El tercer nivel está abocado a la restauración de la salud y superación de daños poco frecuentes por medio de actividades de atención médica que involucran a las diferentes especialidades (López y Alarcón, 1993).

Para que el conjunto de niveles funcione como un todo, se requiere una estructura de referencia y regionalización. El sistema de referencia es el flujo de demandantes de servicios organizados. Normalmente un enfermo debería ser diagnosticado y tratado en el primer nivel. En caso de que los recursos del primer nivel no sean suficientes (tanto en términos de

diagnóstico como de tratamiento) el paciente debería de ser referido al nivel superior adecuado; también de éstos se puede referir a un paciente al nivel primario. Para que el flujo sea eficiente el sistema debe ser regionalizado, o sea que por cada conjunto de centros de salud de primer nivel exista un hospital de segundo nivel y que el acceso a tercer nivel sea también geográficamente organizado (Mora y Hersh, 1984).

### 3.1.2 Los Centros de Salud.

Se ubican en el primer nivel de atención. Éstos son lugares donde se trabaja en salud pública, a nivel primario, en comunidades pequeñas, bien delimitadas (geográficamente y en población), y cuya población participa en las actividades de salud junto al equipo pluridisciplinario del centro, la orientación de los programas es, esencialmente preventiva y educativa. Sin embargo, no excluye las actividades curativas ambulatorias y a domicilio (en forma global, con otras actividades a domicilio) y algunas actividades sociales. Entonces, este tipo de centro debe llamarse “Centro de Atención Primaria de Salud”, no “Centro de Salud”, porque ese término no es específico ni claro sobre las funciones de este lugar (San Martín y Pastor, 1988).

En un documento no publicado proveniente de la Dirección General de Servicios de Salud Pública (2000) dirigido al personal y usuarios de los centros de salud, se hace una lista de las acciones que conforman el paquete básico de salud que se reproduce a continuación:

1. Saneamiento básico.
2. Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar.
3. Tratamientos antiparasitarios.
4. Identificación de signos de alarma de la Infecciones Respiratorias Agudas.
5. Prevención y control de la Tuberculosis Pulmonar.
6. Prevención y control de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.
7. Inmunizaciones.
8. Vigilancia de la Nutrición, crecimiento y desarrollo del niño.
9. Planificación Familiar.
10. Atención prenatal y seguimiento del parto y puerperio.
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
12. Participación social y comunitaria.
13. Prevención y control de la rabia.
14. Salud bucal.
15. Prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual

En este documento, se hace mención de la participación comunitaria; sin embargo, no se especifica de qué manera o que acciones se tomaran para buscar esa participación. No hay programas (o no son muy conocidos) enfocados a desarrollar la autorresponsabilidad y a fortalecer las habilidades de las personas para protegerse a sí mismos, a sus familias y a su comunidad de los diferentes factores de riesgo que existan en su entorno.

En este punto hay que reconocer que existen esfuerzos, a nivel comunitario, reales para que las personas mejoren su calidad de vida, sin embargo, falta el modelo conductual que haga los comportamientos más probables, puesto que todas las acciones del paquete básico requieren que las personas ejecuten una o más conductas específicas, por lo que resulta evidente la necesidad de contar con herramientas y/o modelos provenientes de la psicología.

Las características del “Centro de Atención Primaria de Salud” deberían ser de acuerdo con San Martín y Pastor (1988):

- Actuar con una “orientación epidemiológica” en una “comunidad pequeña” y bien delimitada, en forma activa y con un equipo multidisciplinario de salud.
- Elaborar programas de salud pública aplicados directamente a la comunidad con su acuerdo y participación.
- Hacer énfasis en la orientación preventiva y educativa, sin excluir la curación, la readaptación, etc.
- Trabajar en equipos multidisciplinarios, activos, ambulatorios y en el domicilio de las familias.
- Preocuparse por las personas, las familias y los grupos, y por el ambiente ecológico y social de vida.
- Planificar y evaluar todas las actividades.
- Conectarse con instituciones de Salud-Enfermedad especializadas y de internación (para la solución de los problemas de especialidad).

La estructura actual del sistema de salud en México les confiere la responsabilidad de establecer el primer contacto con la problemática de la población a la que atienden, haciendo énfasis en su función preventiva. Esta población representaría en números gruesos el 80% de la población, sin embargo, los centros de salud se han convertido en centros para la atención de enfermos, a pesar de la elevada carga de acciones de promoción de la salud que año con año se les asigna (Durán, 1998).

Esto es una consecuencia, en parte, de que la población aún no está educada para poder demandar un servicio en busca de orientación o atención que le conduzca a mantenerse sana y a evitar la enfermedad, a excepción quizá de las acciones de vacunación y, recientemente, las de planificación familiar, la población sólo siente la necesidad de acudir a un centro de salud en caso de enfermedad. Por otro lado, el modelo profesional del personal adscrito a estas unidades favorece la adopción de un papel expectante, en espera de la demanda que ha originado que sus acciones caigan en el terreno curativo más que preventivo. Los programas de salud implementados hasta ahora están dirigidos en un alto porcentaje a la atención de enfermos, o al menos las actividades se enfocan en ese sentido. A la atención primaria que implica entre otras cosas el evitar la aparición del daño, no se le ha dado aún el énfasis que se requiere para poder elevar realmente el nivel de salud de los individuos, familias y comunidades (Durán, 1998).

Los centros de salud se han convertido en filtros para la atención de enfermos que, por las características del daño que presentan, muchas veces requieren de atención a otro nivel.

Esta situación ha traído consigo la elevación de los costos de la atención y la falacia de la necesidad de incrementar el número de hospitales de segundo y tercer nivel y del empleo de tecnologías sofisticadas (Durán, 1998).

Los centros de primer nivel de atención deben seguir la estrategia de atención primaria ocupándose de los factores de riesgo y anticipándose a ellos, actuar programadamente y buscar la participación activa del individuo en el cuidado de su salud (Durán, 1998), desarrollar repertorios compatibles con la salud que lleguen a conformar un estilo de vida acorde con las condiciones culturales. Lo anterior llevaría a que la educación, en la promoción de la salud, deje de entenderse sólo como informativa para convertirse en formativa, lográndose que la salud se convierta en un valor colectivo. Es aquí donde es relevante aplicar estrategias metodológicas que rebasen el trabajo individualizado; de otra forma no se logrará impactar en la población ni podrá hablarse de acciones de salud pública. (López y Alarcón, 1993).

### 3.2 Características generales de la población mexicana.

De acuerdo con los resultados definitivos del II Censo de Población y Vivienda 2005, realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática para ese año, residían en el país un total de 103 263 388 personas, de las cuales el 51.3% son mujeres y 48.7% son hombres. En los últimos cinco años, la tasa media anual de crecimiento de la población fue del 1.0% y en el lustro anterior fue del 1.6%; lo que confirma que la población esta disminuyendo su ritmo de crecimiento, ver figura 2.

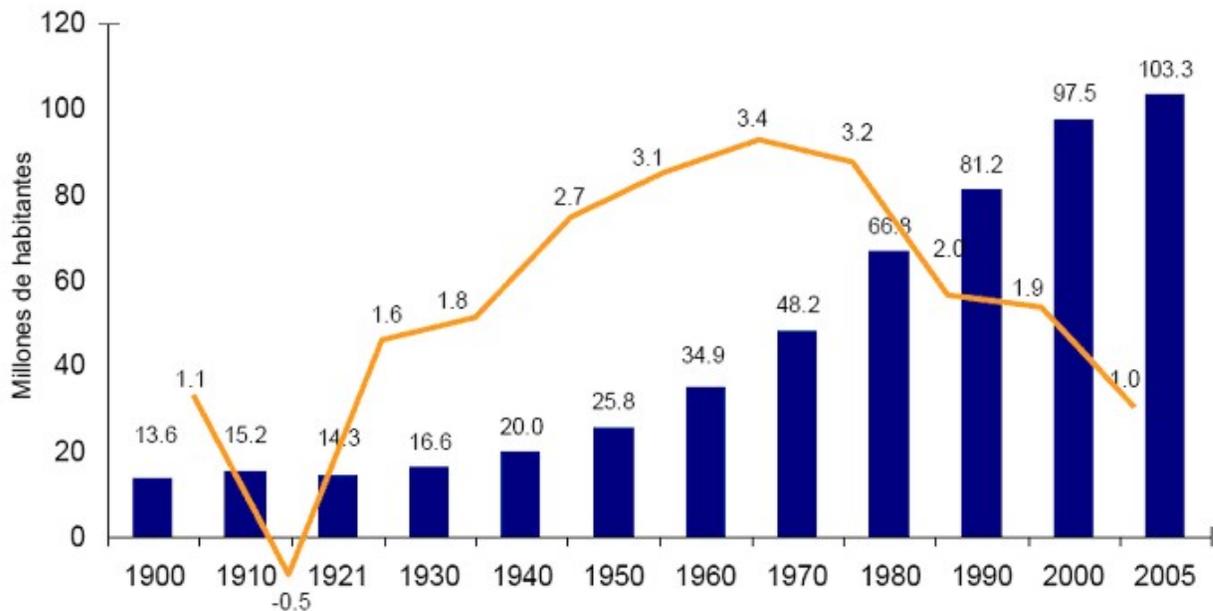
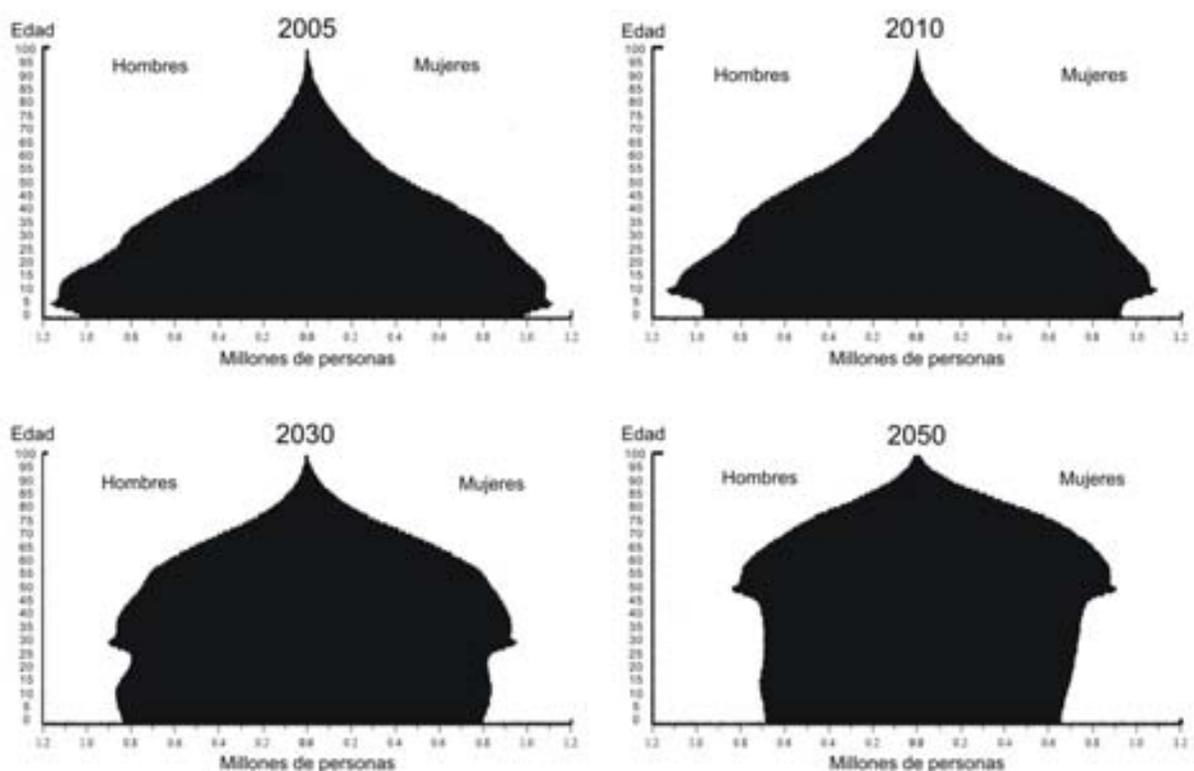


Figura 2. Población total y tasa de crecimiento por decenios, 1900-2005.

Esta desaceleración en el ritmo de crecimiento se observa en el país desde la década de los setenta. Se continúa dando en el país el proceso paulatino de envejecimiento, en donde la población de la tercera edad crece en términos absolutos y relativos. Es así que durante el último quinquenio, la población de 60 años y más se incrementó en 1.4 millones, pasando a representar del 7.1% del total en el año 2000, al 8.1% en el presente.

Como información adicional, la Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2006) estima que, si se cumplieran las premisas establecidas para la fecundidad, la mortalidad y la migración internacional, la población del país aumentaría a 112.2 millones en 2010, 128.9 en 2030 y 131.6 millones en 2050. La tasa de crecimiento total a su vez descendería a 0.99 en 2010, 0.39 en 2030 y -0.20% en 2050. Para ejemplificar este fenómeno de cambio poblacional ver la Figura 3.



**Fig. 3 Pirámides de población 2005-2050**

El descenso de la fecundidad ha contribuido a que las mujeres se desarrollen en tareas que abarcan los más amplios sectores sociales, impulsando con su participación los diversos ámbitos de desarrollo de la vida nacional, por ejemplo: en la producción, los servicios o la actividad política.

Sin duda, uno de los fenómenos más importantes que experimentó México en el siglo XX fue la creciente urbanización de su población, pasando de ser una sociedad eminentemente rural a otra predominantemente urbana. Así mientras que en 1930, 7 de cada 10 personas

habitaban en localidades rurales, en el año 2000, 3 de cada 4 habitantes residen en zonas urbanas. Sin embargo, este proceso de urbanización no se ha dado de manera homogénea y mientras más del 90% de la población del Distrito Federal, Nuevo León y Baja California vive en localidades de 2,500 habitantes o más, en Oaxaca, Chiapas e Hidalgo, menos de la mitad de la población reside en localidades urbanas.

Para 2005, el Estado de México continúa siendo la entidad más poblada del país, con 14.0 millones de habitantes, que representan el 13.6% del total nacional; le siguen el Distrito Federal con 8.7 millones (8.5%), Veracruz de Ignacio de la Llave con 7.1 millones (6.9%), Jalisco con 6.8 millones (6.5%), Puebla con 5.4 millones (5.2%), Guanajuato con 4.9 millones (4.7%) y Chiapas con 4.3 millones (4.2%). En conjunto, estas siete entidades concentran a la mitad de la población del país.

En el extremo opuesto, cuatro entidades tienen menos de un millón de habitantes: Nayarit con 950 mil (0.9% del total nacional), Campeche con 755 mil (0.7%), Colima con 568 mil (0.6%) y Baja California Sur con 512 mil residentes (0.5 por ciento).

### **3.2.1 Condiciones generales de salud de la población mexicana.**

Según datos del informe Salud México 2001-2005 (Secretaría de salud, 2006), la mortalidad por infecciones comunes se ha abatido, reduciendo considerablemente las muertes en edades tempranas y contribuyendo a aumentar la esperanza de vida. Esto ha provocado que cada vez más gente llegue a edades avanzadas y desarrolle enfermedades no transmisibles que son de más difícil control y tratamiento, y, por lo mismo, más costosas que las infecciones comunes. Estas enfermedades, que alguna vez se consideraron emergentes, se han establecido de manera plena en México y representan una enorme carga para el sistema de atención.

El nuevo perfil epidemiológico presenta una modificación muy importante de los factores de riesgo predominantes. Destaca en este sentido la creciente prevalencia de conductas poco saludables –sedentarismo, tabaquismo, mala nutrición, alto consumo de alcohol– que favorecen el desarrollo de padecimientos no transmisibles. El consumo de alcohol y la obesidad, sumados se asocian a más de 40% de todas las muertes en el país.

Dentro de las enfermedades no transmisibles que dominan ahora el perfil de salud de la población mexicana sobresale la diabetes mellitus. Más de 9% de los adultos en México son diabéticos. Además, la tasa de mortalidad por esta causa muestra una tendencia ascendente desde hace varios lustros, tanto en hombres como en mujeres. Entre 2001 y 2005 el ritmo de crecimiento anual de esta tasa fue de 3%.

Otro problema relacionado con el envejecimiento y los nuevos estilos de vida son las enfermedades isquémicas del corazón. Sólo superadas por la diabetes, las cardiopatías isquémicas ocasionaron más de 50,000 muertes en 2005; más de 80% de ellas ocurrieron en personas mayores de 60 años. De manera aparentemente paradójica, las enfermedades cerebrovasculares, que se vinculan estrechamente con las cardiopatías isquémicas, tanto por

compartir factores de riesgo como por concentrarse en personas de edad avanzada, no sólo no han crecido en los últimos años sino que muestran ligeros descensos. Esto puede deberse a una atención más oportuna y efectiva, lo que reduce la letalidad de estas enfermedades a pesar del aumento en su incidencia.

El crecimiento en la importancia del cáncer de mama también es producto de las transformaciones sociales y demográficas por las que atraviesa el país. El retraso de la maternidad, la reducción de la paridad y la disminución en la lactancia materna son factores asociados al incremento del cáncer de mama en México. Aunque ésta es una enfermedad con un fuerte determinante genético, los recientes incrementos sólo pueden explicarse por el cambio en la conducta reproductiva de las mujeres. Éste ya es el cáncer más frecuente en mujeres y se ha constituido en la segunda causa de muerte en mujeres de entre 40 y 49 años de edad. Afortunadamente hay señales claras que indican que el uso de la mamografía, herramienta sumamente valiosa para el diagnóstico temprano de esta patología, se está extendiendo en nuestro país.

El cáncer pulmonar es el cáncer más frecuente en México. Las evidencias científicas indican que esta es una enfermedad altamente prevenible ya que ocho de cada 10 casos de ésta enfermedad se asocian al consumo de tabaco. Aunque dos de cada tres muertes por cáncer pulmonar ocurre en hombres, la tendencia en éstos muestra un descenso que no se percibe entre las mujeres. Además, las cifras de mortalidad por esta causa en mujeres en nuestro país son de las más altas de América Latina.

Aunque sigue siendo una causa importante de muerte, la cirrosis es una enfermedad bajo control. A pesar de algunos crecimientos aislados en Zacatecas, Durango y Yucatán, la mortalidad por este padecimiento se ha reducido tanto en hombres como en mujeres. Es digno de destacarse que son las cirrosis alcohólicas las que sobre todo se han abatido, permaneciendo como un problema importante sólo en algunos estados del centro y sureste del país.

Un problema de salud pública que requiere de acciones coordinadas de diferentes áreas gubernamentales son los accidentes vehiculares. Se estima que anualmente más de 250,000 adolescentes sufren algún tipo de daño a su salud a consecuencia de algún accidente vehicular y en 2004 se produjeron más de 14,800 muertes por esta causa. Este problema impacta sobre todo a personas en edad productiva, por lo que a las pérdidas humanas se suman serias mermas económicas. En 2004 más de la mitad de las muertes por accidentes ocurrieron en menores de 40 años, la mayoría hombres. Este es otro ejemplo de cómo las conductas personales de riesgo se asocian a varios de los principales problemas de salud, ya que la mayor parte de los accidentes son prevenibles y se vinculan al consumo de alcohol, exceso de velocidad o uso inapropiado de los vehículos.

Los homicidios en México suelen considerarse solamente como un problema de seguridad. No obstante, en no pocas ocasiones, los homicidios son resultado de problemas de salud mental inadecuadamente atendidos, violencia reiterada en los hogares, y consumo de alcohol y drogas, áreas donde el sistema de salud tiene amplias oportunidades de acción.

En conclusión, la legislación mexicana contempla labores de atención primaria y promoción de la salud sin embargo, no se dirigen los recursos, humanos y económicos, suficientes para cumplir esta labor y no se han realizado las acciones suficientes y necesarias para erradicar o contrarrestar los factores de riesgo que afectan a gran parte de la población como falta de equidad en la repartición de los recursos. En teoría la organización del sector salud esta diseñada para atender a la población ordenadamente y de acuerdo al nivel del daño, sin embargo, los centros de salud, que se ubican en el primer nivel y cuya misión principal debería de ser la promoción de la salud, realizan estas funciones de manera insuficiente, cuentan con programas de participación comunitaria, pero no es claro en qué consisten esos programas o de qué manera se acercan a la comunidad. En la realidad, la gente sólo acude a ellos cuando está enferma o necesita una vacuna o un estudio clínico. Es necesario replantear las actividades de estos centros y dirigir los recursos necesarios para que realicen sus funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad. Ciertamente es una opción más costosa, sin embargo los beneficios resultarían mayores a largo plazo dadas las características de la población mexicana y el perfil de salud que se está observando en la actualidad y los costos tampoco resultarían tan elevados si se les compara con el costo que implicará una población enferma; se tendrían comunidades más sanas, participativas y organizadas lo que implicaría un menor costo por enfermedades tanto infectocontagiosas como crónicas.

Por todo lo mencionado en este y los capítulos anteriores, se hace el siguiente:

#### Planteamiento del problema:

De acuerdo con la organización del Sector Salud en México, los centros de salud se ubican en el primer nivel de atención y su función es atender las necesidades básicas de salud de la población.

Existe sin embargo una insuficiencia de recursos y programas que permitan cumplir con la función de atención primaria y promoción de la salud, pues se carece de esquemas de detección temprana y tratamiento oportuno que fomenten la autonomía, la autoeficacia y la autorresponsabilidad, pues las personas acuden a los centros de salud sólo si presentan alguna sintomatología, y aunque es función de los centros de salud atender estas demandas de la gente, no hay programas permanentes donde se trate de desarrollar la autorresponsabilidad, en los que se le enseñe a la gente que su salud y bienestar general está en sus manos y que depende en gran medida de su estilo de vida y de su forma de afrontar sus problemas cotidianos.

De aquí que exista la necesidad de desarrollar esquemas más flexibles de intervención comunitaria a través de la asociación colaborativa de instituciones, como la Universidad Nacional Autónoma de México, los centros de salud y las comunidades, con el fin de elaborar

programas basados en el conocimiento de las características de la comunidad y la detección de riesgos psicosociales y desarrollar intervenciones de carácter grupal que sensibilicen a la población respecto a estos riesgos y promuevan la organización comunitaria, la participación activa, la autoeficacia y el empoderamiento de las personas para fomentar su bienestar general.

#### Justificación:

Actualmente la atención primaria en México no tiene suficientes programas encaminados a fomentar la participación comunitaria y la promoción de la salud.

Existe la necesidad de desarrollar estos programas para que las comunidades busquen su bienestar y en cuya organización participen activamente, al igual que las instituciones gubernamentales y las educativas.

Por lo que intervenciones como la descrita en esta tesis pueden resultar de utilidad para desarrollar programas encaminados a la promoción de la salud pues se reducirán significativamente los riesgos de salud y, en comparación con el esquema actual, cubrirá las necesidades de las comunidades de forma más eficiente, se ampliará la cobertura, la atención será más oportuna y disminuirán los costos a largo plazo.

#### Objetivos:

1. Describir y analizar una experiencia de promoción de la salud comunitaria realizada en la comunidad de San Antonio Tecomitl, Milpa Alta.
2. A partir de los resultados obtenidos, proponer alternativas de intervención comunitaria breve motivacional para la promoción de la salud y la sensibilización a factores de riesgo.

---

## Método.

### Participantes y escenario.

En el diagnóstico comunitario participaron 115 personas, de la comunidad de San Antonio Tecómitl.

Estas aplicaciones se efectuaron en las salas de espera del Centro de Salud “Dr. Gastón Melo” y calles de San Antonio Tecómitl.

En la intervención participaron siete mujeres residentes en el AGEB 1, ubicado al noreste del pueblo, sus límites son: al norte la calle de Pedro Hernández Silva, al sur prolongación Zazapotla, al este la Avenida Hidalgo, Caltenco y Callejón Hidalgo y al oeste las calles Educación Cívica, Pirules y Libertad.

El taller se realizó en el patio de la casa ubicada en la esquina de calle Calvario y avenida Miguel Hidalgo, la cual cuenta con un comedor de jardín, de concreto, conformado por una mesa 1x2 metros y bancos de 60cm de ancho por 2 m de largo, cuya capacidad es de 8 a 10 personas.

### Materiales.

Para el diagnóstico se utilizó el Cuestionario de Evaluación Diagnóstica denominado HDL Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL, Moss, 1984, adaptado por Ayala 1992), es un instrumento de lápiz-papel, con una duración de aplicación aproximada de 40 minutos compuesta de 153 reactivos de opción múltiple que evalúan lo siguiente:

I. Nivel Socioeconómico.- Entrevista socioeconómica constituida por cinco áreas:

- a) ficha de identificación: se obtienen básicamente datos personales del entrevistado.
- b) datos sociodemográficos - familia: proporciona información sobre la situación económica, nivel educativo y condiciones generales de la casa.
- c) servicios: indica los servicios con los que cuenta la vivienda
- d) instituciones educativas de salud y recreativas con que cuenta la comunidad
- e) problemas de la comunidad: los que percibe el entrevistado.

II. Escala de Salud y Vida Cotidiana.

1. Esta escala permite un sondeo específico acerca de las condiciones de salud de las personas y eventos de la vida cotidiana ya sean negativos o positivos, además de reportar la manera de resolución y afrontamiento ante dichos eventos. Dentro de esta sección se encuentran las siguientes subescalas:

- a) Indicadores relacionados con el estado de salud en general,
  - Condiciones médicas (cm)
  - Síntomas físicos (sf)

Humor depresivo (hd)

Autoconfianza (ac)

b) Indicadores de las respuestas de afrontamiento ante el estrés.

Afrontamiento cognitivo activo (acg)

Afrontamiento conductual activo (acd)

Afrontamiento de evitación (ae)

c) Ambiente negativo en el hogar (an)

2.- En segundo lugar permite averiguar las formas de consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco, la intensidad del uso y los problemas ocasionados por ello.

3.- Hábitos alimenticios.

4.- Expresividad.

Para la intervención se utilizaron:

Los resultados disponibles del diagnóstico.

Entrevistas con personas de la comunidad, con el psicólogo del Centro de Salud y supervisor in situ de la intervención, con personal del Centro de Salud y con la líder comunitaria.

Cartas descriptivas (Anexo 3).

Hojas de rotafolio con algunos conceptos básicos sobre los temas tratados y principalmente con dibujos relacionados con los mismos.

Hojas blancas para que las que las participantes dibujen y/o escriban además de plumones, plumas, lápices, tachuelas, tarjetas

30 Trípticos de invitación a las pláticas (Anexo 1).

Trípticos con resúmenes de lo revisado durante las pláticas (Anexo 4).

### **Procedimiento:**

1. Como parte del programa de internados implementado por la facultad de psicología se asignó a siete alumnas de dicha institución al Centro de Salud Dr. Gastón Melo, ubicado en el pueblo de San Antonio Tecómitl, Milpa Alta, D.F.
2. En dicho escenario se contó con la colaboración del psicólogo, Lic. Gilberto López Guerrero, cuyo papel fue el de supervisor in situ de las siete alumnas; además, proporcionó información sobre la comunidad, sus líderes y sus problemas durante entrevistas continuas que se tuvieron con él.
3. Las siete alumnas de la Facultad de psicología debíamos realizar en conjunto un diagnóstico de la comunidad de San Antonio Tecómitl.
4. Para realizar este diagnóstico las siete alumnas asignadas a este centro formaron tres equipos y a cada equipo se le asignó un Área Geográfica Básica (AGEB).

5. Al equipo formado por Anabell Miranda Nájera y Fabiola Ramírez Salas Linares (autora de esta tesis), les fue asignado el AGEB 1.
6. Se buscó información en el INEGI, archivos locales y el Centro de Salud acerca de la comunidad, el estado de salud general de la población y los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos, además de estas fuentes se contó con la información que proporcionaron el supervisor in situ, personal del centro de salud, personas de la comunidad que se interesaron por la presencia de las estudiantes en dicho centro y los líderes locales identificados.
7. Para realizar este diagnóstico se aplicó el instrumento mencionado a 115 personas. El 70% de los cuestionarios se aplicó en la sala de espera del Centro de salud. Se preguntó a cada sujeto si residían en la comunidad de San Antonio Tecómitl, de ser así se les preguntaba si querían responder el cuestionario y que les tomaría aproximadamente 40 minutos. Si aceptaban participar se les entregaba un lápiz y el cuestionario, se leían las instrucciones en voz alta con los participantes y se les invitaba a preguntar a las aplicadoras si tenían dudas.
8. El resto de los cuestionarios (30%) se aplicó en las AGEB asignadas a cada equipo seleccionando aleatoriamente las casas donde se llamaba y preguntaba a la persona que abría la puerta si accedía a responder dichos cuestionarios, si aceptaba se procedía del mismo modo que en el punto anterior.
9. Cada equipo realizó los mapeos ecológicos de las AGEB asignadas.
10. Cada equipo debía realizar de ser posible una intervención dentro de la comunidad de acuerdo a las necesidades reportadas, detectadas o sentidas de la población.
11. Se realizó el mapeo ecológico del AGEB 1, con el fin de identificar los recursos (estructura física, instituciones y servicios), necesidades y problemáticas de la comunidad; así como conocer las principales características del estilo de vida de los habitantes. Para ello se dividió la zona en 4 cuadrantes (norte, sur, este y oeste), recorriendo primero el Norte, después el Sur, el Este y al final el Oeste.
12. Además de estos mapeos, se obtuvo información acerca de la comunidad a través de entrevistas y charlas informales sostenidas con el psicólogo del centro de salud y con el resto del personal adscrito a dicho centro.
13. Para pedir la colaboración de los líderes comunitarios el supervisor in situ ya tenía identificadas a varios líderes en San Antonio Tecómitl interesados en organizar actividades con sus vecinos, una de ellas es la líder identificada en el AGEB 1. Es una trabajadora social que vive en la calle El Calvario.
14. Se visitó a la líder para explicarle que se tenía la intención de formar un grupo para impartir un taller de fomento a la salud donde se pretendía ofrecerles información sobre factores de riesgo asociados al propio comportamiento o ambiente social que pueden afectar nuestra salud y nuestro bienestar general (por ejemplo el consumo excesivo de

- alcohol). Con esta información se pretendía que los asistentes conocieran opciones saludables e incrementaran sus posibilidades de cuidarse a sí mismos y a sus familias.
15. Se pidió el apoyo de la líder para convocar a todos los vecinos posibles del AGEB 1. Ella aceptó colaborar y acompañar a las facilitadoras a realizar visitas a sus vecinos para invitarlos al grupo y, además, ofreció su casa para realizar las reuniones.
  16. Se realizaron diez visitas domiciliarias a los vecinos de la líder para invitarlos a formar parte del grupo y, en especial, a una reunión donde se les explicaría con detalle el trabajo que se pretendía realizar en la comunidad, por lo que se pedía su participación.
  17. Se realizó un recorrido en el resto del módulo para repartir 30 trípticos de invitación al taller ver anexo 1, se recorrieron las calles más concurridas y se entregaron trípticos personalmente a los vecinos.
  18. Se desarrollaron un total de 13 sesiones del grupo “El Calvario”. Las dos primeras fueron introductorias, diez de impartición de taller y una sesión final de evaluación y de cierre.
  19. En las sesiones introductorias se tuvieron charlas con las participantes para conocer sus intereses e inquietudes, se realizó un ejercicio de lluvia de ideas donde cada una dio su opinión sobre los temas les interesaba conocer.
  20. Se buscó la asesoría del supervisor in situ (psicólogo del centro de salud), de la líder y de los asistentes al grupo, también se consideraron los resultados disponibles del diagnóstico para determinar los temas que se tratarían en el taller.
  21. Se buscó información en diversas fuentes acerca de los temas en los que se interesaban las participantes. Esta información se encuentra en el anexo 2.
  22. Para cada tema tratado en el taller se elaboraron las cartas descriptivas, éstas se pueden ver en el anexo 3.
  23. Para cada tema se elaboraron trípticos con un resumen de lo tratado durante la sesiones, ver anexo 4.
  24. Se realizó una ronda de preguntas sobre el tema que se iba a tratar al iniciar cada sesión, para realizar una evaluación previa a las participantes, se les preguntaba: qué pensaban sobre el tema, porqué podría ser importante y qué sabían al respecto.
  25. Al terminar cada sesión se cuestionaba nuevamente a las participantes sobre el tema tratado y de que forma les serviría, si es que les servía, si ahora consideraban que era importante y porqué y qué sabían ahora al respecto, se les pidió que realizaran un breve resumen de lo expuesto o que plantearan una situación donde la información les pudiera resultar de utilidad.
  26. Al terminar cada sesión las facilitadoras otorgaban una calificación de común acuerdo a cada participante para determinar si el objetivo se había cumplido: Se calificó como 1 si eran capaces de hacer un resumen o hacer una aplicación o dar un ejemplo sobre el tema

tratado, 2 si no eran capaces o renunciaban a intentarlo y 0.5 si daban una idea muy general o poco clara.

27. En la sesión trece, se realizó una evaluación final y se aplicaron tres cuestionarios destinados a conocer la satisfacción de las participantes respecto a las pláticas: Cuestionario 1 “utilidad del taller” consistente de 8 reactivos con una escala tipo Licker donde la respuesta mas alta es 5 y la más baja 1; cuestionario 2 “lo que aprendí en el taller” consistente de 5 reactivos con una escala de 1 a 10, donde la respuesta mas alta es 10 y la más baja 1; y cuestionario 3 “rescatando mi experiencia” compuesto por 8 reactivos de respuesta abierta. Ver anexo 5.

## Resultados.

A continuación se presentan los resultados de la información recabada acerca de la comunidad de San Antonio Tecómitl en el INEGI y archivos locales, los datos disponibles del diagnóstico comunitario realizado por las siete alumnas de la Facultad de Psicología asignadas al Centro de Salud Dr. Gastón Melo, en San Antonio Tecómitl, bajo la supervisión del Lic. Gilberto López Guerrero, psicólogo adscrito a dicho Centro de Salud y supervisor in situ de las alumnas de la facultad. También se presentan los resultados obtenidos de la Intervención realizada en dicha comunidad y, a partir de ellos se realizara una propuesta de alternativas de intervención comunitaria breve motivacional para la promoción de la salud y la sensibilización a factores de riesgo.

### Búsqueda de información sobre la comunidad de Milpa Alta y San Antonio Tecómitl.

**Milpa Alta.-** Es una de las delegaciones más peculiares del Distrito Federal ya que posee características esencialmente rurales y su mancha urbana no se encuentra integrada plenamente al área metropolitana de la Ciudad de México, se ubica al sureste del Distrito Federal, colinda al norte con las delegaciones de Xochimilco y Tláhuac; al sur con los municipios de Tepoztlán y Tlalnepantla del Estado de Morelos; al este con los municipios de Chalco, Tenango del Aire y Juchitepec del Estado de México y al oeste con la delegación Tlalpan. Se compone de 12 pueblos y 29 barrios de aspecto rural. Uno de los pueblos que la componen es San Antonio Tecómitl.

Milpa Alta ocupa el segundo lugar, en cuanto a extensión territorial de las delegaciones, después de Tlalpan, corresponde al 19.18% del Distrito Federal. Toda la demarcación es zona de reserva ecológica, donde el 95.5% corresponde a superficie rural; el 3.5% a zonas para uso habitacional.

Respecto a los servicios de los que dispone la delegación, ver tablas 1 y 2.

	Total de viviendas	Cobertura de agua entubada	Cobertura de drenaje	Cobertura de energía eléctrica
1980	9 407	7,696 81.81 %	3,188 33.89%	8,320 88.44%
1990	12 258	10,095 82.35%	7,733 63.09%	11,557 94.28%
2000	21 350	18,575 87.00%	18,293 85.68%	21,134 98.99%

**Tabla 1. Infraestructura en Milpa Alta hasta el año 2000.**

Educación (escuelas)*		Salud		Cultura	Deporte y recreación		
Preescolar	33	Unidades médicas en servicio del ISSSTE	1	Casas de cultura	5	Deportivos	22
Primaria	34			Teatros	3	Jardines y	6
Secundaria	14	Unidades médicas en servicio de Gobierno del Distrito Federal	12**	Salas de concierto	1		
Profesional medio	3			Bibliotecas	21		
Bachillerato	4						

\* La cuantificación de escuelas está expresada mediante los turnos que ofrece y no en términos de planta física.

\*\* Los datos de educación y salud (unidades médicas del ISSSTE y Gobierno del D.F. fueron tomados de INEGI, Distrito Federal, Milpa Alta. Cuadernos estadísticos, 2001 y 2006.

### Tabla 2. Equipamiento urbano en Milpa Alta.

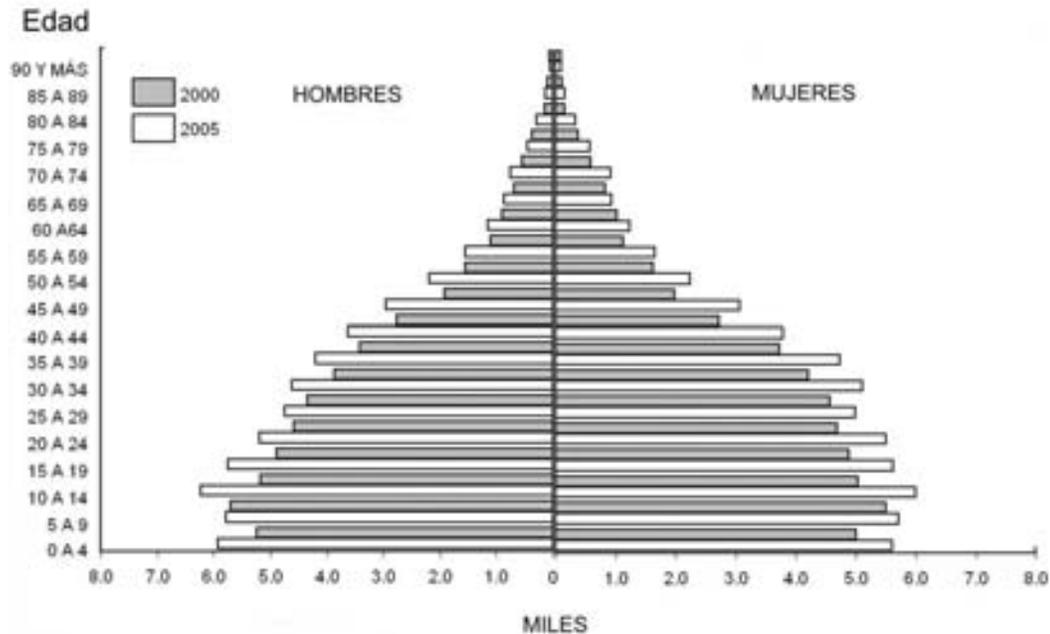
Como información complementaria, en Milpa Alta existen 16 jardines de niños, 27 escuelas primarias, 11 escuelas secundarias oficiales, una escuela técnica CONALEP, un Colegio de Bachilleres, un CECyT y a nivel Licenciatura el CICS del Politécnico.

Milpa Alta ocupa el último lugar en el Distrito Federal en cuanto a viviendas que cuentan con drenaje y el segundo más bajo en cobertura de energía eléctrica y agua entubada. Existen planteles de educación media superior y superior que no alcanzan a cubrir toda la demanda, por lo que los jóvenes que desean estudiar en esos niveles tienen que realizar largos recorridos para asistir a sus centros de estudio.

La insuficiencia en sus vías de comunicación dificulta la plena incorporación de sus habitantes a la dinámica metropolitana. Las vialidades con que cuenta la delegación son deficientes y principalmente sirven para comunicar los poblados entre sí y no con las delegaciones y municipios vecinos. El servicio de transporte público está integrado únicamente por autobuses urbanos, rutas de transporte concesionado, colectivos y taxis que comunican a la delegación con el Metro Taxqueña, la Central de Abastos, La Merced, Xochimilco y Santa Martha Acatitla, sin embargo, la lejanía de la delegación implica la realización de largos y costosos recorridos para que sus habitantes lleguen a esos puntos.

**Características de la población:** Para observar como se compone la población ver figura 5. En esta figura se muestra el aumento de la población entre 2000 a 2005 y el mismo patrón que se está viendo en la población a nivel nacional esto es, disminución de la población infantil, mayoría de población joven y aumento de la población adulta (INEGI, 2006).

De acuerdo con información del II Censo de Población y Vivienda 2005, Milpa Alta era la delegación menos poblada del Distrito Federal con cerca de 116 mil habitantes, que representan el 1.3% del total de la población de Distrito Federal y posee el mayor ritmo de crecimiento con 3.23% (INEGI, 2006).



**Figura 5. Población total por grupo quinquenal de edad según sexo 2000 y 2005.**

Aún cuando Milpa Alta es la única delegación del Distrito Federal que posee características esencialmente rurales y la que dedica la mayor proporción de su población económicamente activa en actividades agropecuarias, paulatinamente ha ido perdiendo esta vocación, sin embargo Milpa Alta es aún el lugar donde se cultiva la mayor cantidad del nopal que se produce en el país, también es muy importante el cultivo de verdura, la preparación de mole y la cría de ganado ovino.

En cuanto a seguridad Milpa Alta tuvo el índice delictivo más bajo registrado en el Distrito Federal. En 2005, el promedio de delitos diarios fue de 2.13, en tanto que la media del Distrito Federal fue de 28.

**San Antonio Tecómitl.-** Tecómitl significa “en la olla o cántaro de piedra” el lugar se localiza al noreste de la delegación Milpa Alta (Figura 6), ocupa una extensión de 198.60 hectáreas, es un terreno accidentado ya que se ubica en las laderas del volcán Teutli, presenta un clima templado semihúmedo, lo que hace que sea un terreno propicio para el cultivo.



**Figura 6. San Antonio Tecómitl.**

Las vías de acceso son tres principalmente: el circuito regional que comunica con Villa Milpa Alta (sede delegacional), la carretera Xochimilco-Tulyehualco y la carretera que va de Mixquic a Chalco, las personas se trasladan mediante autobuses urbanos, colectivos de paso y vehículos particulares.

Para 2005, Tecómitl tenía un área poblada de 142 hectáreas y un área de asentamiento irregular de 183 hectáreas haciendo un total de 325 hectáreas, con una población de 17,400 habitantes y una densidad promedio de 42.30 habitantes por hectárea, es la segunda zona más poblada de la delegación Milpa Alta, con el 15.92%, del total de los habitantes.

Los servicios más importantes son: jardín de niños, escuela primaria, secundaria, CECyT 15 (Bachillerato), oficina delegacional, centro de salud, cementerio, lechería, biblioteca, teatro al aire libre, centro social, parroquia, mercado, deportivo, casa de la cultura y bodega de limpia.

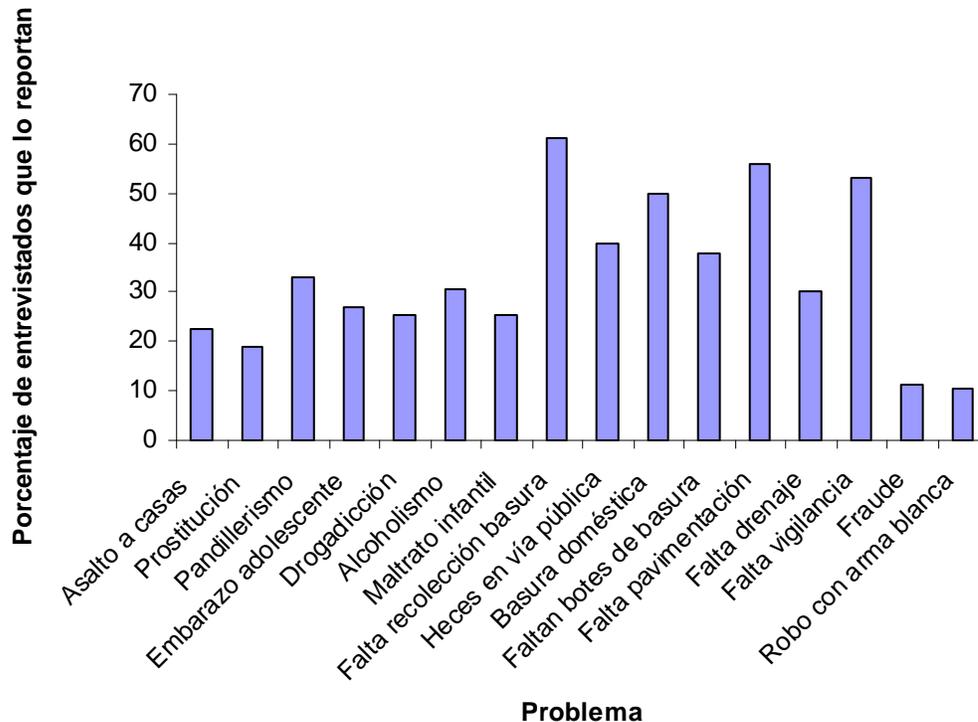
### **Diagnóstico comunitario.**

Para desarrollar esta sección en esta tesis sólo se tiene acceso a los datos obtenidos del HDL en escala I. Nivel socioeconómico. De aquí se desprenden los siguientes datos:

De los 115 participantes el 18% fueron hombres y el 82% mujeres, con una edad promedio de 33 años, el estado civil de los participantes reportó 62% casados, 13% solteros, 1% divorciados, 2% separados, 3% viudo y el 17% en unión libre; el nivel de escolaridad fue 8% sin estudios, 26% con primaria, 32% con secundaria, 20% bachillerato y el 10% son profesionistas.

En cuanto a los servicios con los que cuenta la comunidad según las personas entrevistadas el 74% afirma que no hay centros comerciales, el 82% dice que no hay tiendas de autoservicio, el 79% dice que no hay bancos. Como información adicional, hay que mencionar que durante los recorridos hechos por la zona no se observó ningún centro comercial o tiendas de autoservicio, pero si un par de sucursales bancarias.

De los problemas comunitarios que reportan los entrevistados, el más común es la falta de recolección de basura (61%), y el menos frecuente fue el robo con arma blanca (10.4%). Para mayor información ver la figura 4, como aclaración en esta figura sólo se consideraron aquellos problemas que refirió más del 10% de la población entrevistada.



**Figura 4. Problemas más frecuentemente reportados por la comunidad.**

#### **En cuanto al mapeo ecológico del AGEB 1 se encontró que:**

Esta zona tiene características urbanas, es popular y bastante uniforme, pero al dirigirse hacia el Oeste (las orillas del pueblo), comienza el área rural del AGEB 1, pues se observan terrenos de cultivo, hay calles sin pavimentar y veredas accidentadas, esta zona está comenzando a poblarse, aunque no se verificó si eran asentamientos regulares.

En algunas calles no hay banquetas y en las orillas del pueblo no hay pavimentación. Hay bolsas de basura y basura de mano en el camino (barrancas, veredas, calles), hay muchos perros, las calles no tienen claro su nombre ni la numeración, incluso la gente llama a las calles de diferente forma. Algunas familias no cuentan con servicios de agua potable y drenaje (especialmente en el área Oeste). Toda la zona cuenta con alumbrado público y luz eléctrica disponible, aunque en algunas zonas se observa solo una lumbrera por cada calle y algunas están fuera de funcionamiento, lo que causa desconfianza de pasar por esas calles en las noches; hay red telefónica, pero no abarca toda la zona y no toda la gente tiene este servicio y se observaron cinco teléfonos públicos.

La zona es principalmente habitacional, aunque en Av. Hidalgo (que recorre el módulo de sur a norte) y Quintil Villanueva (que atraviesa el módulo de este a oeste) existen varios comercios. La población dispone, para obtener productos y servicios básicos de estos comercios: farmacias, tortillería, papelerías, carnicerías, pollerías, recauderías, tiendas de abarrotes, talleres mecánicos, locales de renta de computadoras, cocinas económicas, un restaurante-bar (que no se vio abierto, pero los vecinos afirmaron que funciona en las noches), estéticas, tiendas de regalos, 2 consultorios médicos generales de práctica privada, un consultorio dental y un lugar que funciona como guardería al que se conoce como “el desayunador”. Los viernes además, se instala en la calle Quintil Villanueva un mercado donde los vecinos pueden comprar alimentos, ropa y utensilios varios (herramientas y trastes de cocina principalmente).

En esta AGEB, y en general en todo el pueblo, existen muchas construcciones en progreso que pasan mucho tiempo en proceso de construcción, ya que la gente construye conforme va disponiendo de dinero. La mayoría de las casas observadas tiene paredes y techos de ladrillo y cemento, pero existe un gran número de casas con techos de lámina y paredes de ladrillo y un menor número de casas con techos y paredes de lámina.

En esta AGEB no hay escuelas, estas se encuentran hacia el sureste, al igual que el deportivo, teatro, mercado, biblioteca, centros sociales, centro de salud, para llegar a estos lugares hay que realizar un recorrido de aproximadamente 20 a 30 min a pie desde el punto más lejano del AGEB 1.

### **Información recabada de recorridos, entrevistas informales y pláticas con personal del centro de salud y personas de la comunidad.**

En los recorridos que se realizaron por el pueblo se encontró que San Antonio Tecómitl es una comunidad semirural, es decir, que así como hay lugares exclusivamente residenciales que cuentan con todos los servicios, también hay áreas de cultivo muy extensas, en las casas la gente cría aves de corral y ganado (ovino, porcino y vacuno) y se utilizan animales de carga, hay casas que no tienen bardas y calles no pavimentadas. La gente que vive en Tecómitl es, en su mayoría, originaria del lugar y han vivido las transformaciones y avances que los están llevando a la urbanización y a la gradual reducción de las zonas de cultivo; sin embargo, esto no impide que la gente de la zona conserve sus costumbres, principalmente los festejos por las bodas y en especial la fiesta del patrono del pueblo San Antonio de Padua el 13 de junio, esta fiesta puede durar de una a tres semanas.

De acuerdo con la información obtenida de las entrevistas y charlas informales con el psicólogo y el trabajador social adscrito al centro de salud, en esta comunidad existe el problema del embarazo adolescente y esta aumentando la drogadicción (incluyendo al tabaco y al alcohol), ambos dedican varias horas de su tiempo a dar pláticas en algunas secundarias y

---

en el CECyT, sobre métodos de control natal y de protección contra enfermedades transmitidas por prácticas sexuales de riesgo, así como de drogas, alcohol y tabaco.

También señalan que existe un gran problema de deserción escolar en todos los niveles, por problemas socioeconómicos de ciertos sectores de la población que exigen a los chicos trabajar a edades tempranas y/o colaborar de algún modo con el gasto o la actividad familiar.

Personal del Centro de Salud, especialmente el trabajador social comentó en varias ocasiones que él ha tratado de que se aborden estos temas en todas las escuelas de los alrededores, pero en algunas las sociedades de padres de familia se oponen a que se de este tipo de información, alegando que no es adecuada para la edad de los chicos. Mencionaron que los y las jóvenes dejan sus escuelas y empiezan a vivir en pareja a raíz de un embarazo temprano, consiguen los trabajos que pueden y pocos de ellos pueden tener un oficio o profesión que les proporcionen ingresos que les permitan tener un nivel de vida adecuado.

Por otro lado, algunas mujeres con las que se conversó durante diversas entrevistas mencionaron que el consumo excesivo de alcohol es muy frecuente, especialmente entre los hombres, mencionaban que temían que sus hijos, particularmente los varones, adoptaran este hábito. De entrevistas con el psicólogo y con personas de la comunidad, también se encontró que existe el problema del maltrato infantil sea por violencia física, verbal o negligencia, pues hay muchos niños que son canalizados al área de psicología del centro de salud porque presentaban cicatrices de quemaduras o golpes, enfermedades infecciosas recurrentes, otros que eran reportados con problemas de aprendizaje, de lenguaje o de conducta que no habían sido diagnosticados, más que por las o los profesores de la escuela y no habían recibido ninguna clase de apoyo.

También se observó que son especialmente las mujeres las que solicitan ayuda psicológica, porque las situaciones estresantes que viven las rebasan o porque afirman “ya no saben que hacer” particularmente en cuanto a situaciones económicas, pues hay muchas familias en Tecómitl que viven en condiciones de pobreza y tienen al padre o pareja como único sostén económico, algunos de los hombres trabajan fuera de Milpa Alta, lo que ocasiona que pasen mucho tiempo fuera de la casa, debido a las dificultades en los traslados, por lo que son las mujeres las que se encargan en casi todas las casas de la crianza de los hijos; sin embargo, si ellas también trabajan, aunque de manera informal, cumplen una doble jornada al trabajar dentro y fuera de sus casas y los hijos se quedan al cuidado de una abuela(o) u otro familiar que no siempre puede brindarles toda la atención que requieren.

El nivel educativo, en general es bajo, por lo que las personas se ocupan principalmente en el comercio, labores manuales (albañilería, carpintería, plomería, etc.), puestos operativos en empresas y algunos en el campo. Muchas familias viven con lo mínimo, es todavía frecuente oír en la calle personas que hablan algún dialecto indígena (náhuatl principalmente). Hay muchas personas que llegan a vivir a Milpa Alta porque los terrenos son económicos, algunos habitantes venden u ocupan para vivir sus terrenos de cultivo y crean asentamientos irregulares que no cuentan con los servicios de agua, luz y drenaje disponibles en San Antonio Tecómitl.

### Condiciones generales de salud en San Antonio Tecómitl.

De acuerdo con datos proporcionados por el Centro de Salud las causas de consulta más frecuentes son las que se presentan en la Tabla 3.

ENFERMEDADES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Transmisibles	677	853	615	567	397	479
Crónico degenerativas	67	96	61	74	66	73
Otras	523	704	661	679	579	586
Planificación Familiar	185	223	173	234	200	179
Salud Bucal	310	193	188	190	173	163
Salud Mental	Licencia	Licencia	Licencia	97	79	93
Personas Sanas	355	379	330	362	351	372
Consultas General	2117	2448	2028	2203	1785	1945

**Tabla 3. Causas de consulta más frecuentes en el Centro de salud “Dr. Gastón Melo”.**

En seis meses la causa de consulta más frecuente fueron las enfermedades transmisibles que tiene una incidencia ocho veces mayor que las enfermedades crónico degenerativas (que son la causa de consulta menos frecuente); en segundo lugar se encuentran otras (lesiones, infecciones o intoxicaciones); seguida de la planificación familiar, salud bucal, salud mental y las crónico degenerativas. De acuerdo con el centro de salud en general la gente acude en busca de consulta o estudios de laboratorio.

Las principales causas de morbilidad en Milpa Alta por enfermedades transmisibles son: infecciones agudas de enfermedades respiratorias, infecciones intestinales, ascariasis, otitis media aguda, amibiasis intestinal, varicela y conjuntivitis.

Con relación a las enfermedades crónico-degenerativas, hay una tendencia ascendente de estos padecimientos, especialmente la diabetes mellitus, cirrosis hepática e hipertensión arterial.

Las principales causas de mortandad en Milpa Alta son: neumonía o influenza (bronconeumonía), enfermedades endocrinas (diabetes mellitus), enfermedades del corazón (insuficiencia cardiaca), tumores malignos, enfermedad cerebro-vascular (hemorragia

cerebral), enfermedades obstructivas crónicas y afecciones afines (bronquitis crónica), enfermedades del esófago, estómago y duodeno (úlceras gástricas y hemorragias).

Las principales causas de mortalidad infantil son: afecciones originadas en el periodo perinatal, neumonía e influenza, enfermedades infecciosas-intestinales, infecciones respiratorias agudas, anomalías congénitas, bronquitis crónica, neumoconiosis, septicemia, deficiencias de la nutrición y epilepsia.

La zona de mayor riesgo es de manera general la periferia de los doce pueblos que es en donde se encuentra la población que carece de infraestructura básica de servicios como son: agua potable entubada intradomiciliaria, drenaje, corriente eléctrica, recolección de la basura; ésta población se estima en 1,500 habitantes.

### **Intervención breve.**

Las siete participantes fueron mujeres de entre 22 y 58 años, casadas y con dos hijos en promedio cada una. Las edades de éstos oscilaban entre 1.5 y 28 años, su ocupación principal son las actividades domésticas, nivel socioeconómico de medio a medio bajo, poseen desde un año de educación básica (2), nivel básico medio (3), nivel técnico o profesional (2). Las viviendas de estas personas cuentan con los servicios de agua, luz, drenaje y la mayoría tiene acceso a servicio telefónico. Todas profesan la religión católica. Tres de ellas tienen dificultad para leer y escribir.

Con base en los elementos mencionados, información disponible del instrumento (escala socioeconómica), con asesoría del supervisor in situ y entrevistas y charlas informales con el psicólogo, la líder comunitaria, personal del centro de salud y con la colaboración de las participantes de esta intervención, se eligieron los siguientes temas:

- Comunicación familiar.
- Autoestima.
- Menopausia y climaterio.
- Adolescencia.
- Adolescencia y drogadicción.
- Alcoholismo.

Las actividades realizadas en San Antonio Tecómitl se llevaron a cabo de acuerdo con el siguiente calendario:

SEMANAS	FECHAS	ACTIVIDADES
1 a 9	29 de mayo al 26 de julio	Diagnóstico comunitario
10 a 12	31 de julio al 16 de agosto	Formación del grupo “el calvario”.
Trabajo con grupo “el calvario”		
Sesión	Tema	Fecha
1	Evaluación del grupo	16 de agosto
2	Presentación y elaboración del temario	23 de agosto
3	Comunicación	30 de agosto
4	Comunicación	06 de septiembre
5 a 8	Autoestima	13, 20, 27 de septiembre y 4 de octubre
9	Adolescencia	18 de octubre
10	Adolescencia y drogadicción	25 de octubre
11	Alcoholismo	08 de noviembre
12	Menopausia y climaterio	15 de noviembre
13	Evaluación Final	29 de noviembre

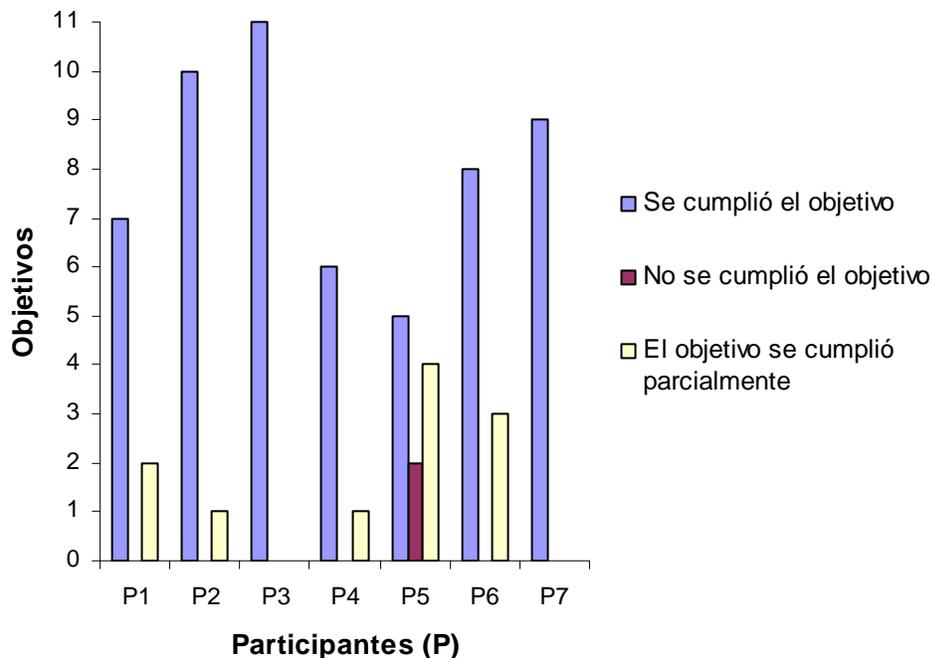
Los resultados de las evaluaciones realizadas durante el taller al terminar cada tema, de acuerdo con el criterio de las facilitadoras, son:

Participantes	Cumplidos	Parcialmente cumplidos	No cumplidos	Ausencias
P1	81.8%	18.8%		
P2	100%			
P3	54.54%	9.09%		36.36%
P4	63.63%			36.36%
P5	45.45%	36.36%	18.18%	
P6	54.54%	9.09%		36.36%
P7	72.72%	27.27%		

**Tabla 5. Información general de cumplimiento de objetivos por participante.**

Con la participante cinco (P5) se cumplieron menos objetivos; sin embargo, es importante mencionar que esta participante es la que menos lee y escribe y que por lo regular siempre decía que no sabía y que no servía para esto, sin embargo, nunca faltó a las sesiones y manifestó que le gustaba mucho este grupo. De manera gráfica estos resultados se pueden observar en la Figura 7.

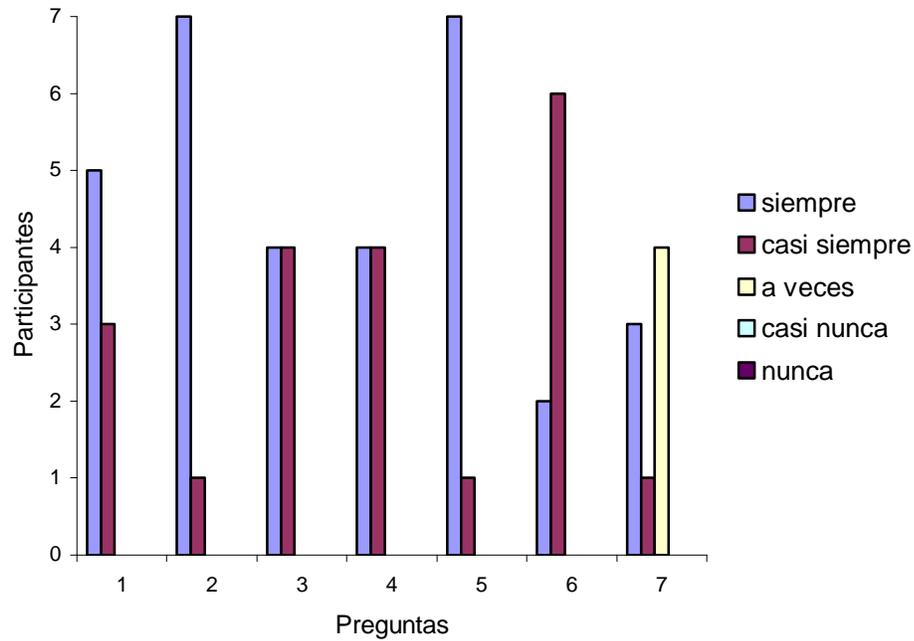
La participante seis informó en la sesión ocho que dejaría de asistir porque había entrado a un curso de repostería y a un grupo de Alanon y había invitado a la participante siete para formar una sociedad.



**Figura 7. Evaluación por objetivos realizada con cada participante.**

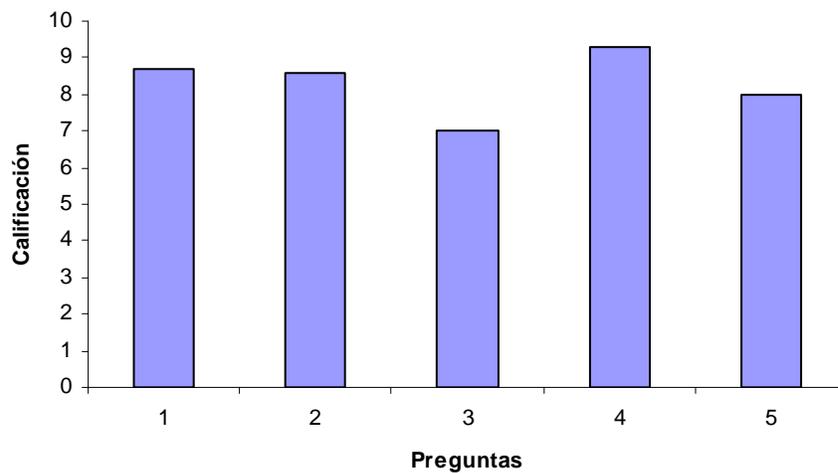
Para averiguar la satisfacción de las participantes y su opinión sobre la forma de conducir el curso se elaboraron y aplicaron tres cuestionarios:

El **Cuestionario 1 “utilidad del taller”**, la puntuación más baja se encuentra en la pregunta siete acerca de si su participación en las sesiones había sido buena: cuatro de ellas respondieron que a veces y, lo que calificaron más alto fue la pregunta cinco acerca de si las pláticas les han servido: siete de ellas respondieron que siempre y una respondió que casi siempre, ver Figura 8.



**Figura 8. Resultados del cuestionario 1.**

El cuestionario 2 “lo que aprendí en el taller”, la pregunta que se calificó más bajo fue la pregunta tres donde se les preguntaba si lo aprendido en el curso les serviría para apoyar a su comunidad, y la cinco donde se les preguntaba qué tanto habían aprendido. Ver Figura 9.



**Figura 9. Resultados del cuestionario 2.**

El cuestionario 3 “rescatando mi experiencia” se compuso de respuestas abiertas. En general las respuestas hicieron alusión a que este taller les ayudaría a mejorar su calidad de vida y sus relaciones interpersonales, algunas dijeron que llegaron porque estaban pasando por

un mal momento o por curiosidad. Dicen que debían haber participado más, porque aunque todas mencionan que vieron al grupo unido y participativo, demeritan su propia participación; mencionaron también que les habría gustado un grupo con más participantes y que no terminara tan pronto o que les agradaría seguir reuniéndose del mismo modo.

## **Propuesta de una intervención breve motivacional.**

Dados los resultados del diagnóstico comunitario, de las entrevistas y charlas formales e informales con miembros de la comunidad, personal del centro de salud, el supervisor in situ, la líder comunitaria y la intervención breve realizada en San Antonio Tecómitl, se hace la siguiente propuesta para realizar una intervención breve motivacional para la promoción de la salud y la sensibilización a factores de riesgo con fines preventivos más que curativos, en esta comunidad o en una con características similares.

Esta propuesta realizada en esta tesis documental busca apoyar el desarrollo de programas de intervención comunitaria, considerando que puede adaptarse a poblaciones como el pueblo de San Antonio Tecómitl: zona de bajo riesgo, con una población de clase media y media baja (en general), con características rurales y urbanas y cuyos riesgos en cuanto a la salud incluyen enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas.

### Objetivos:

Capacitar a los individuos, a fin de hacerlos más concientes de sus problemas y de la necesidad de buscar soluciones a través de sus propios esfuerzos, con lo cual se pretende obtener un mejoramiento real en las condiciones de vida.

### Actividades:

A partir del análisis de las experiencias mencionadas anteriormente los elementos con los que debería contar una intervención comunitaria son: Diagnóstico, intervención y evaluación.

### Diagnóstico.

1. Estudio de la comunidad, incluye investigar las características sociales, geográficas, económicas y de las instituciones. Se deben analizar los recursos existentes en la comunidad (humanos, técnicos e institucionales y materiales).

2. Hacer recorridos por la comunidad y determinar, a través de observación directa, entrevistas con los integrantes de la comunidad (líderes locales y personas que tengan amplio conocimiento sobre la comunidad), registros existentes en archivos locales la situación en la que se encuentra la comunidad en cuanto a riesgos y fortalezas.

3. Revisar estadísticas (poblacionales, de salud, de riesgo, etc.) de la zona donde se pretende intervenir para determinar la incidencia y prevalencia de los problemas identificados.

4. Identificar y jerarquizar las necesidades, problemas y metas de la comunidad, si esta jerarquización de necesidades no coincide con la de la comunidad se debe atender la demanda de la comunidad y, a la par, sensibilizar respecto a la importancia de otros problemas.

5. Seleccionar una muestra de las personas que viven en la zona a intervenir y realizar encuestas para identificar lo que preocupa a la comunidad y las necesidades de ésta.

6. Una vez realizado este diagnóstico, determinar el riesgo de la población. En el caso de San Antonio Tecómilt es una población de bajo riesgo que requiere intervenciones preventivas que disminuyan los riesgos encontrados en la comunidad (manejo de desechos, embarazo adolescente, maltrato infantil, alto consumo de alcohol, deserción escolar, etc.). De requerir una intervención específica, es necesario canalizar con personas o instituciones adecuadas, cuidando los requerimientos de la población o de los individuos.

7. Investigar en que etapa de cambio se encuentra la población (de acuerdo con el modelo transteórico de etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1982).

#### Intervención.

8. Detectar líderes comunitarios y estimular su participación, buscar lugares de reunión, horarios en los que la gente pueda asistir, Invitar a la gente a participar con ayuda del líder comunitario y otras personas que el contacte y que estén dispuestas a participar y apoyar.

9. Organizar grupos de trabajo, fomentar la asistencia a las reuniones, de ser necesario tomar cursos de promoción de la salud.

10. Organización y conducción de las reuniones periódicas, preparación de cada reunión, técnica de discusión y votación, toma de decisiones, repartición del trabajo, registro y archivos.

11. Iniciar las actividades del grupo con una evaluación de salud general para conocer las condiciones de salud de los participantes y facilitar en proceso de sensibilización: toma de presión, peso, talla, IMC, historial médico, evaluación de la situación económica y de salud familiar, detectar hábitos de alimentación y determinar sus factores de riesgo y protección.

12. Con base en estos datos, se debe elaborar el programa para la intervención. Este programa debe estar encaminado a favorecer la toma de decisión y el compromiso para el cambio de hábitos mórbidos. No deben ser demasiadas sesiones pues se corre el riesgo de que la gente pierda el interés y deje de asistir.

13. El programa de intervención debe partir de las necesidades reales o sentidas de la comunidad basándose en sus necesidades, en los comentarios del líder comunitario y en los comentarios hechos por los miembros de la comunidad. El programa debe ser planificado, dirigido y llevado a cabo con la participación y consentimiento de la comunidad.

14. Proporcionar a la comunidad retroalimentación de la información obtenida durante el diagnóstico. La comunidad debe ser sensibilizada respecto a sus verdaderas necesidades, a través de una acción educativa sostenida.

15. Durante el curso se debe proporcionar información sobre los riesgos a los que se exponen las personas, pero no demasiada, pues dar demasiada información puede confundir y crear resistencias más que compromisos. Es necesario promover una actitud mental en la población respecto a su responsabilidad en los asuntos comunales. El cambio de actitud de la población es tan importante como las realizaciones materiales.

16. Dar la información necesaria y proporcionar alternativas para las conductas que pudieran considerarse problemáticas. Los patrones culturales de la comunidad deben ser considerados y constituir el punto de partida para los cambios deseados.

17. Se debe demostrar empatía con las personas, escuchar sus argumentos y sus problemas, dar retroalimentación y mostrarse siempre abiertos y dispuestos a escuchar, no ser confrontativos, ni directamente conductivos. Es muy importante cuidar la relación interpersonal con los participantes pues si se descuida pueden provocarse resistencias y dificultar el cambio.

18. Se debe proporcionar consejo claro, oportuno y fundamentado a los participantes, recomendar alguna acción para sus factores de riesgo o si existe algún problema que pueda ser importante recomendar un examen médico más completo o acudir a un lugar específico como clínicas de rehabilitación, grupos de apoyo como Alanon.

19. Es necesario potenciar la autoeficacia de los participantes (tanto de forma individual como comunitaria), su esperanza y optimismo. Hay que convencerlos de que pueden introducir cambios exitosos en un área de su vida (la que representa un riesgo). Planear actividades que proporcionen experiencias de dominio, que vean a otros lograr objetivos, mostrarles que pueden tener éxito y desarrollar su optimismo.

20. Empoderar a las personas procurando su participación y la inclusión de todos, especialmente de los afectados por los problemas (adolescentes, mujeres y niños), procurando que desarrollen destrezas, relaciones, cogniciones o comportamientos que los muevan hacia un estado de competencia. Para lograr estos objetivos los programas dirigidos al desarrollo de poder deben permitir la participación informada, activa y recíproca de los miembros de la comunidad, su intervención en el diseño e implantación de los programas, remover las barreras sociales o ambientales (proporcionar un lugar cercano de reunión, alentar la participación de opositores y aliados, refutar argumentos en contra y enfocarse en las necesidades reales de la comunidad), dar retroalimentación ante los triunfos, vincular las

---

organizaciones existentes con la comunidad, buscar apoyo de especialistas y voluntarios si fuera necesario, buscar apoyos financieros, etc.

21. Establecer diferentes dinámicas que propicien la participación de los asistentes.
22. Elaborar material didáctico de apoyo atractivo que facilite la asimilación de la información.
23. Fomentar la asistencia a los servicios médicos y psicológicos para el cuidado de la salud.
24. Promover la responsabilidad social tanto a nivel individual como grupal.
25. Tomar en cuenta modelos existentes para la solución de un problema para hacer más efectiva la intervención.

#### Evaluación.

26. Investigar el grado de conocimientos con que cuenta la población con un cuestionario pre con el fin de determinar que información le será de utilidad a la comunidad para incrementar sus conocimientos o habilidades, y poder evaluar de manera más confiable, con un cuestionario post, los conocimientos o habilidades adquiridas durante la intervención.

27. Dar seguimiento a las personas e invitarlas a iniciar su camino hacia el cambio; proporcionar alternativas, si es necesario se puede pedir asesoría de otros especialistas por ejemplo con ayuda del nutriólogo hacer un cambio en la dieta y planear un programa de pérdida de peso, con ayuda del médico iniciar el control de alguna enfermedad que se detecte como la diabetes o hipertensión, buscar información para realizar sesiones de ejercicio, buscar un asesor para empezar una empresa o mejorar la que ya se tiene o buscar socios entre los vecinos, buscar el apoyo de instituciones que puedan proporcionar información y donar materiales, etc.

28. Implementar talleres, donde además de informar sobre los riesgos a la salud se desarrollen habilidades de autocuidado y conductas deseables encaminadas a mejorar la salud, siempre de acuerdo con las necesidades de las personas a las que se dirijan estas intervenciones.

## Discusión y conclusiones.

En nuestro país, la atención a la salud ha seguido un modelo predominantemente curativo. Siguiendo un esquema como el que sigue: un paciente → un síntoma (o varios) un medicamento o un tratamiento (o varios). El médico receta, el paciente toma el medicamento y se cura, manteniendo un papel pasivo, sin hacer nada más. Este tipo de pensamiento se ha generalizado no sólo en el área de la salud, también en cuanto al empleo, la vivienda, los servicios, etc. el gobierno da, el gobierno tiene que hacer.

Esto les quita a las personas el poder de influir sobre los destinos de sus vidas y comunidades, fomenta la dependencia y hace crecer la desesperanza, porque “no hay nada que podamos hacer”. Es necesario responsabilizar a las personas de su propio bienestar y esto se logra desarrollando su creencia de que, con el esfuerzo unificado, se pueden mejorar las condiciones de una comunidad y que la participación de cada uno tiene relevancia para todos. Pero no basta con creerlo, es necesario fortalecer (empoderar) a las comunidades con la capacitación necesaria para desarrollar las habilidades y conocimientos que requieran para implementar los cambios.

De acuerdo con lo observado en esta tesis, y la información disponible, San Antonio Tecómitl es una comunidad de bajo riesgo de salud, pero si muestra problemas específicos, especialmente relacionados con la actitud de las personas hacía el manejo y disposición de los desechos. Los pobladores afirman que el manejo de la basura es un problema pero, depositan la basura en la vía pública, barrancas, baldíos, etc. El resto de los problemas más reportados según el instrumento utilizado, podrían disminuir si la comunidad se encontrará organizada y solicitaran los servicios que les hacen falta o contarán con información sobre alternativas viables, por ejemplo: fosas sépticas para la eliminación de excretas, fuentes alternas de energía, esterilización de animales domésticos, etc.

Existen otros problemas que, aunque son menos reportados son importantes para el desarrollo comunitario, tal es el caso del embarazo adolescente, consumo de sustancias (incluyendo tabaco y alcohol), maltrato infantil, deserción escolar y pandillerismo; éstos problemas atañen principalmente a los jóvenes y/o a los hombres adultos, pero esta población no suele acudir al centro de salud, a menos que estén ellos mismos enfermos y tal vez sea esa la razón por la que en el centro de salud no se abordan estos temas de forma masiva. Esto significa que si se pretende intervenir en la comunidad joven o masculina, hay que llevar la información donde ellos estén y a la hora que ellos puedan asistir.

Existen sin embargo, dificultades para acercarse a los jóvenes, de acuerdo con el psicólogo y el trabajador social del centro de salud, hay algunos padres de familia que no consideran necesario ni pertinente que los adolescentes reciban información sobre métodos anticonceptivos, por lo que hay que realizar, en primer lugar, una sensibilización con los padres de familia sobre los factores de riesgo de los jóvenes. Hay

que mostrarles que la información no causa el embarazo ni la drogadicción, pero la desinformación y la falta de comunicación ponen en riesgo a los y las adolescentes.

En cuanto a la intervención se encontró que las participantes del taller mostraron agrado por el trabajo realizado y la información proporcionada, se procuró crear un ambiente agradable y de confianza y se utilizaron métodos de enseñanza-aprendizaje flexibles. Se utilizaron desde técnicas de relajación, discusiones en grupo, juegos vivenciales, cuentos y hasta ejercicios de calentamiento cuando hacía frío. Esta forma de aproximación a las participantes fomentó una actitud positiva favoreciendo el incremento de la autoestima y el sentido de autoeficacia, porque ellas mismas llegaron a expresar: “si puedo”, “me siento contenta”, esto respalda los hallazgos de González (2006), quien afirma que la capacitación en forma de talleres con ejercicios vivenciales fortalece y proporciona reconocimiento.

Algunas de ellas estaban pasando por momentos difíciles (por ejemplo, abuso de alcohol del marido, discusiones constantes con hijos adolescentes), pero no solicitaban ayuda o no lo habían hecho hasta el momento de impartirse el taller. Por ello se asume que las participantes tenían un deseo de cambio y mejora aunque no hubieran realizado algún intento anteriormente. Al iniciar el taller se asumió, que la mayoría de las participantes se encontraba en etapa más cercana a la precontemplación, de acuerdo con el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente (1983), porque vivían su situación sin buscar opciones para solucionar sus conflictos, hasta el momento de la intervención descrita en esta tesis.

Sin embargo, a lo largo de las sesiones algunas participantes mostraron signos de no estar sólo en precontemplación. De acuerdo con los resultados, con los comentarios y con las acciones de las participantes, puede considerarse que, al menos, una de las siete, estaba incluso en “preparación” y “acción”.

Para todas las participantes, el grupo funcionó como fuente de apoyo social que les facilitó moverse en la rueda del cambio y considerar realizar algunas modificaciones en sus estilos de vida. Por ejemplo las participantes seis y siete decidieron comenzar una sociedad para vender pasteles, pizzas, etc., la participante seis tenía un esposo que consumía alcohol en exceso y había perdido su trabajo hacia varios meses. Ella no trabajaba y había dicho al principio que no sabía que hacer, para la sesión ocho ya había tomado una decisión sobre su curso de acción. Para las participantes que quizá no habían considerado necesario cambiar nada de su comportamiento, al recibir información se consiguió aumentar la duda, de acuerdo con Miller y Rollnick (1999) esto aumenta la percepción del sujeto de los riesgos y problemas de su conducta actual.

Es importante mencionar que realizar intervenciones en la comunidad encaminadas a favorecer el cambio comunitario repercute en la salud pública, pues a través de estas intervenciones se puede mejorar la calidad de vida de un sector de la población, tal como mencionan Cabañas y Hernández (2001) con su trabajo con adultos mayores; al mejorar sus habilidades sociales y su manejo del estrés, mejoraron también sus problemas de salud. Así mismo, Paine-Andrews (1996) encontró un resultado

semejante, en relación al embarazo adolescente, al establecer un programa de tutores en las escuelas y repartir anticonceptivos se logró bajar la tasa de embarazo adolescente de esa región.

Es decir que al proporcionar información adecuada a las características de cada sector de la población, mejorar sus habilidades, cambiar las actitudes y pensamientos sobre las capacidades individuales y comunitarias y sensibilizar a la población sobre los factores de riesgo a los que se exponen, puede disminuir muchos de los problemas de salud. Incluso, la comunidad misma, al final de la intervención, buscaría instituciones educativas o de salud, que colaboren con recursos, materiales, voluntarios, expertos, etc. para que junto con ellos, se planeen actividades y se obtengan cambios que aumenten el bienestar.

El ejercicio de intervención en la comunidad, descrito en esta tesis fue realizado en conjunto por la UNAM, a través del programa de Internado en Psicología; la Secretaría de Salud del DF, a través de los Centros de Salud; y la Comunidad de San Antonio Tecómitl, a través de las participantes del grupo “El Calvario”. Esta estrategia, resultó muy benéfica para todas las partes. Las alumnas de la facultad obtuvieron experiencias formativas de intervención comunitaria, el grupo de mujeres participantes obtuvo información para mejorar su estado de salud, así como una experiencia de organización que les permitió mejorar su calidad de vida; el Centro de Salud encontró la forma efectiva y novedosa de acercarse a la comunidad haciendo su labor de atención primaria.

Al atender las inquietudes de las señoras del grupo “El Calvario” y dándoles la información que ellas pedían, se consiguió que se interesaran en los temas, que relataran algunas de sus experiencias, que desearan saber más, que estuvieran entusiasmadas y que manifestaran abiertamente su deseo de realizar cambios en su vida. Se consiguió que se sintieran capaces de intentar cosas nuevas y que unas a otras se apoyaran cuando tuvieron problemas lo que les proporcionó un soporte emocional importante. Despertamos su interés por mejorar su calidad de vida y conseguimos que al final de la intervención percibieran sus problemas familiares como situaciones susceptibles de cambio.

Al hacer la intervención comunitaria a largo plazo (Bailey, 1997), la formación de grupos como el de “El Calvario” daría a las personas experiencias de dominio, aumentaría su autoeficacia (tanto individual como comunitaria), pues se darían cuenta de que organizándose pueden modificar su ambiente, serían capaces de identificar sus factores de riesgo y podrían afrontarlos mejor. Se dejarían de escuchar discursos como “así es la vida” o “no podemos hacer nada”.

Algunas limitaciones encontradas en el estudio son, falta de sensibilidad cultural al momento de seleccionar el instrumento y los materiales tanto en la etapa de diagnóstico como en la intervención, pues hay muchas personas que aunque saben leer y escribir son analfabetas funcionales y había que explicarles el significado de cada pregunta, por lo que la etapa de diagnóstico se alargó más de lo programado y durante la

intervención dificultó una evaluación más objetiva pues en ocasiones había que interpretar lo que las participantes querían decir.

Es recomendable utilizar o diseñar instrumentos y materiales que sean accesibles para personas que no saben leer y escribir o lo hacen con dificultad. Realizar un seguimiento de las participantes para saber si la información proporcionada realmente resultó de utilidad para ellas. Implementar intervenciones dirigidas a la población masculina, en lugares y horarios que ellos pudieran acudir. Aumentar el número de participantes para que más personas accedieran a información de este tipo e implementar programas permanentes para no suspender este tipo de actividades en las comunidades.

En conclusión, los centros de salud necesitan redefinir sus funciones para dar mayor importancia a las acciones de prevención en la comunidad, pues a excepción quizá de las acciones de vacunación y, recientemente, las de planificación familiar, la población sólo siente la necesidad de acudir a un centro de salud en caso de enfermedad (Durán, 1998). Aunque existan nominalmente acciones para la promoción de la participación comunitaria, no es claro cómo se cumple esta función. Tal como se menciona constantemente en la literatura (OPS, 2001), el primer nivel de atención debería ser el principal, al que más recursos deberían destinarse. Aunque, aparentemente, implique un mayor costo, ya que se requiere conseguir el personal necesario para organizar a la comunidad, y buscar su participación, tal vez ese costo no sea tan elevado si se compara con el de uno o varios hospitales de tercer nivel y con el costo que implica para las familias, y el país, tener uno o varios enfermos que requieran ese nivel de atención.

## Referencias.

Aduna, A. (1998), *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*, Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.

Albee, G.W. (1998). The politics of primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 19, (2), 117.

Backett, E.M., Davies, A.M. y Petrós-Barvasián, A. (1985). *El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria*, Cuadernos de salud pública 76, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. USA: Wlt Freeman and Company.

Bandura, A. (1999). *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes*. En Bandura, A. *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brower, S.A.

Barquin, M. (1977). *Medicina Social*. México: Francisco Mendez Oteo.

Beaglehole, R., Bonita, R. y Kjellström, T. (1994). *Epidemiología Básica*. EUA: Organización Panamericana de la Salud.

Becoña, I. E. y Oblitas, G. L. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.

Beltrán, F.J. y Torres, F. I. (1992). *Lo psicológico en la determinación de la salud: La salud y lo psicológico determinados socialmente*. En Piña, L. J. A., *Psicología y Salud. Aportes del análisis de la conducta*. México: Unison.

Bernard, L.C. y Krupat, E. (1994). *Health Psychology*. USA: Harcourt Brace College Publishers.

Bishop, D. G. (1994). *Health Psychology*. USA: Allyn and Bacon.

Bloom, B. L. (1992). *Planed short-term Psychotherapy, A clinical handbook*. Massachusetts, USA: Allyn and Bacon.

Brannon, L. y Feist, J. (1997). *Health Psychology, an introduction to behavior and health*. USA: Brooks/Cole.

Cabañas, M.D. y Hernández, V. H. (2001). *Programa de entrenamiento en habilidades sociales para adultos mayores*. Tesis de Licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.

Carnaval, G.E. (1999). Propiedades psicométricas de una escala para medir percepción del empoderamiento comunitario en mujeres. *Colombia medica*, 30, (002), 69-73.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38, 300-314.

Community Tool Box (2005). *Comprendiendo los Factores de Riesgo y de Protección: Su Uso al Seleccionar Poblaciones Objetivo Potenciales y Estrategias Prometedoras para Intervenciones*. Recuperado el 25 de julio de 2006 de <http://ctb.ku.edu/>

Community Tool Box (2005). *Conduciendo Grupos de Enfoque*. Recuperado el 25 de julio de 2006 de <http://ctb.ku.edu/>

Community Tool Box (2005). *Nuestro Modelo de Práctica: Capacitando para el Cambio en la Comunidad y el Sistema*. Recuperado el 25 de julio de 2006 de <http://ctb.ku.edu/>

Conn, D. (1999). *Psicología, exploración y aplicaciones*. México: International Thomson Editores.

Consejo Nacional de Población (2006). Proyecciones de la población de México 2005-2050. Recuperado el 31 de mayo de 2007 de <http://www.conapo.gob.mx>

Contreras, A. (2001). *La Teoría de Aprendizaje Social*. En La iniciativa de la comunicación. Recuperado el 15 de noviembre de 2001 de <http://www.comminit.com/la/lapm/sld-404.html>

Domínguez, E. S. (2002). *Conocimientos y actitudes sexuales en la adolescencia promoción del desarrollo personal, sexual y social*. Revista Iberoamericana de Fertilidad 80-VI, Congreso SEC, 5-8 de marzo de 2002.

Duffy, K.G. y Wong, F.Y. (1996). *Community Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.

Durán, L. G. (1998). *La participación del psicólogo en la atención integral a la salud*. En Rodríguez, O. G. y Rojas, R. M. E. *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM-Porrúa.

Durana, I. (1982). *Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud*. USA: Servicio de publicaciones y documentación, oficina de publicaciones de

salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Enciclopedia Metódica Larousse (1997), tomo 3, Colombia: Larousse.

Engel, G. L. (1977). The need for a new clinical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

Farquhar, J. W., Fortman, S. P., Flora, J. A., Taylor, C. B., Haskell, W. L., Williams, P. T., Maccoby, N. y Word, P. D. (1990). Effects of community-wide education on cardiovascular disease risk factors: The Stanford Five-City Project. *Journal of the American Health Association*, 264, 359-365.

Fawcett, S.B., Paine Andrews, A., Francisco, V.T., Schultz, J.A., Pichter, K.P., Lewis, R.K., Williams, E.L., Harris, K.J., Berkley, J.Y., Fisher, J.L. y López, C.M. (1995). Using empowerment theory in collaborative partnership for community health and development. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 677-697.

Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de Psicología Preventiva. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.

Gil, M. Ll. (1997). *Educación para la salud*. En Pascual, L. M. O. y Ballester, A. R. *La práctica de la Psicología de la Salud, programas de intervención*. Valencia: Promolibro.

Gobierno de la Ciudad de México (1996). *Monografía de Milpa Alta*. D.D.F.

González, P. M. (2006). *Taller de capacitación para impulsar la participación comunitaria en el desarrollo urbano de una localidad urbano-marginada, caso Chimalhuacán*. Tesis de Licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología.

Grau, A. J. (1998). *La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro*. En Rodríguez, O. G. y Rojas, R. M. E. *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM-Porrúa.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006) Cuadernos estadísticos Municipales y Delegacionales 2005, Milpa Alta. Recuperado el 31 de mayo de 2007 de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). Resultados conteo nacional de población y vivienda 2005. Recuperado el 31 de mayo de 2007 de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

- Labonte, R. (1996). *Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. En Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica No.557. EUA: Organización Panamericana de la Salud.
- Latorre, P.J. y Beneit, M. P.(1994). *Psicología de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- López, G.R. y Alarcón, A.M. (1993). *El modelo de competencia social como estrategia para la educación nutricional*. Psicología y salud Vol. 1.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- McClelland, D. C. (1985). The social mandate of health psychology. *American Behavioral Science*, 28, 451-467.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. España: Paidós.
- Moore, T. W. (1998). *Introducción a la filosofía de la educación*. México: Trillas.
- Mora, F. y Hersch, P.(1984). *Introducción a la medicina social y salud pública*. México: Terra Nova-UAMX.
- Morales, C. F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Argentina: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (1981). *Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000*. Serie salud para todos No. 3. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1984). *Participación de la Comunidad en la Salud y el Desarrollo en las Américas, análisis de estudios de casos seleccionados*. Publicación científica, No. 473, EUA: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *Planificación local participativa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las Américas*. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, *Promoción de la Salud y Equidad, Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, Bogotá, 1992.
- Paine-Andrews, A., Vincent, M. L., Fawcett, S. B., Campuzano, M. K., Harris, K., Lewis, R. K., Williams, E. L. y Fisher, J. (1996). Replicating a community-based

initiative for the prevention of adolescent pregnancy: From South Carolina to Kansas. *Family and community health* 19(1), 14-30.

Paine-Andrews, A., Fisher, J. L., Patton, J. B., Fawcett, S. B., Williams, E. L., Lewis, R. K. and Harris, K. J. (2002). Analyzing the Contribution of Community Change to Population Health Outcomes in an Adolescent Pregnancy Prevention Initiative. Recuperado de <http://heb.sagepub.com/cgi/content/abstract/29/2/183> el 5 marzo de 2008.

Pervin, L. A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. España: McGraw-Hill/Interamericana.

Piña, L. J. A. y Obregón, S. F. J. (1992). *La prevención en el campo de la salud: de la inmunización al análisis del comportamiento*. En Piña, L. J. A., *Psicología y Salud. Aportes del análisis de la conducta*. México: Unison.

Prochaska, J. O. y Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*. Vol. 19 No. 3, 276-288.

Prochaska, J. O. y Diclemente, C. C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.

Prochaska, J. O., Diclemente, C.C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.

Quick, E. K. (1996). *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach*. San Diego, Cal., USA: Academic Press.

Resik Habib, P. (1986). *Evolución histórica de la interpretación causal de las enfermedades*. *Revista cubana de administración de salud*, 12 (1), 50-66.

Roussos, S.T. and Fawcett, S.B. (2000). A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health. *Annu. Rev. Public Health*. 21:369-402

San Martín, H. y Pastor, V. (1988). *Salud Comunitaria, teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos, S. A.

Sánchez, S. J. J. (1998). *Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención, investigación en Psicología de la Salud*. En Rodríguez, O. G. y Rojas, R. M. E. *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM-Porrúa.

Sanmartí, L. S. (1985). *Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.

Santos, O. M. (1998). *Salud Pública. Promoción de la Salud y educación para la salud*. En Rodríguez, O. G. y Rojas, R. M. E. *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM-Porrúa.

Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. EUA: Jonh Wiley and Sons, Inc.

Secretaría de salud (2006). Salud México: 2001-2005. Recuperado el 31 de mayo de 2007 de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

Sheridan, S. Y Radmacher, S.A. (1992). *Health Psychology, changing the biomedical model*. Singapore: Jonh Wiley and Sons, inc.

Velicer, W. F, Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., y Redding, C. A. (1998) Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.

Ware, F.C. (1965). *Estudio de la comunidad*. Buenos Aires: Humanitas.

Watzlawick, P. (1994). *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de comunicación terapéutica*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estrategia: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Piados Ibérica, S.A.

Werner, D. y Bower, B. (1987). *Aprendiendo a promover la salud*. USA: Fundación Hesperian y Centro Educativo, A.C.

Wolfe, D., Kaufman, K., Aragona, J. y Sandler, J. (1991). *Programa de conducción de niños maltratados*. México: Trillas.

Worchel, S. Y Wayne, S. (1998). *Psicología, fundamentos y aplicaciones*. España: Prentice Hall.

World Health Organization (2005). Carta de Bangkok. Recuperado el 31 de mayo de 2007 de [www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/index.html)

World Health Organization. Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. Recuperado el 31 de mayo de 2007 de [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)

Zax, M. y Specter, G. (1979). *Introducción a la psicología de la comunidad*. México: El manual moderno.

# Anexos.

Anexo 1.	81
Anexo 2.	83
Anexo 3.	102
Anexo 4.	113
Anexo 5.	127

Se les invita a participar en este taller, el cual se celebra los miércoles de 10:00 a 12:00 hrs.

**Anexo 1**  
**Tríptico de invitación al Taller.**

¡ LOS ESPERAMOS !

Atte.

UNAM  
PEPS

CENTRO DE SALUD

**Anabell Miranda**  
**Fabiola Ramírez**

TALLER  
DE  
ORIENTACIÓN  
A LA COMUNIDAD DE  
SAN ANTONIO  
TECÓMITL



**BIENVENIDOS**

¿Siente que tiene algún problema que ya no puede manejar?

¿Cree que necesita información que le ayude a mejorar su estado de salud?

¿Necesita un lugar donde pueda acercarse a sus vecinos, conocerlos y organizarse con ellos?

¿Le gustaría acudir a un grupo donde reciba la orientación que le ayude a sentirse mejor, más optimista?

Si ha contestado que si a todas o a alguna de estas preguntas, ésta información le interesa:

Con el propósito de acercarse a la comunidad el Centro de Salud, Dr. Gastón Melo” en colaboración con la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, ha planeado formar un grupo con miembros de la comunidad de Tecómitl donde se dará información a los participantes dirigida a mejorar su calidad de vida, mejorar la comunicación con su familia y orientar a aquellos que tengan algún problema que no hayan podido resolver.

Venga y platique con nosotros.

Le invitamos a acudir al taller informativo de orientación a la comunidad de San Antonio Tecómitl, que se llevará a cabo en:

Casa ubicada en la esquina del callejón el calvario y Av. Hidalgo.

Que impartirán:

Psic. Anabell Miranda Nájera y  
Psic. Fabiola Ramírez Salas.

**Todos los miércoles de 10 a 12 del día a partir del 16 de agosto.**

## **Anexo 2.**

### **Información proporcionada durante el Taller Informativo de Orientación a la Comunidad de San Antonio Tecómitl.**

#### **Comunicación Familiar.**

En la gran mayoría de las familias aquejadas por una situación de conflicto, el motivo principal de la discordia es tan solo que el amor que conscientemente experimentan y las buenas intenciones que poseen los miembros de la familia, no logran ser comunicados de manera que puedan ser captados o reconocidos por los demás. Existen, por supuesto, otras emociones diferentes al amor, las cuales deben ser comunicadas de modo constructivo más que destructivo. La ira, por ejemplo, es una emoción importante, inevitable y no necesariamente negativa si logra comunicarse de modo constructivo.

La llave del mejoramiento de las relaciones familiares, y por lo mismo de la salud emocional, se halla en la comunicación. En la inmensa mayoría de las familias, cada miembro está lleno de buenas intenciones. Nadie quiere argumentar en el sentido destructivo de la palabra; nadie quiere regañar ni ser quejumbroso ni irritar al otro; nadie, salvo la rara excepción de algún sádico, quiere ser cruel o ruin o injusto. Y, sin embargo, el efecto de una gran parte del comportamiento mejor intencionado es alegar o regañar o caer en la ruindad o en la injusticia. Si el causante es sincero, admitirá los efectos nocivos de semejante conducta, pero agregará que él o ella se sintió forzado a eso ¡por lo irrazonable del comportamiento de la otra persona! La razón de estas dificultades no puede ser sino que el amor conscientemente experimentado y las buenas intenciones no fueron comunicados de modo que pudieran ser percibidos por el compañero.

La comunicación es quizás el tópico de mayor importancia en psicología. Por medio de la comunicación, en gran parte llegamos a ser lo que somos; a través de la comunicación aprendemos lo que sabemos; los problemas en las relaciones humanas se crean principalmente por causa de comunicación destructiva, y tales problemas se evitan o resuelven por medio de comunicación constructiva.

Por comunicación se entiende cualquier comportamiento que lleva consigo un mensaje que es percibido por otra persona. El comportamiento podrá ser o no verbal; será siempre una comunicación en tanto que lleve consigo un mensaje. El mensaje podrá ser o no intencionado, pero desde el momento en que es percibido, ha sido, de hecho, comunicado. La percepción del mensaje podrá ser conciente o inconsciente, distorsionada o exacta, pero tan pronto como el mensaje alcanza a percibirse en cualquier nivel, tenemos una comunicación.

La falta de comunicación produce tensiones que se suman a las que de por sí nos invaden en el devenir de los días actuales en la lucha por subsistir y aún por superarnos, tensiones que reducen la paz que podríamos disfrutar al llegar a casa; tensiones que muchas veces, al contenerlas se transforman en agresión que descargamos injustamente contra cualquier miembro de la familia, lo cuál complica más ese laberinto de barreras o bien, sobre amigos o personas extrañas, lo que no siempre da los resultados apetecidos.

La comunicación familiar es una de las llaves que pueden abrir, entre otras, las puertas de la paz, la cordialidad y la orientación. Por supuesto que lo ideal a este respecto es motivar, fomentar y practicar la comunicación en la familia desde que ésta comienza a formarse.

La comunicación familiar tiene repercusión determinante en la conducta de los miembros de la familia a través de las diversas etapas de la vida. Los padres y los maestros representan para los niños una libreta de resúmenes y de apuntes que podrán consultar frecuentemente, fuentes informativas que satisfacen de continuo sus conocimientos, si no se rompe la comunicación, tal situación podrá continuar indefinidamente como un circuito establecido que mantendrá alertas a los jóvenes contra los riesgos que, inevitablemente, correrán tarde o temprano.

Padres e hijos pueden charlar o discutir sobre diferentes temas. Las charlas deben brotar espontáneamente, por ejemplo en el desayuno dominical que suele acostumbrarse en muchos hogares o en la comida del mismo día, en el camión, en el café, en la zapatería o en el supermercado, camino al cine o en el intermedio. La plática debe surgir en el momento justo.

Deben fomentarse desde un principio el respeto a los puntos de vista de los demás, quizá combatirlos, pero no subestimar a nadie ni callarlo rudamente diciéndole que es muy chico o muy inexperto, que es ignorante o que aún no entiende de estas cosas.

En una buena comunicación familiar todos podemos decir libremente lo que hacemos, lo que pensamos y sentimos, podemos hablar y oír. Podemos escuchar y ser escuchados.

Algunas reglas que pueden seguirse para aprender a comunicarse son:

1. Recordar que las obras dicen más que las palabras, la comunicación no verbal es más poderosa que la verbal.
2. Definir lo que es importante y hacer hincapié en ello; definir lo que no tiene importancia y pasarlo por alto.
3. Sin dejar de ser realista, hacer que su comunicación sea lo más positiva posible.
4. Ser claro y específico en la comunicación.
5. Comprobar todas las suposiciones propias.
6. Reconocer que cada suceso puede ser interpretado desde diferentes puntos de vista.
7. Reconocer que los miembros de la familia no son peritos en nuestro comportamiento y ser específicos en lo que deseamos o sentimos.
8. No utilizar técnicas desleales de comunicación, por ejemplo, emprender “peleas sucias” como fingir que el otro ha hecho una afirmación o demanda irrazonable; adivinarle el pensamiento e interpretar sus intenciones; responder con otra acusación; formular varias acusaciones a la vez; echar en cara y traer situaciones pasadas; interrumpir, intimidar, humillar e insultar; ser desconcertante; aplicar la ley del hielo, etc.
9. Hay que guiarse por el efecto de nuestras palabras, no por lo que quisimos decir.
10. Aceptar todo sentimiento ajeno y procurar comprenderlo.
11. Emplear el tacto, la consideración y la cortesía.
12. No emplear excusas, ni dejarse engañar por ellas.
13. Aprender a usar el buen humor y la seriedad en momentos adecuados.
14. Aprender a escuchar.

## Comunicación No verbal.

La mayoría de nuestras interacciones de comunicación se realizan sin palabras y a través de gestos, por lo que las conductas no verbales que emitimos (movimientos de manos, de piernas, postura corporal, contacto visual, etc.) deben ser CONGRUENTES con los mensajes verbales o con la imagen que queremos proyectar, deben apoyar, enfatizar y reforzar el mensaje que se trata de emitir.

Algunas conductas no verbales que se utilizan diariamente son:

**Contacto visual:** mirar a los ojos y no evadir la mirada, de tal modo que este contacto sea cómodo para nosotros. Las personas que establecen un pobre contacto visual pueden ser percibidas como nerviosas e inseguras de sí mismas, lo que en consecuencia puede incitar a otras personas a sacar ventaja de ellas.

**Expresión y postura corporal:** existen una infinidad de posturas corporales y expresiones faciales que una persona puede adoptar, las cuales deben corresponder con los sentimientos y mensajes que tratamos de comunicar. Se deben evitar posturas como retorcerse las manos, cubrirse la boca con la mano, hacer gestos nerviosos, adoptar posturas rígidas, etc.

**Tono de voz:** debemos poner atención a lo que decimos y más aún a cómo lo decimos. Se debe evitar un volumen muy bajo, balbucear, usar demasiadas pausas para toser. Se recomienda usar un tono, volumen e inflexión moderados o adecuados al lugar o situación.

**Saludo de mano:** se debe practicar un saludo de mano firme y se debe evitar el saludo que exprime la mano o el saludo donde la mano se resbala tímidamente de la otra mano.

**Contacto físico:** el contacto de otro ser humano es el gesto más positivo que una persona puede recibir o dar, algunos de estos contactos son, por ejemplo, tocar a alguien del brazo o del hombro, sentirse cómodo dando un abrazo afectuoso a un amigo, a un hijo, a la pareja, etc.

**Espacio corporal:** cuando una persona empieza a hablar con alguien, automáticamente establece una distancia cómoda de la otra persona. Para ciertas personas esta distancia es más corta que para otras, sin embargo debemos considerar que el estar muy alejado provoca distracciones en ambas personas y el estar muy cerca provoca incomodidad y deseo de terminar inmediatamente la conversación.

### Bibliografía.

- Martínez, M. R. (1995). *Manual de entrenamiento asertivo*. Centro de Servicios Psicológicos Martínez y Castañeda.
- Wahlros, S. (1978). *La comunicación en la familia. Una guía hacia la salud emocional*. México: Diana.

## **AUTOESTIMA.**

La autoestima es la suma de la autoconfianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el juicio de valor que cada uno hace de su persona para enfrentarse a los desafíos que presenta nuestra existencia.

La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. Es la suma de la autoconfianza, el sentimiento de la propia competencia y el respeto y consideración que nos tenemos de nosotros mismos y de los demás.

Los expertos dicen que la autoestima se forja durante la infancia, especialmente como consecuencia de cómo nos trataron nuestros padres, familiares y profesores.

Los niños no tienen capacidad de filtrar lo que entra en su mente, y cada mensaje negativo acerca de sí mismos, pronunciados por los adultos que le rodean, pueden convertirse con los años en una creencia que regirá sus vidas.

Considerada como actitud, la autoestima es la forma habitual de percibirnos, de pensar, de sentir y comportarnos con nosotros mismos. Es la disposición habitual con la que nos enfrentamos con nosotros mismos y evaluamos nuestra propia identidad.

La autoestima hace referencia a una actitud hacia sí mismo generada en la interacción con los otros que comprende la percepción, estima y concepto que cada uno tiene de sí mismo; e implica un adecuado desarrollo del proceso de identidad, del conocimiento y la valoración de sí mismo, del sentido de seguridad y de pertenencia, del dominio de ciertas habilidades de comunicación social, familiar y del sentimiento de ser útil y valioso para los otros.

Una persona segura y con elevada autoestima irradiará sentimientos y actitudes positivas tanto hacia sí mismo como hacia los demás y esto le llevará a enfrentarse a la vida con confianza, seguridad y firmeza.

Para ello es necesario conocer y reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos de nuestro carácter, de nuestra manera de ser y de actuar. La seguridad en uno mismo no proviene de sentirse capaz de hacer muchas cosas, sino de saber y asumir las propias capacidades y limitaciones, obrando en consecuencia.

Entre las características de la persona con un nivel adecuado de autoestima, en proceso de crecimiento o de autorrealización Rodríguez (1998) señala las siguientes:

- Se acepta a sí mismo como es.
- Percepción más clara y eficiente de la realidad.
- Mayor apertura a la experiencia.
- Mayor integración, cohesión y unidad.
- Mayor expresividad, espontaneidad y vitalidad.
- Un Yo real; una identidad firme; autonomía y unicidad.
- Objetividad, independencia y trascendencia del Yo.
- Recuperación de la creatividad.
- Capacidad de fusión de lo concreto y abstracto.
- Estructura de carácter democrático.
- Gran capacidad amorosa.

- Posee un código moral propio.
- Busca de vez en cuando la soledad y el encuentro consigo mismo.
- Tiende a estar centrado en los problemas de los demás y no sólo en los propios.
- Sus relaciones interpersonales tienen profundidad.
- Expresa sus sentimientos y opiniones sin rigidez.
- Tiene sentido del humor, sin ser agresivo ni hiriente.

Las personas con problemas de autoestima suelen ser:

- Muy sensibles a la crítica.
- Ante cualquier comentario de los demás suelen sentirse fácilmente atacadas.
- Están continuamente insatisfechas.
- Hagan lo que hagan siempre piensan que lo podrían hacer mejor.
- Tienen una tendencia exagerada a infravalorar sus éxitos y a exagerar sus fracasos.
- Suelen atribuir sus éxitos a causas externas, ajenas a ellos, mientras que los fracasos los atribuyen a sí mismos, culpabilizándose de que las cosas no salgan bien.

La baja autoestima también hace que se le dé una importancia exagerada a la opinión de los demás, llegando incluso a valorarse en función de cómo uno cree que es apreciado y valorado por los demás. Esto nos puede llevar a tener dificultades para relacionarnos con la gente, para enfrentarnos a una entrevista de trabajo, o perseguir cualquier otro objetivo en nuestra vida.

En definitiva, uno limita su capacidad para relacionarse con los demás, atender a las críticas, pedir ayuda o para resolver problemas. Ante los problemas y contratiempos nos paralizamos y en lugar de buscar soluciones, nos quedamos de "brazos cruzados" pensando que no somos capaces de enfrentarnos a esa situación.

Es necesario examinar estas actitudes e intentar modificarlas adecuadamente, teniendo en cuenta que la autoestima se aprende, que fluctúa y que en consecuencia la podemos mejorar.

La reconstrucción de la autoestima se lleva a cabo con la utilización de todo el potencial, que se puede manejar poniéndose metas, haciendo contratos consigo mismo, remodelando actitudes y actividades, actualizando la escala de valores y manejando la agresividad.

La autoestima se acompaña del autoconcepto, es decir la serie de creencias acerca de uno mismo, que se manifiestan en la conducta. Cada persona se forma a lo largo de su vida, una serie de ideas o imágenes que la llevarán a creer que así es. El manejo de autoconcepto y su variación influyen poderosamente en el cambio de conducta de una persona. No debe uno identificarse con un autoconcepto que sea limitante y produzca malestar o vivir con uno que no es real y vivir con ansiedad, angustia, depresión y desesperación al intentar sostenerlo.

El autoconocimiento es conocer las partes que componen el Yo, cuales son sus manifestaciones, necesidades y habilidades; los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es; conocer por qué y cómo actúa y siente. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el

individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes funciona deficientemente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y devaluación.

La autoaceptación implica el reconocimiento de las propias cualidades, la toma de conciencia del propio valor, la afirmación de la propia dignidad personal y el sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse. Admitiremos serenamente que no somos perfectos, que la mayoría de nuestros sueños y fantasías nunca llegarán a ser totalmente realidad; pero no por eso nos debemos infravalorar, considerándonos menos personas y menos completos que si lo hiciéramos realidad.

La autovaloración es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresa y maneja de forma conveniente los sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo. Los valores son siempre una concepción personal de algo que es preferible para uno mismo.

El respeto sólido por uno mismo se funda en dos convicciones principales:

“Soy digno de que me amen” (“Importo y tengo valor por que existo”).

Y “Soy valioso” (“Puedo manejarme a mí mismo y manejar lo que me rodea, con eficiencia. Sé que tengo algo que ofrecer a los demás”).

Estas convicciones son muy importantes para el bienestar emocional, la única persona cuyo contacto no puede eludirse es uno mismo. Lo mismo les ocurre a nuestros hijos. Con nadie viven con tanta intimidad como consigo mismos. Es de la máxima importancia el respeto por sí mismos.

La autoestima que constituye el ingrediente decisivo de salud mental proviene de la calidad de las relaciones que existan entre el niño y aquellos que desempeñan papeles importantes en su vida.

Todo niño normal nace con la potencialidad necesaria para alcanzar la salud mental. Por el hecho de que esa potencialidad florezca se cumplirá o no de acuerdo en el clima psicológico en el que le toque vivir.

Al mismo tiempo que el niño recoge las descripciones que otros hacen de él, asimila también las actitudes que esos otros tienen acerca de las cualidades implícitas en tales descripciones.

### **¿Cómo potenciar la autoestima?**

Para lograr un buen nivel de confianza es necesario evitar todas aquellas ideas o pensamientos cuyo contenido, por su carácter pesimista o derrotista, fomentan la inseguridad. Se trata de aprender a pensar correctamente. Es importante, por tanto, no dejar que los pensamientos autocríticos nos invadan. Para ello:

- Lo primero que hay que hacer cuando pasen ese tipo de ideas negativas por nuestra mente es reconocerlos.
- Después, saber que esos pensamientos no son reales,
- Tratar de acallar esa voz interior que nos paraliza.

- Y, finalmente, intentar reemplazarlos por otros pensamientos más objetivos que los desmientan.

Esto nos puede ayudar a comprender que el problema no es nuestra actuación sino la forma crítica en la que nos menospreciamos.

Es importante, además, tomar conciencia de nuestras cualidades y de aquellos logros de los que podamos sentirnos orgullosos. Cuando reconocemos lo que realmente valemos no tenemos necesidad de que los demás nos apoyen y refuercen nuestra valía.

Hay que aceptarse, admitir los propios defectos, fallos y limitaciones, tener conciencia de nuestra realidad personal. Esto no implica una actitud de resignación, de asumir estos aspectos negativos como algo insuperable. Todo lo contrario, sería el primer paso para intentar superarlos, utilizando los medios adecuados.

### **Bibliografía.**

- Rodríguez, E. y Pellicer G. F., (1985). *Autoestima. Clave del éxito personal*. México: Manual moderno.
- Aparicio, P. T. (2000). *Autoestima*. recuperado el 15 de noviembre de 2003 de [www.pulevasalud.com/ps/index.jsp](http://www.pulevasalud.com/ps/index.jsp)

### **Adolescencia.**

Entre los 9 y los 15 años inicia este periodo de la vida que se caracteriza por una serie de cambios físicos relacionados con la madurez sexual. El periodo de crecimiento en que se desarrolla el sistema reproductivo se llama pubertad. Los órganos con las características sexuales primarias sufren ciertas modificaciones de importancia.

La primera señal para identificar el paso a la pubertad en las niñas es la menstruación, a partir de ahí se van presentando otros cambios como el crecimiento de las mamas, ensanchamiento de cadera y surgimiento del vello púbico.

En los niños, la señal para poder decir que está entrando en la pubertad, es el deseo por estar cerca de las niñas y, darse cuenta de que esto, es un poderoso motivo para experimentar una erección; en esta etapa se presentan las primeras eyaculaciones, además aumenta la masa muscular y crece el vello púbico.

Cuando se entra a la pubertad, el diálogo con los chicos y chicas de su misma edad se vuelve más intenso y frecuente, porque hay que comentar los cambios. Por su mente pasan preguntas como: qué está haciendo fulanita para aceptar la menstruación y que toallas sanitarias usará, qué piensa fulanito de que le guste fulanita y que solo quiera estar con ella, qué se sentirá dar un beso, etc.

Es muy importante hablar con los chicos y explicar que, aunque su cuerpo ya está físicamente listo para concebir un nuevo ser humano, aún no están preparados para ser padres, porque todavía tienen muchas preguntas, habrá otros cambios en los próximos años y tienen

que crecer mentalmente también. Hablar sobre métodos anticonceptivos y sexualidad es una responsabilidad que corresponde a los adultos, padres de familia o profesores.

Estos cambios, se deben al efecto de diversas hormonas dentro del organismo. Este reajuste biológico puede provocar algunos problemas como: desnutrición, obesidad, acné, cambios en el horario de sueño, pérdida de interés por la escuela, etc. En caso de ser algo desproporcionado o que provoque malestares mayores en el chico, es necesario buscar apoyo médico; si no, los padres deben ser tolerantes ante los cambios bruscos en el estado de ánimo de los adolescentes, porque todo forma parte de la transformación que sufren su cuerpo, sus pensamientos y sus emociones.

### **La rebeldía de los adolescentes.**

El comportamiento rebelde de los adolescentes es la consecuencia de la búsqueda de independencia. Necesitan distanciarse de la relación de dependencia y protección que han tenido con sus padres, para adentrarse en el mundo adulto y encontrar su identidad personal.

Lograrlo es un proceso que presenta muchas dificultades y, a veces, su principal problema son los padres y su propio carácter. En cuanto a sus padres, se producen discusiones continuas y desacuerdos con ellos. Se siente frustrado e insatisfecho por como les tratan y les exaspera el comportamiento que tienen hacia ellos.

El adolescente intenta que sus padres cambien de actitud hacia él, se está haciendo mayor y necesita más libertad. La mayoría de las discusiones surgen en torno a los nuevos privilegios que él desea adquirir, como ampliar el horario de salida, libertad en la elección de la ropa, del peinado, una moto o las llaves del coche, etc.

Con respecto a su carácter, se encuentra bastante desorientado por los cambios que está sufriendo. Se producen cambios en su forma de pensar y de sentir, experimenta sensaciones nuevas y formas de ver las cosas diferentes. Todo es nuevo y desconcertante para él.

Como consecuencia de estos cambios, es frecuente que pierda el control sobre sus emociones, y no sepa como reaccionar ante situaciones que no entiende, ni puede controlar. Se revela ante todo lo que considera injusto. Rechaza reglas y normas que él no considera lógicas o le parecen absurdas, ya sean sociales o familiares y se niega a cumplirlas.

Está elaborando su propio criterio ante todo lo que le rodea, necesita tiempo y paciencia para tener autodominio y abandonar su actitud rebelde.

¿Qué pueden hacer los padres para tratar con los adolescentes?

La adolescencia es una etapa en la que las relaciones con los hijos se hacen más complejas. Veamos a continuación una serie de sugerencias que pueden ayudarnos en este periodo tan difícil a tener una mejor relación con nuestros hijos y evitar, en la medida de lo posible, ese comportamiento rebelde:

- Ser críticos sólo en lo esencial. No podemos juzgar ni criticar aquellos aspectos de nuestro hijo que no sean realmente importantes. Es mejor no reprenderle en cuanto su modo de vestir, de hablar, el tipo de música que escucha o su forma de peinarse. No son temas esenciales en su educación, pero para él son de gran importancia porque es una forma de identificarse con su grupo de amigos.

- Debemos corregirlos en temas realmente importantes, como el respeto a los demás, la violencia, el alcohol, cumplir con sus responsabilidades, etc. Si le corregimos o criticamos todos los aspectos en los que no estamos de acuerdo con él, sólo lograríamos estar en continua discusión y no nos escucharía en cuestiones fundamentales.
- No cuestionarse su estado de ánimo. El adolescente está experimentando emociones y sentimientos nuevos. Es fácil que pase de un estado eufórico a otro depresivo o malhumorado. Estas variedades de su estado de ánimo son comunes, lo mejor es no darle excesiva importancia. También es frecuente observar comportamientos perezosos o de absoluta desgana en todo lo que realiza. Para corregir esta conducta lo más adecuado será hacerlo a través del ejemplo y con el refuerzo de sus comportamientos positivos.
- Darles responsabilidades. Los padres tienen que dejar de estar siempre encima de su hijo, tienen que asumir que ha crecido y empezar a tratarle de diferente manera a como lo hacía en la infancia. Es más aconsejable dar responsabilidades y luego pedirles cuentas, que tenerlos sobreprotegidos y no permitirles que se relacionen socialmente.
- Intentar mantener una buena comunicación. Desde la infancia los padres han de tener con sus hijos una relación basada en la confianza y el respeto. Debemos procurar tener conversaciones y momentos divertidos con nuestros hijos, buscar ocasiones para hacer actividades con ellos y disfrutar del tiempo que pasamos juntos. De esta forma, cuando llegue la adolescencia, será más fácil entendernos con ellos y se podrán evitar muchos comportamientos rebeldes tan característicos del adolescente, que a veces son consecuencia de una falta de entendimiento con los padres.
- Escuchar con atención. Siempre debemos escucharles con atención, esperando a que finalice para intervenir y no ridiculizar ni menospreciar lo que dice.

### **Bibliografía.**

- Aparicio P.T. (2000). Adolescencia y rebeldía. Recuperado el 15 de noviembre de 2003 de [www.pulevasalud.com/ps/index.jsp](http://www.pulevasalud.com/ps/index.jsp)

## **Adolescencia y drogadicción.**

Una de las necesidades de mayor relevancia en esta edad es descubrir quién soy, esta interrogante los obliga a buscar modelos que puedan imitar, como por ejemplo los artistas, viendo en ellos atributos que les gustaría tener (fama, prestigio, reconocimiento, etc.)

En esta etapa también aparece el grupo de iguales, amigos de la escuela, de la cuadra, un grupo de música etc. Estos grupos permiten al muchacho experimentar su primera independencia y efectuar la transición, del apoyo en su familia, a cierta libertad en la adolescencia y juventud. Estos grupos brindan con frecuencia nuevos moldes de reciprocidad, reflejan pensamientos, sentimientos, expectativas y demandas. Cuando un chico logra ver cómo sus amigos responden a sus padres, sienten el aliciente de examinar esos nuevos valores y relaciones.

Una vez que el adolescente se identifica con los valores de un grupo de camaradas determinado, esos valores se convierten en un punto de referencia de su comportamiento. El grupo le permite asumir una gran variedad de roles tales como: líder, seguidor, desviacionista o conformista. Los valores y normas del grupo permiten al adolescente adquirir una perspectiva de sus propios valores y actitudes. De ahí la importancia de estar al pendiente de las relaciones sociales con las que cuentan los muchachos, pues por aquí puede surgir un amigo o compañero que consuma sustancias.

Los adolescentes no suelen tener conciencia de las amenazas que acechan su bienestar físico, emocional e interpersonal. Lo anterior se vislumbra en los constantes accidentes automovilísticos, enfermedades de transmisión sexual, pero sobre todo es muy común la drogadicción, que puede generar problemas tanto físicos como de socialización.

### **Un joven puede empezar a drogarse porqué:**

- Tiene un nivel de ansiedad alto que no puede controlar mediante mecanismos normales: ejercicio, distracciones, estudio... Este nivel de ansiedad se eleva cuando hay problemas familiares.
- Desea distraer, inconscientemente, la atención de los sucesos graves que ocurren en su casa.
- Sus padres están muy concentrados en sus propias ocupaciones.
- El padre o la madre está ausente.
- Es el síntoma de la enfermedad de sus padres.
- Busca ejercer el papel de verdugo y víctima.
- Está imitando a alguno de los padres o a alguna figura importante para él, alentado por una aceptación velada, aunque verbalmente se lo prohíban.

### **¿Qué es farmacodependencia?**

Es el estado psíquico y físico causado por la interacción entre un individuo y un fármaco. El individuo sufre alteraciones de comportamiento y otras reacciones. La más evidente es su impulso irreprimible por tomar el fármaco -en forma continua- para experimentar sus efectos y, a veces, para evitar el malestar que produce no consumirla.

### **¿Qué es un fármaco o droga?**

Fármaco o droga es toda aquella sustancia -química o no- que, introducida en el organismo, modifica una o más de sus funciones normales.

### **¿Qué es el Síndrome de abstinencia?**

Se genera por un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos cuando se suspende bruscamente la droga. Es decir, el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir; al suspenderse bruscamente la droga ocurren trastornos fisiológicos: alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial y en la respiración; sudoración, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de la conciencia, etcétera.

Las alteraciones pueden ser leves o graves, incluso pueden llegar a provocar la muerte. Todos éstos son trastornos fisiológicos producidos al suspender bruscamente un fármaco. El síndrome de abstinencia es diferente para cada droga.

### ¿Qué es tolerancia?

Es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. Esto quiere decir que cuando una persona consume una droga que provoca tolerancia -el alcohol, por ejemplo- tiene que tomar cada vez una mayor cantidad de la sustancia a fin de seguir sintiendo el mismo efecto. Esta situación encierra un grave peligro, pues la dosis puede llegar a aumentarse a tal grado que provoque intoxicación.

A continuación se presenta una lista de los posibles síntomas que puede presentar un joven que tiene problemas de abuso de sustancias:

- Irritabilidad y agresividad extremas.
- Cambios abruptos de estado de ánimo.
- Cambio de amistades. Los nuevos amigos pueden tener problemas familiares, con figuras de autoridad y generalmente también con drogas.
- Aislamiento. Se vuelve huidizo.
- Deterioro en las relaciones con figuras de autoridad, de quienes se siente constantemente agredido.
- Problemas de toda índole en la escuela o el trabajo.
- Desinhibición de impulsos agresivos y sexuales.
- Sentimiento de soledad. Considera la droga como una compañera.
- Pérdida del interés en asuntos que habitualmente interesan a gente de su edad.
- Algunos objetos de valor en la casa empiezan a desaparecer.
- Supone que el consumo de drogas le proporcionará cualidades físicas e intelectuales relevantes.
- A través de la droga mitiga sensaciones y sentimientos desagradables y olvida sus problemas.
- Comienza a realizar actos llamativos o suicidas.
- Se altera si se aborda el tema de las drogas.
- Su demanda de dinero es desproporcionada.
- Su capacidad para mentir y su astucia aumentan.
- Consume o saca de la casa bebidas alcohólicas.

### Síntomas físicos.

Los síntomas físicos varían según la droga que se consuma. De manera general se evidencian algunos síntomas:

- Dificultad para hablar
- Cambios súbitos y exagerados de estado de ánimo
- Rubor
- Náuseas
- Ansiedad

- Hiperactividad
- Irritabilidad
- Insomnio
- Alucinaciones
- Irritación de ojos
- Aumento de apetito
- Sequedad en la boca
- Reflejos lentos
- Visión borrosa
- Incapacidad para concentrarse o memorizar

Conforme estos cambios físicos se hagan presentes con cierta regularidad, los padres tendrán que conformar la sospecha de que el joven está drogándose.

### **¿Qué no hacer?**

- No intente castigar, amenazar, sobornar o sermonear.
- No intente ser mártir. Evite ser sarcástico o usar chantajes que puedan poner al muchacho a la defensiva, o aumentar el sentimiento de culpa y la compulsión de usar drogas.
- No encubra ni invente pretextos para justificar el consumo de sustancias; tampoco permita que él lo haga -por ejemplo, decir que todos los muchachos se emborrachan de vez en cuando. De igual manera, no le evite las consecuencias reales de su comportamiento.
- No asuma las responsabilidades que le corresponden al muchacho, lo cual le quita su sentido de importancia y dignidad.
- No vacíe la casa de alcohol o drogas prescritas por el médico, ni le evite al individuo situaciones donde el alcohol esté presente.
- No discuta con el chico cuando esté bajo la influencia de la droga.
- No beba con el alcohólico ni use drogas con el farmacodependiente.
- Sobre todo, no se sienta culpable por el comportamiento de su hijo

### **Los padres deben recordar:**

- No se sugiere, como medida de prevención o recuperación la sospecha y el acoso gratuitos, ni que los padres se vuelvan controladores. Se aconseja que atiendan, vean y escuchen a sus hijos para hacerlos sentirse amados y protegidos.
- Deben alertarse ante la presencia de algunos signos y síntomas psicológicos y físicos descritos anteriormente.

- Los padres siempre deben indagar, hasta encontrar una razón que los satisfaga, acerca de los cambios físicos que sufre su hijo, aunque se equivoquen y se vean obligados a pedir disculpas.
- Una vez confirmado el problema, los padres tienen que solicitar ayuda profesional de inmediato.
- En caso de que los padres no consigan que el joven acuda a tratamiento, los padres deberán hacerlo.

### **Las drogas más populares y sus efectos.**

#### **Drogas lícitas: alcohol y nicotina.**

Actualmente vivimos en un ambiente donde las drogas lícitas -café, cigarro y alcohol- están en todas partes y al alcance de cualquiera. A través de la educación, la convivencia con otros jóvenes y los medios de comunicación, se incita al consumo de drogas. La amistad se da alrededor de una taza de café, de un cigarro, de una copa de vino. Hoy día es natural que las mujeres comiencen a fumar en grupo y que los muchachos se alcoholicen. Estas drogas -cafeína, nicotina, alcohol- facilitan la socialización; este factor es decisivo porque los jóvenes tienden a agruparse, a buscar compañía, a flirtear... Consideran que el buen resultado de estas acciones proviene, en buena medida, de las drogas; por eso comienzan a usarlas. Desgraciadamente, un adolescente pierde con facilidad el control sobre las drogas, y más aún si se halla en medio de una crisis familiar.

#### **Mariguana.**

La mariguana es una droga alucinógena que se obtiene de una planta llamada cannabis. Según la parte de la planta que se utilice, pueden obtenerse diversas preparaciones de droga. La más común es la mariguana: se utilizan las hojas, separándolas de las semillas y los tallos. Si se emplea la resina de la planta, la preparación se conoce como *hashish*. Esta resina es de color café y comúnmente se comprime en forma de bloques

Los efectos dependen de la cantidad que se consuma, el ambiente social y la personalidad del usuario. De cualquier modo, hay dos constantes: el enrojecimiento de los ojos y el aumento de la frecuencia cardiaca. El efecto de la droga se hace sentir entre los diez y los quince minutos después de inhalar el humo. Su efecto puede durar entre dos y cuatro horas.

En pequeñas dosis, el usuario se siente estimulado: ríe y habla con facilidad. Después, puede provocar una profunda somnolencia. En una dosis mayor, aumenta la percepción de lo que está ocurriendo a su alrededor. Al mismo tiempo, tiene dificultades para caminar y pierde la capacidad de recordar sucesos recientes. Baja la temperatura del cuerpo, se siente un hambre insaciable y se provoca inflamación en las membranas mucosas o los bronquios. La mariguana exalta la fantasía, el estado de ánimo y la sensación de estar por encima de la realidad. Se pierde el sentido del espacio y parece que el tiempo transcurre lentamente. Con dosis de tres cigarrillos o más puede provocar alucinaciones muy vívidas. También pueden producirse estados de pánico, temor exagerado a la muerte y delirios de persecución.

El enrojecimiento de los ojos, los usuarios suelen disfrazarlo aplicándose gotas. Por lo tanto, hay que alertarse si entre las pertenencias de su hijo hallan gotas, *sábanas* (papeles delgados, rectangulares, para forjar cigarrillos), guarumo (hojas secas, casi pulverizadas), *cocos* (semillas), tabaco y pipas.

Su uso continuo provoca tolerancia, un hábito difícil de romper, estados crónicos de apatía y desinterés, desmotivación, descuido en la higiene personal y deterioro en las relaciones personales y sociales.

### **Cocaína.**

La cocaína es una droga estimulante que proviene de una planta llamada *coca*, de cuyas hojas se obtiene la cocaína. Comúnmente se la utiliza en forma de polvo esponjoso, blanco y sin olor. En los últimos años, desde 1995, aproximadamente, se consume quemada, en su derivado llamado *crack*. Se comercializa en astillas de color café claro o beige, o en piedras que asemejan virutas de jabón, las cuales se venden en ampollitas o pequeños frascos, en papel de aluminio u hojas dobladas.

La cocaína estimula el sistema nervioso central. Produce euforia, excitación, ansiedad, locuacidad, disminución de la fatiga, mayor capacidad de trabajo y sensación de mayor fortaleza física. Las pupilas se dilatan; aumentan la presión de la sangre y el ritmo de respiración.

El uso eventual de la cocaína puede provocar constipación o catarro, mientras que el uso prolongado de la cocaína desencadena la rápida pérdida de peso, debilidad física, extrema palidez, mareos, vómitos y gran excitabilidad.

La cocaína produce dependencia rápidamente: la sensación de que no se puede funcionar sin la droga. Además, la tolerancia se desarrolla con igual rapidez, lo cual puede provocar una sobredosis o una intoxicación aguda. Al dejarla, el farmacodependiente puede sentirse deprimido y sufrir alucinaciones.

Con el consumo de la cocaína el usuario empieza a tener una enorme necesidad de obtener dinero a como dé lugar. Entre sus ropas pueden encontrarse probetas, jeringas y pequeños papeles -llamados grapas- que contienen el polvo.

### **Inhalantes.**

Los inhalantes son depresores del sistema nervioso. Los más comunes son el pegamento -*cemento o chemo-*, *activo*, gasolina, líquido de encendedores, thinner, éter, cloroformo y acetona. Todos estos productos son o contienen sustancias volátiles; por eso se consumen inhalándolas.

Los efectos inmediatos de los inhalantes incluyen náusea, estornudo, tos, sangrado nasal, fatiga, falta de coordinación y pérdida de apetito. Los solventes también pueden disminuir la frecuencia cardíaca y de la respiración, además de impedir formular juicios claros.

El usar grandes cantidades durante breves lapsos puede causar desorientación, comportamiento violento, inconsciencia o muerte. Altas concentraciones de inhalantes pueden provocar sofocación al desplazar el oxígeno en los pulmones o al deprimir el sistema nervioso central al grado de suprimir la respiración.

Los efectos aparecen rápidamente y duran alrededor de media hora. El joven que está drogándose con inhalantes se delata por el olor, principalmente; pero también pueden observarse los ojos llorosos, dificultad para hablar y caminar, pérdida de las inhibiciones, agresividad y prepotencia.

Con frecuencia pueden verse restos de pegamento en la ropa o en el rostro. Entre sus pertenencias se encuentran estopas, bolsas de plástico con diversas sustancias volátiles o envases de refrescos donde compran pequeñas porciones de solventes o thinner. Por regla general, son consumidas por niños y jóvenes -entre los 6 y 14 años de edad-, de clase baja para inhibir el apetito. Sin embargo, la clase media y alta también las consume para satisfacer su curiosidad, divertirse o como resultado de un padecimiento mental.

Los inhalantes son de las drogas más destructivas porque desencadenan una marcada dependencia y gran tolerancia.

Existen otras drogas como las anfetaminas que son estimulantes del sistema nervioso central y se utilizan para adelgazar, reducir el cansancio y aumentar el rendimiento físico; los tranquilizantes, muy recetados para combatir el estrés, la ansiedad y como auxiliares para conciliar el sueño y otras, aquí solo se han mencionado las más comunes.

### **Bibliografía.**

- Hernández, A. (1997). *Mi hijo se droga. ¿Qué hago?* México: Sansores & Aljure.
- Centros de Integración Juvenil (2000). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia.* México.

## **ALCOHOLISMO.**

El alcohol es la droga que ocupa el primer lugar de consumo entre los jóvenes y la población en general, por lo que es importante conocer qué es y de qué forma se puede enfrentar un problema de abuso de alcohol

Así tenemos que el alcoholismo es un desorden de la conducta, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas y que interfiere con la salud del bebedor, en sus relaciones interpersonales (familia, amigos y pareja) y/o con sus capacidades para el trabajo o la escuela.

El alcohol es una sustancia que deprime el sistema nervioso central, reduciendo de esta manera la ansiedad, la tensión y las inhibiciones. En cantidades moderadas produce en la persona que bebe una sensación de relajamiento y confianza, la vuelve más sociable y con disposición de hablar. Se dilatan los vasos sanguíneos pequeños, particularmente los de la piel, provocando rubor corporal y una sensación de calor. Al aumentar la cantidad de alcohol,

se pierde progresivamente la capacidad de concentración y juicio, y las reacciones del cuerpo se vuelven más lentas.

Con altos niveles de alcohol en la sangre la persona puede comportarse violenta o agresivamente, se entorpece el habla, hay lentitud de reflejos, pierde la capacidad de concentrarse en un tema, el individuo se vuelve inestable, camina con inseguridad, puede experimentar visión doble y pérdida del equilibrio, hay alteraciones en la percepción: se escuchan voces y ven cosas y personas que no están ahí, se puede perder el conocimiento y estar en peligro de morir ahogado por el vómito o por dejar de respirar.

A largo plazo las personas que beben en exceso desarrollan enfermedades hepáticas, entre ellas hepatitis alcohólica, cirrosis, cáncer de hígado o tejido adiposo en el hígado (exceso de depósitos de grasa que pueden provocar cirrosis). Otras posibles consecuencias consisten en enfermedades coronarias, hipertensión e infartos, alteraciones en pulmones, músculos, sangre, páncreas, etc. También suele haber pérdida del apetito, deficiencias vitamínicas, inflamación del estómago (gastritis) y úlceras pépticas. Los alcohólicos presentan un riesgo superior al promedio de desarrollar demencia (deterioro mental irreversible).

El alcoholismo es una enfermedad crónica, caracterizada por una conducta anormal de búsqueda de alcohol y que siempre lleva a la pérdida del control en la forma de beber. Tiene severos efectos en la salud, así como a nivel familiar y social.

Los signos que indican que el consumo de alcohol está fuera de control incluyen uno o varios de los siguientes síntomas:

- Cuando se es incapaz de controlar la bebida; es decir, que a pesar de que se haga el propósito de beber moderadamente, siempre termina en estado de ebriedad.
- Cambios en el patrón de beber (por ejemplo beber temprano por la mañana o cambiar de bebida, de cerveza a vodka).
- Cambios en los hábitos de bebida (como beber solo o tomar un trago antes de alguna cita o entrevista), se utiliza el alcohol como medio para escapar o solucionar problemas que requieren pensarse; aquellos que ameritan reflexión y capacidad para tomar decisiones.
- Cambios de personalidad.
- Descuido en su apariencia personal.
- Mala alimentación.
- Comportamiento furtivo.
- Aumento en la frecuencia o duración de los estados de intoxicación con lagunas mentales sobre lo que ocurrió durante uno de estos episodios.
- Tolerancia al alcohol.
- Bloqueos o lagunas mentales, no pueden recordar lo que hicieron.
- Tienen problemas en el trabajo, la escuela y en sus relaciones sociales.

Los síntomas físicos pueden incluir náuseas, vómito o temblores por la mañana, dolor abdominal, calambres, debilidad de brazos y piernas, rubor y vasodilatación de la cara, inestabilidad, memoria pobre e incontinencia.

Es importante recordar que si se suspende la ingestión excesiva de alcohol en forma repentina, puede experimentarse *delirium tremens* (temblores severos, alucinaciones y, en ocasiones, convulsiones fatales), que comienza a los dos o cuatro días de abstinencia y que dura hasta tres días.

El alcohólico puede tener un comportamiento altamente agresivo y nulas posibilidades de razonar. Incluso, en su pérdida de control, existe el riesgo de que llegue a golpear a su familia o reñir ferozmente con alguien. Ante una situación así lo que se debe hacer es:

- No fomentar a que siga bebiendo alcohol (no prepararles el desayuno para la cruda).
- Hacerles responsables de sus actos (no pagar los daños que lleguen a realizar).
- Establecer acuerdos y negociaciones (el que maneja no toma).
- No encubrir el problema, ni negarlo.
- Buscar ayuda para el alcohólico y la familia.

Si la persona lleva tiempo consumiendo alcohol, pero aún no cree tener un problema, trate de hacerle ver las actividades que ha dejado de hacer por consumirlo y otras repercusiones que están afectando su vida. Asegúrese de que esté enterado de los daños físicos y psicológicos que representan las drogas que utiliza. Mantenga una posición clara y firme en contra de su consumo y proporciónale argumentos lógicos que refuercen su punto de vista. Hágale saber su apoyo y ofrézcale información sobre las posibilidades que tiene para tratarse.

¿Por qué se dice que la familia del alcohólico necesita tanta ayuda como el mismo?

Queriéndolo o no, el disimular el alcoholismo del cónyuge o progenitor acaba obligando a la familia a hacerse cómplice del escapismo y de los engaños que caracterizan al alcohólico, por ejemplo, "a veces mi esposo bebe demasiado y se pone agresivo, pero eso le ayuda a descargar tensiones del trabajo", esto es seguirle el juego al alcohólico, por esto es necesario que los familiares acudan a un grupo de ayuda mutua, para familiares de personas alcohólicas.

### **Bibliografía**

- Hernández, A. (1997). *Mi hijo se droga. ¿Qué hago?* México: Sansores & Aljure.
- Centros de Integración Juvenil (2000). *Drogas: las 100 preguntas más frecuentes.* México.

### **Menopausia y climaterio.**

La esperanza de vida ha aumentado desde la aparición del hombre en la tierra, hasta nuestros días, actualmente es de mas de 70 años en países en vías de desarrollo. Junto con este aumento han surgido enfermedades crónico degenerativas que no se presentaban antes. El tiempo que se vive actualmente da la oportunidad a las mujeres de que sus ovocitos se agoten y por lo tanto presente los síntomas del climaterio y la menopausia.

Alcanzar esta etapa de la vida conlleva morbilidad que inicialmente afecta la esfera personal y social, debido a los síntomas tempranos como los bochornos y la labilidad emocional. Posteriormente y conforme progresa el síndrome, se manifiestan las consecuencias tardías de la falta de estrógeno, que pueden tener repercusiones en los ámbitos personal, familiar, social y económico.

A nivel personal, la incapacidad provocada por problemas vasculares o por fracturas ocasiona la sensación de minusvalía. A nivel familiar, atender a personas que no pueden bastarse a sí mismas suele crear problemas. A nivel social, disminuye la capacidad productiva. A nivel económico, deben cubrirse los gastos del tratamiento y en ocasiones son muy elevados. Es por ello que ha surgido un interés muy grande en esta etapa de la vida de la mujer y se ha comenzado a estudiar más profundamente.

El climaterio es un proceso de senescencia gonadal singular en la mujer, que no existe en ninguna otra hembra de ninguna especie. Desde el punto de vista evolutivo, se ha atribuido a una necesidad adaptativa por la larga y estrecha dependencia de los hijos con la madre, fenómeno único en el ser humano. Esta suspensión de la fertilidad puede considerarse como un altruismo necesario para la descendencia y, ofrece la ventaja de evitar responsabilidades de cuidado materno a mujeres mayores de edad (Carranza, 1999).

La ausencia de hormonas ováricas ocasiona la suspensión de la menstruación. La amenorrea puede estar precedida por irregularidades menstruales como ocurren al inicio de la época fértil. En México son insuficientes los estudios sobre la edad a la que comienza etapa, y en general para todos los países la edad es diferente, pero es posible que se presente alrededor de los 45 años.

El término climaterio se utiliza para referirse a los cambios biológicos y psicológicos asociados con la menopausia y para evitar confusiones con la menopausia se considera al climaterio como una etapa permanente de la vida de la mujer que inicia con la menopausia (cese de la menstruación).

Algunos factores que pueden afectar la edad de inicio de la menopausia son el tabaquismo (que la adelanta hasta en 2 años), la lactancia prolongada y varios embarazos pueden atrasar la menopausia.

Después de los 50 años de edad, las mujeres sufren cambios provocados por tres procesos difíciles de separar: 1) la pérdida de los esteroides ováricos, que tiene efectos importantes fuera de la esfera reproductiva; 2) la senectud, que empieza a manifestarse paulatinamente y 3) el efecto acumulativo de la morbilidad de las enfermedades crónicas (degenerativas, metabólicas y tumorales). Desde el punto de vista epidemiológico deben considerarse los síntomas físicos y psicológicos relacionados con la menopausia, el riesgo de padecer osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas.

### **Síntomas físicos y psicológicos.**

Usualmente esta clase de síntomas no ponen en peligro la vida de la mujer, y por ello suelen ser mal atendidos por la familia y el médico, la mayoría de ellos no provienen de la deficiencia hormonal, sino de factores biológicos, psicológicos, así como del marco cultural en que se desenvuelve la persona.

De los síntomas frecuentes, sólo los bochornos y, en menor grado, la pérdida del interés sexual, se vinculan claramente con la pérdida de estrógenos. La mayoría de ellos son más comunes durante la menopausia y algunos como la depresión y el síndrome del nido vacío aumentan al instalarse la menopausia.

### **Riesgo cardiovascular.**

Las mujeres tienen un riesgo cardiovascular menor al del varón, después de la menopausia aumentan los eventos cardiovasculares en la mujer porque esta protección en el sistema cardiovascular se debe a los estrógenos, después de la menopausia hay mayor riesgo de hipertensión, enfermedades cardíacas, exceso de colesterol en la sangre y diabetes.

### **Osteoporosis.**

La pérdida ósea es un problema epidemiológico relacionado con la privación de estrógenos en la menopausia. Su importancia radica en la alta mortalidad vinculada con la fractura de huesos como el fémur o columna vertebral.

La masa ósea máxima se alcanza cerca de los 35 años de edad y después se inicia una pérdida lenta. Dicha pérdida se relaciona con la pérdida de estrógenos. La adquisición de la masa ósea máxima y la pérdida posterior también dependen de factores raciales y genéticos, de otras hormonas, de factores nutricionales y del estilo de vida.

De los factores relacionados con el estilo de vida, la actividad física es el más importante para la masa ósea, especialmente si gracias a esto no se padece de sobrepeso.

### **Bibliografía.**

- Carranza, L. S. (1999). Atención integral del climaterio. México: McGraw-Hill.

**ANEXO 3. Cartas descriptivas.**  
**Taller interactivo de Orientación a la Comunidad de San Antonio Tecomitl.**

**SESIÓN 1**

<b>Fecha:</b> .16 de agosto	<b>Tema:</b> INTRODUCCIÓN. 1.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez	<b>Duración:</b> Una sesión, dos horas.
<b>Objetivos:</b>	I. Conocer las necesidades e inquietudes de los asistentes a esta sesión.
<b>Material:</b>	Cuestionario de evaluación Diagnóstica HDL, lápices, gomas

Actividad	Descripción de la actividad	Observaciones
<p>Bienvenida y presentación de las facilitadoras</p> <p>Exposición oral sobre los objetivos de la reunión.</p>	<p>A esta primera sesión asisten 10 personas, todas mujeres. Se dan los buenos días a todas las participantes y las alumnas de la facultad de psicología acompañadas del supervisor se presentan con las asistentes.</p> <p>Se les explica que se pretende formar un grupo en la comunidad para proporcionar información y herramientas que puedan ayudarles a mejorar sus relaciones interpersonales, incrementar su bienestar, desarrollar habilidades que sientan que les hacen falta o conocer a sus vecinos y compartir un poco de tiempo con ellos,</p> <p>Se les pide que para iniciar respondan un cuestionario. A las que no saben leer se les asiste leyéndoles las preguntas.</p> <p>Se les invitó a acudir a la segunda sesión de este grupo que se denominaría "El Calvario" por que el lugar de reunión es una casa ubicada en la calle El Calvario. Se les invitó a asistir para formar tal grupo y decidir los temas a tratar.</p>	<p>En el grupo asistente hay personas que no saben leer ni escribir por lo que esta tarea del cuestionario les resulta muy difícil.</p>

## SESIÓN 2

<b>Fecha:</b> 23 de agosto.	<b>Tema:</b> INTRODUCCIÓN. 2.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez	<b>Duración:</b> Una sesión, dos horas.
<b>Objetivos:</b>	I. Conocer las necesidades e inquietudes de los asistentes a esta sesión.
<b>Material:</b>	Hojas blancas.

Actividad	Descripción de la actividad	Observaciones
Bienvenida y presentación de las asistentes.	Iniciamos con la presentación formal de cada asistente, ya que aunque todas conocían a la líder comunitaria, no todas se conocían entre ellas. Mencionaron su nombre, edad, estado civil, número de hijos y edades, su dirección o señales de su casa, ocupación, pasatiempos, las cosas que les agradaban y las que no, sus temas de interés, su expectativa respecto al grupo y respecto a nosotras como facilitadoras, se comprometieron a asistir y a colaborar activamente.	A esta sesión asistieron 7 mujeres, quienes asistieron de forma regular a todas las sesiones.  A las otras tres participantes que habían acudido a la sesión uno se les visitó en una ocasión, afirmaron que si tenían tiempo irían en una sesión posterior. Además, se les enviaron los trípticos de resumen con sus vecinas, una de ellas acudió en una ocasión pero no regresó.
Técnica para romper el hielo.	Durante ésta primera sesión se realizó un juego en el que cada una tenía que decir su nombre y lo que les gustaba hacer para entretenerse, la siguiente tenía que decir lo mismo respecto a ella y repetir lo que su compañera había dicho, la tercera decía lo mismo y repetía lo de las otras dos, etc. todo esto con el fin de romper el hielo y que las participantes se conocieran mejor.	
Interrogación directa para conocer las inquietudes de cada una	Respecto a sus expectativas, dijeron que esperaban un grupo donde se sintieran en confianza para aclarar sus dudas, hablar sobre sus problemas, aprender a cuidarse y cuidar a sus familias además, esperaban ser escuchadas y obtener un conocimiento útil para ellas.	
Encuadre del grupo.	Se estableció que el grupo se reuniría todos los miércoles en la misma casa, ubicada en la esquina de Av. Hidalgo y callejón El calvario, de las 10 a las 12 hrs. y en caso de que hubiera algún cambio se les avisaría a través de la líder comunitaria, del mismo modo, si ellas no pudieran asistir nos avisarían por la misma vía.	

**SESIÓN 3.**

<b>Fecha:</b> 30 de agosto de 2000.	<b>Tema:</b> Comunicación. Primera sesión.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez	<b>Duración:</b> Dos sesiones, cuatro horas.
<b>Objetivos:</b>	I. Que las participantes expliquen la importancia de la comunicación. II. Que las participantes distingan las diferentes formas de comunicarse.
<b>Material:</b>	Hojas de rotafolio, plumones, tachuelas, hojas blancas, dibujos.
<b>Técnicas utilizadas</b>	Discusión grupal, lluvia de ideas, ejercicios de tono de voz y postura corporal, exposición oral.

Actividad	Descripción de la actividad	Evaluación	Observaciones
Bienvenida	Se dan los buenos días a todas las participantes y se les preguntará si podemos iniciar la sesión.	1 se cumplió el objetivo 2 no se cumplió el objetivo. 1/2 parcialmente cumplido	La mayoría de las participantes no se conocen muy bien y conviven poco, una de las participantes tiene un esposo que consume alcohol en exceso y ha perdido su trabajo. Se le sugiere ir al Centro de salud, pero afirma no querer hacer nada ahora porque se siente mal.  La P5, afirma ser muy lenta y contesta que "no sirve para esto", dice algunas cosas, pero luego se autodescarta y renuncia.
Ejercicio de introducción (la historia)	Se darán las instrucciones generales y enseguida se leerá una historia, posteriormente se harán preguntas a las participantes sobre la misma y para concluir se llevará a cabo una discusión.	Objetivos	
		P1	
		P2	
		P3	
		P4	
		P5	
		P6	
		P7	
		P8	
Exposición de información.	Una vez que se haya establecido la temática a tratar en ese día se darán los conceptos más importantes. Comunicación, comunicación familiar, importancia de la comunicación, problemas en la comunicación.		
Ejercicio de integración grupal.	Para concluir esta parte de exposición se llevará a cabo un ejercicio y se harán comentarios.	La mayoría puede hacer un resumen de lo visto y explican porque es importante aprender a comunicarse adecuadamente.	
Ejercicios de comunicación.	Para resaltar la importancia de la comunicación y lograr una comprensión más profunda de ésta, se cerrará la sesión con ejercicios de comunicación: hacer preguntas, dar respuestas adecuadas, al final se harán algunas observaciones para propiciar la discusión final.	En general mostraron interés por el tema y dijeron que todo estaba claro.	

## SESIÓN 4

<b>Fecha:</b> 06 de septiembre de 2000.		<b>Tema:</b> Comunicación. Segunda sesión.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez		<b>Duración:</b> Dos sesiones. Cuatro horas.
<b>Objetivos:</b>	<b>I.</b> Que las participantes identifiquen la importancia de la comunicación. <b>II.</b> Que las participantes distinguan las diferentes formas de comunicarse.	
<b>Material:</b>	Hojas de rotafolio, plumones, tachuelas, hojas blancas, dibujos.	
<b>Técnicas utilizadas</b>	Discusión grupal, lluvia de ideas, ejercicios de tono de voz y postura corporal, exposición oral.	

Actividad	Descripción de la actividad	Evaluación	Observaciones
<p>Bienvenida.</p> <p>Exposición sobre comunicación no verbal.</p> <p>Ejercicios sobre postura corporal, gesticulación, tono de voz, contacto visual y contacto físico.</p> <p>Reflexión sobre sus propios estilos de comunicación.</p>	<p>Se dan los buenos días y se pregunta si podemos comenzar.</p> <p>Continuamos con el tema tratado anteriormente, pero ahora enfocado en comunicación no verbal. Se les habla sobre la importancia de estas señales en el lenguaje, especialmente dentro de la familia.</p> <p>Se hace un ejercicio de autorreflexión. Manifestaron que cuando no estaban de acuerdo con sus parejas o familiares, no lo decían, sino sólo se enojaban sin decirles nada, y ellos al notar su molestia, se molestaban porque no entendían porque de su enojo. Esto les había sucedido varias veces en su vida, les había provocado, y les provocaba, problemas, por ello se hizo énfasis en que hay que expresar mensajes verbales y no verbales congruentes y que vayan de acuerdo con nuestro estado de ánimo.</p> <p>En estas dos sesiones se resaltó la importancia de darles a los demás mensajes claros y que en la comunicación se deben respetar los intereses de todos y nadie se debe quedar sin externar su punto de vista, además de que si algo no les gusta lo mejor era decirlo en el momento en el que sucedían las cosas, así se evitarían conflictos mayores y ellas no se sentirían insatisfechas de no haber dicho o hecho lo que en realidad deseaban.</p>	<p>Todas dijeron haber comprendido la temática tratada, participaron en los ejercicios y, en ambas sesiones dijeron que les había gustado el tema y la forma como se expuso.</p> <p>Todas proporcionaron una breve exposición sobre lo que era la comunicación y que había mensajes no solo en las palabras sino también en los gestos y en la postura.</p>	<p>La P5 participó muy activamente, le gustaron los ejercicios e incluso compartió algunos problemas que había tenido con su esposo a lo largo de su matrimonio de 30 años.</p>

## SESIONES 5 y 6

<b>Fecha:</b> 13 y 20 de septiembre de 2000.	<b>Tema:</b> Autoestima. Primera y Segunda sesión.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez	<b>Duración:</b> Cuatro sesiones, ocho horas
<b>Objetivo:</b>	Que las participantes identifiquen el concepto de autoestima y los elementos que la conforman.
<b>Material:</b>	Hojas de rotafolio, plumones, tachuelas, hojas blancas, dibujos, lápices.
<b>Técnicas utilizadas</b>	Ejercicios de relajación, discusión grupal, exposición oral, lluvia de ideas.

Actividad	Descripción de la actividad	Observaciones
<p>Bienvenida.</p> <p>Sesión 1: Exposición de información.</p> <p>Se les encarga hacer su autobiografía</p> <p>Sesión 2: juego vivencial “la hoja” Ejercicio para conocer lo que afecta la autoestima.</p> <p>Revisión de Autobiografía</p> <p>Exposición de información.</p>	<p>Se dan los buenos días y preguntamos si podemos comenzar.</p> <p>En la primera sesión se pregunta a las participantes que entienden ellas por autoestima, después de dar sus opiniones, se expone un concepto tanto de autoestima, autoconocimiento y autoaceptación.</p> <p>Se realiza un ejercicio de discusión grupal para aclarar conceptos y se empieza a trabajar autoconocimiento, para lo cual se les pide que elaboren una autobiografía que deberá estar completa la siguiente sesión.</p> <p>En la segunda sesión se realiza un ejercicio cuyo objetivo es demostrar que aunque haya dificultades la autoestima no debe afectarse por ningún evento externo ya que eso no debe afectar la buena opinión que tengan de sí mismas.</p> <p>También se revisan las autobiografías, algunas de ellas aceptan compartir sus trabajos con las demás; se da retroalimentación por los trabajos y se explica la importancia de conocer la historia de su propia vida para valorarse ellas mismas como mujeres que han tenido problemas como el maltrato infantil, pobreza, falta de oportunidades de estudiar, trabajo desde muy jóvenes, algunas vivieron o viven infidelidad marital y separaciones, cónyuge con problemas de consumo de alcohol, falta de trabajo y dinero, problemas con los hijos y diversas situaciones con las que han tenido que lidiar y que se decidieron a compartir.</p> <p>Durante estos momentos se procuró dar énfasis en que las condiciones vitales son modificables, pero en primer lugar se necesita confiar en que lo son y que se tiene la capacidad de hacerlo.</p>	<p>En la primera sesión se obtuvieron muy buenos comentarios. Las señoras expresan lo que ellas consideran que es autoestima. Se observa que, aunque están muy entusiasmadas con el tema no lo tienen claro.</p> <p>Este ejercicio funcionó bien porque se dieron cuenta de cómo cada opinión de los demás afecta la opinión de sí mismas, tal vez porque no se conocen lo suficiente y no se dan permiso de tener algunas debilidades, o les dan mas importancia de la que tienen, y no valoran del todo sus fortalezas.</p> <p>En la segunda sesión al principio no querían leer sus trabajos, pero después de que una compartió, el resto lo hizo y poco a poco se permitieron expresar sus sentimientos.</p>

## SESIONES 7 y 8

<b>Fecha:</b> 27 de septiembre y 4 de octubre de 2000.		<b>Tema:</b> Autoestima. Tercera y Cuarta sesión.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez		<b>Duración:</b> Cuatro sesiones, ocho horas
<b>Objetivo:</b>	Que las participantes identifiquen el concepto de autoestima y los elementos que la conforman.	
<b>Material:</b>	Hojas de rotafolio, Plumones, Tachuelas, Hojas blancas, Dibujos, Lápices.	
<b>Técnicas utilizadas</b>	Ejercicios de relajación, discusión grupal, exposición oral, lluvia de ideas.	

Actividad	Descripción de la actividad	Evaluación	Observaciones																		
<p>Sesión 3 Ejercicio para revalorar la autoestima Revisión de información anterior.</p> <p>Sesión 4 Dinámica de relajación.</p>	<p>En la Tercera sesión, se trabajó para que las participantes elaboraran un perfil personal, donde dijieran sus gustos, logros, metas, habilidades, valores, fortalezas y debilidades y todo lo que ellas consideraran importante sobre ellas mismas. Ésto con la finalidad de conocer los aspectos favorables y los desfavorables de su personalidad, identificarlos para poder modificarlos después, si eso quisieran hacer.</p> <p>En la cuarta sesión de autoestima se realizó una revisión de todo lo visto, los avances en cada una de ellas como les había servido o porque no había servido la información y se les invitó a hacer una recapitulación de sucesos antiguos de su vida que no se solucionaron adecuadamente. Una vez que se realizó este ejercicio de reflexión, se realizó una dinámica de relajación profunda para darles oportunidad a las participantes de descargar las emociones asociadas a los problemas que siguen afectando la autoestima personal.</p>	<p>Se cumplió el objetivo 1 No se cumplió el objetivo 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Objetivo</th> <th>I</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>P2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>P3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>P4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>P5</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>P6</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>P7</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>P8</td> <td>1/2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Participaron activamente. Y fueron capaces al final de hacer un resumen breve de lo que se había visto y de contestar lo que consideraban ahora que era la autoestima. Se calificó con 1/2 porque dos de ellas seguían diciendo que la autoestima depende de los demás.</p>	Objetivo	I	P1	1	P2	1	P3	1	P4	1	P5	1/2	P6	1/2	P7	1	P8	1/2	<p>A partir de la octava sesión (ultima de autoestima) se incorpora la P8, enviada por el psicólogo del Centro de Salud, se integró bien al grupo y participa activamente.</p> <p>En la tercera sesión el reconocimiento de las situaciones donde ven afectada su autoestima las hizo afirmar que querían cambiar algunas cosas en su vida.</p> <p>En la cuarta sesión se obtuvo muy buenos comentarios y descubrieron asuntos que todavía les duelen y que necesitan trabajar más profundamente. Todas se dijeron muy contentas con el manejo de la información.</p>
		Objetivo	I																		
		P1	1																		
		P2	1																		
		P3	1																		
		P4	1																		
		P5	1/2																		
		P6	1/2																		
		P7	1																		
		P8	1/2																		

## SESIÓN 9

<b>Fecha:</b> 18 de octubre de 2000.		<b>Tema:</b> Adolescencia. Primera sesión.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez		<b>Duración:</b> Una sesión. Dos horas.
<b>Objetivo:</b>	<b>I.</b> Que las participantes identifiquen las características físicas de la adolescencia. <b>II.</b> Que las participantes conozcan la importancia de la búsqueda de identidad en el adolescente.	
<b>Material:</b>	Hojas de rotafolio, Plumones, Tachuelas, Hojas blancas, lápices.	
<b>Técnicas utilizadas</b>	Discusión grupal, exposición oral, lluvia de ideas.	

Actividad	Descripción de la actividad	Evaluación			Observaciones
Bienvenida  Ejercicio de reflexión sobre la adolescencia.  Exposición de información.  Ejercicio de reflexión sobre la propia adolescencia.  Exposición de información en discusión grupal.	Se dan los buenos días a todas las participantes, se les preguntó si podemos iniciar la sesión.	Se cumplió el objetivo 1 No se cumplió el objetivo 2			La temática tratada hizo que emergieran los problemas que las señoras han tenido con sus hijos.  Surgieron preguntas sobre cómo controlar el comportamiento de sus hijos adolescentes y cómo pueden saber que sus hijos consumen drogas, por lo que se decidió extender este tema y tratar el problema de las drogas.
	Se pregunta a las participantes qué piensan ellas sobre lo que es un adolescente y qué es lo que quieren los chicos.	Objetivos	I	II	
		P1	1	1	
		P2	1	1	
		P3	-	-	
		P4	1	1	
		P5	1	1	
		P6	-	-	
		P7	1	1	
		P8	1	1	
	Se realizó un ejercicio con la pregunta ¿qué cosas que sucedieron en mi adolescencia fueron trascendentales en mi vida? para que ellas recordaran su adolescencia, lo que ellas pensaban de sus padres, como eran sus amigos, que cosas habían hecho y como se habían sentido. Todo esto para que identificaran los que fueron decisivos en la conformación de su propia identidad.	Al final todas dijeron que la adolescencia es una etapa de la vida y que iban a preocuparse por conocer más a sus hijos.			
	Se habla sobre la supervisión que debían hacer a sus hijos, contestar sus dudas con franqueza y aprender a negociar con ellos, tal como a ellas les hubiera gustado ser tratadas cuando fueron adolescentes. Ésto con el fin de que las participantes fueran más empáticas al tratar con sus hijos adolescentes y acercarse más a ellos.				

## SESIÓN 10

<b>Fecha:</b> 25 de octubre de 2000.		<b>Tema:</b> Adolescencia y drogadicción.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez		<b>Duración:</b> Una sesión. Dos horas.
<b>Objetivo:</b>	<b>I.</b> Que las participantes identifiquen los factores de riesgo para el adolescente. <b>II.</b> Que las participantes expliquen que puede hacer ante una situación de consumo de sustancias.	
<b>Material:</b>	Hojas de rotafolio, plumones, tachuelas, hojas blancas, lápices.	
<b>Técnicas utilizadas</b>	Discusión grupal, exposición oral, lluvia de ideas.	

Actividad	Descripción de la actividad	Evaluación			Observaciones
Bienvvenida	Se dan los buenos días a todas las participantes y se les preguntará si podemos iniciar la sesión.	Se cumplió el objetivo 1 No se cumplió el objetivo 2			El ejercicio tuvo muy buenos resultados ya que todas compartieron una o varias experiencias de su adolescencia y expresaron lo que recordaban sobre sus emociones y sentimientos y como les hubiera gustado ser tratadas.  Durante las sesiones la participación fue muy buena y surgió el interés por tratar de comprender y apoyar a sus hijos y nietos adolescentes.
Discusión grupal.	En esta sesión se hace un breve resumen de la información dada en la primera sesión de adolescencia a través de una discusión grupal.  Se les pregunta qué drogas son las más comunes y qué es lo que ellas harían ante un problema de abuso de sustancias.  A continuación brevemente se expone información sobre las drogas más comunes alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes; sus efectos a corto y largo plazo.  Además, se mencionaran algunos comportamientos que les pueden ayudar a identificar si sus hijos están involucrados en drogas o pandillas y, de ser así se mencionaron alternativas de acción como ir al Centro de Salud.	Objetivos	I	II	
		P1	1	1	
		P2	1	1	
		P3	1	1	
		P4	1	1	
		P5	1	1	
		P6	1	1	
		P7	1	1	
Exposición de información.		P8	1	1	
		Todas fueron capaces de mencionar al menos una causa de que los adolescentes consuman sustancias, cómo pueden detectarlo y mencionaron a donde acudir si esto ocurre.			

## SESIÓN 11

<b>Fecha:</b> 08 de noviembre de 2000.		<b>Tema:</b> Alcoholismo.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez		<b>Duración:</b> Una sesión, dos horas.
<b>Objetivos:</b>	<b>I.</b> Que las participantes identifiquen los síntomas de la enfermedad del alcoholismo <b>II</b> Que las participantes manejen información sobre los problemas que puede ocasionar el alcoholismo dentro de la familia.	
<b>Material:</b>	Hojas blancas, plumones, lápices.	
<b>Técnicas utilizadas</b>	Discusión grupal, exposición oral, lluvia de ideas.	

Actividad	Descripción de la actividad	Evaluación			Observaciones
Bienvenida	Se dan los buenos días a todas las participantes y se les preguntará si podemos iniciar la sesión.	Se cumplió el objetivo 1 No se cumplió el objetivo 2			Las señoras mostraron interés en que se les diera esta plática, especialmente dos de ellas que viven muy cercanamente este problema en sus familias. Sin embargo, aunque no lo vivan en sus casas, todas han tenido o tienen algún conocido que tuvo o tiene este problema.
Ejercicio	Se hace la pregunta a todas las participantes sobre lo que creen ellas que es el alcoholismo, sus síntomas y los problemas que ocasiona en la familia.	Objetivos	I	II	
Lluvia de ideas		P1	1	1/2	
		P2	1	1	
		P3	-	-	
Exposición de la información.		P4	-	-	
		P5	1/2	2	
		P6	1	1	
		P7	1	1/2	
		P8	1	1	
Se retoman las opiniones de las participantes sobre cada uno de los objetivos.	Se les habla de las causas orgánicas y emocionales de esta enfermedad, de su proceso y grados de avance; posteriormente se les habla sobre la desintegración familiar, de cómo se pueden manejar las emociones negativas asociadas a esta enfermedad como la culpa, la agresión y el miedo y del daño orgánico que experimenta la persona alcohólica.  Finalmente se les proporciona a las participantes información sobre soluciones posibles a este problema y de las instituciones a las que pueden acudir, entre las que se enumeran la solicitud de apoyo al centro de salud.	La mayoría fue capaz de decir como identificar a la persona alcohólica, pero a algunas no les pareció que el alcoholismo fuera un problema para la familia.			

## SESIÓN 12

<b>Fecha:</b> 15 de noviembre de 2000.		<b>Tema:</b> Menopausia y climaterio.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez		<b>Duración:</b> Una sesión, dos horas.
<b>Objetivos:</b>	<b>I.</b> Que las participantes identifiquen las características de la menopausia y el climaterio. <b>II.</b> Que las participantes dispongan información sobre los trastornos más comunes de la menopausia y de las enfermedades que se asocian a este periodo de la vida.	
<b>Material:</b>	Hojas blancas, plumones.	
<b>Técnicas utilizadas</b>	Discusión grupal, exposición oral, lluvia de ideas, ejercicios de calentamiento ligeros.	

Actividad	Descripción de la actividad	Evaluación	Observaciones
Bienvenida	Se dan los buenos días a todas las participantes y se les preguntará si podemos iniciar la sesión.	Se cumplió el objetivo 1 No se cumplió 2	Las señoras que manifestaron más interés en esta sesión fueron las de mayor edad, ya que muchas de ellas ya están experimentando la sintomatología de la menopausia y les preocupa su bienestar físico y psicológico.  Con sus dudas y comentarios pudimos enriquecer la plática y aclarar muchas de sus dudas, además de eliminar algunos mitos asociados con la menopausia.  Al final se les preguntó que aplicación harán de esta información, las que ya estaban en esa etapa dijeron que comprendían porque era importante realizarse estudios como papanicolau, mastografía, densitometría ósea, etc., y que procurarían hacerlo al menos una vez al año, las demás, también dijeron comprender porqué de la importancia de la prevención y de realizarse sus estudios regulares.
Ejercicio de introducción	Para dar la bienvenida se realizara un ejercicio de integración y coordinación por el frío y para fomentar un poco el ejercicio.	Objetivos	
		I	
		II	
		P1	
		P2	
		P3	
		P4	
		P5	
		P6	
		P7	
		P8	
Discusión grupal.	Discusión para saber qué saben ellas sobre la menopausia, porqué ocurre, qué hacer y qué no si ya están en ella.		
Exposición de información.	<p>Se les habla sobre el funcionamiento hormonal de la mujer y de los cambios que ocurren en ellas durante el climaterio y la menopausia.</p> <p>Posteriormente se toca el tema de los cambios físicos asociados a éste periodo de la vida.</p> <p>Se les habla sobre las enfermedades que pueden presentarse en este momento de la vida como la osteoporosis, las alteraciones cardiovasculares, cáncer; además se tocan aspectos psicológicos y actividad sexual. S les pregunta constantemente sus inquietudes, dudas y comentarios para aclararlos en el transcurso de la plática.</p>	<p>La P5 ha manifestado en varias ocasiones que ella no sabe de qué se habla, pero hace preguntas y manifiesta interés por los temas y a veces puede hacer un resumen de lo expuesto, pero hay que aclarar conceptos con ella.</p>	

**SESION 13**

<b>Fecha:</b> 22 de noviembre de 2000.		<b>Tema:</b> Cierre.
<b>Facilitadoras:</b> Anabell Miranda y Fabiola Ramírez		<b>Duración:</b> Una sesión, dos horas.
<b>Objetivos:</b>	I. Realizar una evaluación del taller	
<b>Material:</b>	Hojas blancas, plumones, cuestionarios.	

Actividad	Descripción de la actividad	Observaciones
<p><b>Bienvenida</b></p> <p>Exposición sobre los objetivos de la reunión.</p>	<p>A esta última sesión asisten las siete participantes originales. Se dan los buenos días a todas las participantes y se hace una recopilación de los temas expuestos.</p> <p>Se realiza una discusión grupal sobre lo que ellas consideraban que habían obtenido al participar en este taller, si consideraban que la información recibida resultaría de utilidad en sus vidas y si les había ayudado en algún área de su vida para mejorar o resolver algún problema.</p> <p>Se pide que todas expongan su opinión.</p>	<p>Todas externan su opinión y dicen cosas positivas, agradecen la información y que se hayan desarrollado técnicas como la relajación y piden que se haga de nuevo este día de cierre.</p> <p>Los cuestionarios se elaboraron para contar con una medida objetiva que pudiera expresarse en gráficos, pero como hay personas que no saben leer y escribir, esta información puede no ser tan exacta como se esperaría; sin embargo, los comentarios hacen alusión a una gran satisfacción y que si mejoraron algunas situaciones de sus vidas.</p>

Se les invita a participar en este taller, el cual se celebra los miércoles de 10:00 a 12:00 hrs.

**Anexo 4.  
Trípticos de resumen.**

TALLER INFORMATIVO  
DE  
ORIENTACIÓN  
A LA COMUNIDAD DE  
SAN ANTONIO  
TECÓMITL

¡ LOS ESPERAMOS !

Atte.  
UNAM  
PEPS



CENTRO DE SALUD

Psic. Anabell Miranda  
Psic. Fabiola Ramírez

COMUNICACIÓN

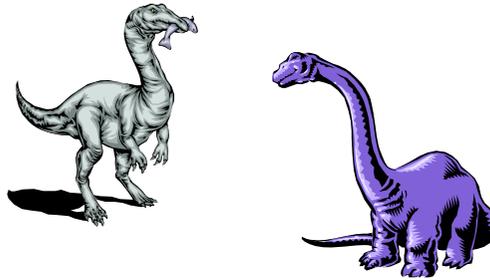
## COMUNICACIÓN.

**L**a diferencia más importante entre el hombre y las demás especies es el lenguaje.

El lenguaje ha permitido que la humanidad aumente sus conocimientos acerca del mundo que le rodea y obtenga beneficios de estos conocimientos.

Por comunicación se entiende cualquier comportamiento que lleva consigo un mensaje que es percibido por otra persona. El mensaje puede ser o no conciente, puede o no tener una intención y la interpretación puede ser exacta o distorsionada pero una vez que ha sido recibido por alguien ha sido **COMUNICADO**. Cada persona posee un sentir individual, es decir que cada uno de nosotros vive diferente cada situación y la interpreta de acuerdo a su

experiencia de vida, educación, religión, valores, familia, etc.



La vida diaria puede tornarse desagradable por las interacciones destructivas. Para mejorar nuestra comunicación vale la pena aprender:

- 1) A tolerar a las personas que no piensan igual que nosotros.
- 2) A manejar las emociones y no permitir que lo que las personas nos dicen (o el modo como lo dicen) nos provoquen.
- 3) A definir lo que es importante e insistir en ello y pasar por alto lo que no tiene importancia.

- 4) A tratar de la comunicación sea lo más positiva posible.
- 5) A reconocer que los miembros de nuestra familia no adivinan nuestro pensamiento.
- 6) A manifestar abiertamente nuestros sentimientos.
- 7) A no adivinar el pensamiento del otro.
- 8) A no interrumpir
- 9) A no intimidar o amenazar.
- 10) A perdonar las cosas que el otro no puede controlar.
- 11) A no humillar, ni insultar, echar en cara o ser sarcástico.
- 12) A no enloquecer al otro diciendo que todo esta en su imaginación.
- 13) A no tratar de que el otro se sienta culpable.
- 14) A no aplicar la "ley del hielo"
- 15) A no emplear excusas ni dejar que los demás lo hagan.
- 16) A ESCUCHAR.

Se les invita a participar en este taller, el cual se celebra los miércoles de 10:00 a 12:00 hrs.

¡ LOS ESPERAMOS !

Atte.

UNAM  
PEPS

CENTRO DE SALUD

Psic. Anabell Miranda  
Psic. Fabiola Ramírez

TALLER INFORMATIVO  
DE  
ORIENTACIÓN  
A LA COMUNIDAD DE  
SAN ANTONIO  
TECÓMITL



COMUNICACIÓN NO  
VERBAL

## COMUNICACIÓN NO VERBAL

La mayoría de nuestras interacciones se realizan sin muchas palabras, por lo que las conductas no verbales deben ser **CONGRUENTES** con los mensajes que tratamos de emitir.

La comunicación no verbal se da a través de:

**Contacto visual:** mirar a los ojos y no evadir la mirada, de tal modo que este contacto sea cómodo para nosotros. A las personas que establecen un pobre contacto visual se les percibe como nerviosas e inseguras de sí mismas, lo que en consecuencia puede incitar a otras personas a sacar ventaja de ellas.

**Expresión y postura corporal:** debe corresponder con los sentimientos y mensajes que tratamos de comunicar. Se deben evitar

posturas como retorcerse las manos, cubrirse la boca con la mano, hacer gestos nerviosos, adoptar posturas rígidas, etc.

**Tono de voz:** debemos poner atención a lo que decimos y más aún a cómo lo decimos. Se debe evitar un volumen muy bajo, balbucear, usar demasiadas pausas para toser. Se recomienda usar tono, volumen e inflexión moderado y adecuado a la situación.

**Saludo de mano:** se debe practicar un saludo de mano firme y evitar el saludo que exprime la mano o el saludo donde la mano se resbala tímidamente de la otra mano.

**Contacto físico:** es importante el contacto físico en especial en la familia pues es el gesto más positivo que una persona puede recibir o dar, por ejemplo tocar a alguien del brazo o del hombro,

sentirse cómodo dando un abrazo afectuoso a un amigo, a un hijo, a la pareja, etc.

**Espacio corporal:** especialmente al entablar una conversación debemos establecer una distancia cómoda de la otra persona. Para ciertas personas esta distancia es más corta que para otras, sin embargo debemos considerar que el estar muy alejado provoca distracciones en ambas personas y el estar muy cerca provoca incomodidad y deseo de terminar inmediatamente la conversación.

**Tarea:**  
Experimentar con la conducta no verbal ¿mejora mi manera de comunicarme?

Se les invita a participar en este taller, el cual se celebra los miércoles de 10:00 a 12:00 hrs.

¡ LOS ESPERAMOS !

Atte.

UNAM  
PEPS

CENTRO DE SALUD

Psic. Anabell Miranda  
Psic. Fabiola Ramírez

TALLER INFORMATIVO  
DE  
ORIENTACIÓN  
A LA COMUNIDAD DE  
SAN ANTONIO  
TECÓMITL



AUTOESTIMA

## ¿Qué es la autoestima?

**E**s la suma de la confianza y respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el valor que cada persona se da a sí misma para enfrentar los desafíos de la vida.

Es la suma de la autoconfianza, del sentimiento de utilidad personal y del respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos.

Hace referencia a la actitud, percepción, estima y concepto que cada uno tiene sobre sí mismo. Además del sentimiento de seguridad, y del sentimiento de ser útil y valioso para otros.



## ¿Cómo es una persona con un nivel satisfactorio de autoestima?

- o Se acepta a sí misma como es.
- o Tiene una percepción clara de la realidad.
- o Esta abierta a la experiencia.
- o Es espontánea, expresiva y entusiasta.
- o Se parece a lo que quisiera ser.
- o Es creativa.
- o Tiene gran capacidad amorosa.
- o Posee un código moral propio.
- o Le importa ser sincera consigo misma.
- o Le atrae vivir la libertad de ser uno mismo, sin asustarse por la responsabilidad que implica.
- o Tiene relaciones interpersonales de gran profundidad.
- o Comienza a aceptar a los demás.

## ¿Cómo se detecta la baja autoestima?

- Sensación de ser inútil e innecesario.
- Pérdida de entusiasmo por la vida.
- No se acepta físicamente.
- Se considera inferior a los demás.
- Se critica excesivamente y esta insatisfecho consigo mismo.
- Muy sensible a la crítica, sintiéndose fácilmente atacado y herido.
- Indecisión por temor a equivocarse.
- Desesperanza, apatía y derrota.
- Exceso de culpabilidad.
- Pesimismo, depresión, amargura.
- Excesivo perfeccionismo.

Se les invita a participar en este taller, el cual se celebra los miércoles de 10:00 a 12:00 hrs.

¡ LOS ESPERAMOS !

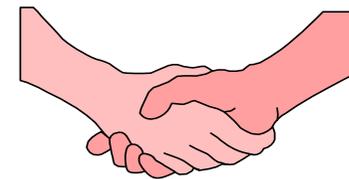
Atte.

UNAM  
PEPS

CENTRO DE SALUD

Psic. Anabell Miranda  
Psic. Fabiola Ramírez

TALLER INFORMATIVO  
DE  
ORIENTACIÓN  
A LA COMUNIDAD DE



SAN ANTONIO

TECÓMITL

ADOLESCENCIA

## ADOLESCENCIA

Entre los 9 y los 15 años casi todos los niños inician una etapa de crecimiento rápido, en todas sus dimensiones corporales e inicia el periodo conocido como adolescencia.

El periodo de crecimiento en que se desarrolla el sistema reproductivo se llama pubertad.

El desarrollo, crecimiento y cambios en general de los adolescentes, se debe a la combinación de diferentes sustancias químicas liberadas en el cuerpo, conocidas como hormonas.

En esta edad los muchachos tienden a agruparse entre iguales.

Estos grupos le permiten al muchacho experimentar su primera independencia y efectuar la transición del apoyo en su

familia a cierta libertad en la adolescencia y juventud.

Estos grupos brindan con frecuencia nuevos modelos a seguir: reflejan pensamientos, sentimientos, expectativas y demandas. Además, suelen convertirse en un punto de referencia de su comportamiento.

El grupo le permite asumir una gran variedad de roles tales como: líder, seguidor, desviacionista o conformista. Los valores y normas del grupo permiten al adolescente adquirir una perspectiva de sus propios valores y actitudes.

El comportamiento rebelde de los adolescentes es la consecuencia de la búsqueda de independencia.

Necesitan distanciarse de la relación de dependencia y protección que han tenido con sus padres para adentrarse en el

mundo adulto y encontrar su identidad personal.

¿Qué se puede hacer ante el comportamiento rebelde del adolescente?

- Debemos corregirlos en temas realmente importantes como el respeto a los demás, la violencia, el alcohol, cumplir con sus responsabilidades, etc.
- Darles responsabilidades.
- Ser críticos sólo en lo esencial.
- Intentar mantener una buena comunicación desde la infancia
- Escucharlos con atención.
- Establecer acuerdos y marcar consecuencias por incumplimiento de los mismos

Se les invita a participar en este taller, el cual se celebra los miércoles de 10:00 a 12:00 hrs.

¡ LOS ESPERAMOS !

Atte.

UNAM  
PEPS

CENTRO DE SALUD

Psic. Anabell Miranda  
Psic. Fabiola Ramírez

TALLER INFORMATIVO  
DE  
ORIENTACIÓN  
A LA COMUNIDAD DE  
SAN ANTONIO  
TECÓMITL



ADOLESCENCIA Y  
DROGADICCIÓN.

**U**na de las necesidades de mayor relevancia en esta edad es descubrir “quién soy”, esta interrogante los obliga a buscar modelos para imitar; una vez que el adolescente se identifica con un grupo o con una persona, éste se convierte en un punto de referencia de su comportamiento. De ahí la importancia de mantenerse al pendiente de las relaciones y los gustos de los muchachos.

### **¿Cómo saber si un chico esta usando drogas?,**

Algunos de los síntomas que podrían observarse son:

- Irritabilidad y agresividad extremas. Cambios de ánimo.
- Se vuelve huidizo.
- Deterioro en las relaciones con figuras de autoridad, de quienes se siente constantemente agredido.

- Problemas de toda índole en la escuela o el trabajo.
- Desinhibición de impulsos agresivos y sexuales.
- Sentimiento de soledad.
- Pérdida del interés en asuntos que habitualmente les interesan.
- Algunos objetos de valor en la casa empiezan a desaparecer.
- Supone que el consumo de drogas le proporcionará cualidades físicas e intelectuales relevantes.
- A través de la droga mitiga sensaciones y sentimientos desagradables y olvida sus problemas.
- Se altera si se aborda el tema de las drogas.
- Su demanda de dinero es desproporcionada.
- Su capacidad para mentir y su astucia aumentan.
- Consume o saca de la casa bebidas alcohólicas.

### **¿Qué se puede hacer?**

- No intente castigar, amenazar, sobornar o sermonear.
- No intente ser mártir. Evite ser sarcástico o usar chantajes que puedan poner al chico a la defensiva, o aumentar el sentimiento de culpa y la compulsión de usar drogas.
- No encubra ni invente pretextos para justificar al chico(a); tampoco permita que él lo haga
- No asuma las responsabilidades que le corresponden al chico, esto le quita sentido de importancia y dignidad.
- No discuta con el chico cuando esté bajo la influencia de la droga.
- No los acompañe a usar drogas.

**Sobre todo, busque ayuda y orientación profesional, por ejemplo, en su centro de salud, y no se sienta culpable por el comportamiento de su hijo.**

Se les invita a participar en este taller, el cual se celebra los miércoles de 10:00 a 12:00 hrs.

¡ LOS ESPERAMOS !

Atte.

UNAM  
PEPS

CENTRO DE SALUD

Psic. Anabell Miranda  
Psic. Fabiola Ramírez

TALLER INFORMATIVO  
DE  
ORIENTACIÓN  
A LA COMUNIDAD DE  
SAN ANTONIO  
TECÓMITL



ALCOHOLISMO

## ALCOHOLISMO

**E**l alcohol es la droga que ocupa el primer lugar de consumo entre los jóvenes y la población en general.

El alcoholismo es un desorden de la conducta, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, interfiere con la salud del bebedor, en sus relaciones interpersonales (familia, amigos y pareja) y/o con sus capacidades para el trabajo o la escuela.

El alcohol reduce la ansiedad, la tensión y las inhibiciones. En cantidades moderadas produce una sensación de relajamiento y confianza. Al aumentar la cantidad de alcohol, se pierde progresivamente la capacidad de concentración y juicio, y las reacciones del cuerpo se vuelven más lentas.

Una persona intoxicada por alcohol puede: caminar con inseguridad, experimentar visión doble, pérdida del equilibrio, alteraciones en la percepción (escuchar voces y ver cosas y personas que no están ahí), comportarse agresivamente, perder el conocimiento y estar en peligro de morir ahogado por el vómito o por dejar de respirar.

A largo plazo las personas que beben en exceso pueden desarrollar enfermedades del hígado, corazón, estómago, pulmones, daño cerebral, etc.

**Si se presentan uno o varios de los siguientes síntomas, puede significar que nuestra forma de beber esta fuera de control:**

- ♣ Es incapaz de controlar la cantidad de alcohol que bebe aunque se lo proponga.
- ♣ Utiliza el alcohol como escape o para darse valor.

- ♣ Cambios de su personalidad.
- ♣ Descuido en su apariencia personal.
- ♣ Aumento en la frecuencia o duración de los estados de intoxicación.
- ♣ Tiene lagunas mentales.
- ♣ Presenta nauseas, vómito, calambres, falta de apetito, etc.

**¿Que hacer ante un problema así?**

- ♣ No fomentar a que siga bebiendo (no prepararles el desayuno para la cruda)
- ♣ Hacerles responsables de sus actos: enfrentar las consecuencias.
- ♣ Establecer acuerdos y negociaciones (el que maneja no toma).
- ♣ No encubrir el problema, ni negarlo.
- ♣ Buscar ayuda para el bebedor y la familia.

Se les invita a participar en este taller, el cual se celebra los miércoles de 10:00 a 12:00 hrs.

¡ LOS ESPERAMOS !

Atte.

UNAM  
PEPS

CENTRO DE SALUD

Psic. Anabell Miranda  
Psic. Fabiola Ramírez

TALLER INFORMATIVO  
DE  
ORIENTACIÓN  
A LA COMUNIDAD DE  
SAN ANTONIO  
TECÓMITL



MENOPAUSIA Y  
CLIMATERIO

## MENOPAUSIA Y CLIMATERIO.

**L**a edad promedio en que se presenta la menopausia es entre los 45 y los 50 años.

Debido a que la esperanza de vida ha aumentado, la mujer vive entre 70 y 73 años: esto significa que vivirá de 20 a 30 años sin capacidad reproductiva, es decir, en su climaterio que es toda la etapa final de la vida e inicia con la menopausia (última menstruación)

Se han relacionado con la menopausia problemas como atrofia urogenital y cambios psicológicos, además puede favorecer la aparición de osteoporosis, con un riesgo muy alto de fracturas; y la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Por otra parte en esta etapa de la vida se agudizan algunos padecimientos como hipertensión arterial, diabetes, aterosclerosis, alteraciones psicológicas y de conducta sexual, y conflictos de tipo familiar y socioeconómico.

Algunos de los síntomas asociados con la menopausia son: bochornos, resequedad vaginal, alteraciones psicológicas, disminución del deseo sexual, sudoraciones, palpitaciones, dolor de cabeza, insomnio, vértigo, incontinencia urinaria, nerviosismo, irritabilidad, depresión, entre otros.

Estos síntomas no durarán siempre, se presentarán mientras el cuerpo se adapta a sus nuevas condiciones.

Un tratamiento adecuado de hormonas que sustituyan al estrógeno permite aliviar los síntomas y evitar la aparición de

padecimientos como la osteoporosis.

Sin embargo, es importante que la mujer adopte otras medidas para preservar y mantener su calidad de vida.

Como modo de prevención primaria, la mujer debe llevar una dieta sana baja en grasas de origen animal. Desde la niñez es importante consumir calcio suficiente, no exponerse demasiado al sol y realizar ejercicio aeróbico y anaeróbico.

En casos donde la menopausia este ocasionando problemas que estén deteriorando el nivel de vida, puede acudirse con un médico que evalúe la necesidad de medicar hormonas de reemplazo.

## Anexo 5

### Cuestionarios de evaluación.

#### **Cuestionario 1. Utilidad del taller.**

Señale la respuesta más adecuada para cada afirmación.

1. Me gustó el curso	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
2. Los temas fueron importantes	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
3. La exposición fue adecuada	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
4. Las ponentes manejaron los temas	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
5. Las pláticas me han servido	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
6. Lo que aprendí me podrá servir en el futuro	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
7. Mi participación en las sesiones fue buena	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
8. La unión grupal fue adecuada	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca

#### **Cuestionario 2. “lo que aprendí en el taller”**

En una escala del 0 al 10 califique las siguientes afirmaciones.

1. ¿Qué calificación le doy al curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Cuando existió algún problema el grupo se detuvo a resolverlo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Lo que aprendí en el curso me ayudará para apoyar a mi comunidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Lo que aprendí en el curso me ayuda a relacionarme con mi familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ¿Qué tanto aprendí en el curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### **Cuestionario 3. Rescatando mi experiencia**

Complete las siguientes oraciones:

1. El objetivo fue:
2. ¿Cómo llegué?:
3. ¿Cómo me vi?
4. ¿Cómo vi a los otros?:
5. Los temas fueron:
6. ¿Para qué me sirvieron o sirven?:
7. ¿Qué cambiaría?:
8. ¿Qué me llevo?:
9. Comentarios: