

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

“FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA RURAL”

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ALEJANDRA GARCÍA MURO

COMISIÓN DICTAMINADORA

**ASESOR LIC. RODRIGO MARTÍNEZ LLAMAS
DICTAMINADOR MTRO. ANDRES MARES MIRAMONTES
DICTAMINADOR LIC. GONZALO AGAMENON ALBARRÁN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN

PÁG.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA.....	6
1.1. Definiciones de psicología comunitaria.....	16
1.2. Características de la psicología comunitaria.....	19
1.3. Marcos teóricos en psicología comunitaria.....	24
CAPÍTULO 2. PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.....	32
2.1. Orígenes del programa.....	32
2.2. El modelo de atención integral a la salud.....	38
2.3. Características de la población solidariohabitante.....	45
2.4. Tenencia de la tierra y pobreza.....	47
2.5. Ocupación.....	48
2.6. Condición de mujer y pobreza.....	48
2.7. Vivienda y servicios.....	48
2.8. Organización social.....	49
2.9. Prioridades.....	51
2.10. Acción comunitaria.....	52
2.10.1. Asistentes Rurales de Salud.....	53
2.10.2. Comités de Salud y Solidaridad.....	55
2.10.3. Promotores Voluntarios Rurales.....	58
2.10.4. Formación y orientación a voluntarios.....	59
2.11. Modelo de Comunicación Educativa.....	61
2.12. Interrelación con la medicina tradicional.....	66
2.12.1. Las Parteras Rurales.....	68
2.13. Adecuación de los servicios.....	69
2.14. Tecnología apropiada.....	70

CAPÍTULO 3. EL PSICÓLOGO EN EL ÁREA RURAL DENTRO DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.....	73
3.1. Función del psicólogo en el área rural dentro del Programa IMSS-Solidaridad.....	73
3.2. Actividades a realizar en acción comunitaria.....	77
3.2. Resultados obtenidos.....	80
REFLEXIONES DEL DESEMPEÑO DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA SOCIAL COMUNITARIA.....	96

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

La psicología social comunitaria surge como una respuesta a las necesidades sociales que presentan principalmente las comunidades marginadas, en donde el psicólogo actúa como participante activo para la implementación de proyectos y organización de la comunidad en actividades que los lleve a lograr un desarrollo comunitario y así mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, grupos y comunidades, a través de intervenciones que consisten en reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, sin embargo la inserción del psicólogo en las comunidades rurales e indígenas de nuestro país no es muy clara, por lo que el objetivo de este trabajo es aportar información acerca de la inserción del psicólogo y su función en el ámbito social comunitario, específicamente en el ámbito rural, dentro del programa IMSS-Solidaridad en el Hospital Rural "Solidaridad" No. 33 Tuxpan, Michoacán. Para ello se realizó una descripción del área que contempla la Psicología Social Comunitaria, posteriormente se mencionan las características de la institución en la cual laboré así como las funciones y actividades del psicólogo en el área rural para finalmente reflexionar acerca de la inserción y desempeño del psicólogo en el área social comunitaria.

INTRODUCCIÓN

La psicología ha tenido que delimitar sus campos de acción, pasando de lo teórico a lo práctico para especificar su ámbito de estudio y puntualizarlo de acuerdo a las diferentes áreas que se han creado para ser abordadas por ésta. Por mencionar algunas, que son las más conocidas está la psicología clínica, la educativa, la industrial, educación especial y rehabilitación y la psicología social-comunitaria. En cada una de ellas se tratan temas de especial interés y trascendencia, sin embargo, en este trabajo se abordará a la psicología social-comunitaria, área que ha sido de suma importancia para conocer la problemática en las relaciones étnicas, internacionales, laborales e industriales así como en las económico-políticas, en la educación, la publicidad y la salud mental comunitaria, de lo cual se cuenta con varias investigaciones que han otorgado información interesante, sin embargo con respecto a las otras áreas no es el mismo caso en lo referente al trabajo que realiza el psicólogo en las comunidades indígenas y campesinas de nuestro país, siendo estas poblaciones las que pueden requerir del apoyo psicológico, debido a que las condiciones en que viven son vulnerables de padecer problemas tanto de salud física como psicológica y de interrelación, por tanto el trabajo del psicólogo en este ámbito es de suma importancia puesto que puede participar en las comunidades aplicando programas preventivos o de intervención dependiendo de las condiciones en que se encuentre la comunidad, partiendo desde el punto de vista de que “la psicología en el campo social/comunitario se desarrolla como respuesta frente a los problemas de las interacciones interpersonales en los diversos contextos sociales. Considerando además que el psicólogo en este campo busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, grupos y comunidades a través de intervenciones que consisten en reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal tales como necesidades de subsistencia, integración social, participación, convivencia, igualdad de oportunidades, etc.”.¹

¹ Rodríguez, A. (1983). *Aplicaciones de la psicología social*. México.: Trillas.

La psicología social es considerada como una de las disciplinas más nuevas que tienen interés por la conducta social del hombre, por lo que el campo del psicólogo social contemporáneo es acerca de cómo interactúan en grupos los seres humanos, cómo se forman y cambian las actitudes, cómo afectan al hombre en su conducta las cosas que ha creado y cómo surgen los conflictos sociales, es así que se puede definir a la psicología social como “la ciencia que estudia aquellos aspectos de la conducta individual a los que afectan o sobre los que influyen estímulos sociales como son otras personas o los productos de la conducta”.²

El estudio de la interacción social ocupa un lugar muy importante en la psicología social, algunos autores mencionan que la capacidad que tenemos de experimentar, decidir y controlar nuestra conducta mediante nuestras decisiones, depende de muchas formas sutiles e involuntarias de la relación e interacción que tenemos con nuestros semejantes, considerando que la interacción social es una relación recíproca entre dos o más personas en donde la conducta es mutuamente dependiente, es así que a lo largo de la historia, la sociedad en su conjunto se ha constituido como complejo sistema de organización de los grupos humanos. El elemento central de su funcionalidad, se encuentra implícito en las relaciones que establecen los individuos a través de la cultura, la cual se encarga de fijar el sentido de esas relaciones. Instituciones fundamentales de la sociedad, son la familia, la iglesia y el gobierno, las cuales disponen de un sistema político-administrativo; estas entidades promueven y regulan las relaciones sociales, para incorporar en su seno a los hombres y mujeres que las conforman.

La organización social se constituye en lo general por grupos, estamentos e instituciones, que la propia sociedad construye para regular su funcionamiento, las relaciones sociales, la participación y el vínculo de las personas en lo individual y lo colectivo.

Durante la década de los años 60 se comienza a dar en la psicología social una gran preocupación por el carácter aplicado de la disciplina, lo cual favorece el

² Whitaker, J. (1980). *Psicología social*. México, D.F.: Trillas.

desarrollo de áreas de conocimiento que parten de un interés por los problemas reales como ocurrió con la Psicología Comunitaria que nace en un momento en el que la relevancia social de los estudios en psicología se convierte en un aspecto de sumo interés, puesto que intenta ser útil y relevante en la solución de problemas sociales. Su misión es ayudar a crear organizaciones más efectivas, procurar una prestación de servicios acordes con las necesidades sociales y proporcionar las bases para el desarrollo comunitario, considerando que es “la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar, y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social”.³ Es por ello que resulta útil para tomar conciencia de los problemas individuales y colectivos, buscar explicaciones a la realidad de pobreza y opresión en la que viven grandes poblaciones y establecer adecuadas estrategias de intervención, siendo así, la psicología tiene mucho que hacer en el ámbito rural, área susceptible de intervención para el psicólogo, especialmente porque en este campo se pueden reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal contribuyendo así en mejorar la calidad de vida de la población, y para ello es necesario realizar una descripción de las funciones que tiene el psicólogo en esta área. Por lo que en este trabajo se realizará una aportación de las actividades realizadas en comunidades rurales para la atención primaria a la salud basándose en lineamientos establecidos por una institución enfocados a promover el autocuidado de la salud, dirigido principalmente a los aspectos de: educación, salud, alimentación, desnutrición, salud del adolescente en el medio rural, planificación familiar, atención materna y perinatal, salud ginecológica y padecimientos asociados con el mal saneamiento básico.

En el ámbito rural el psicólogo se enfrenta a una población con problemas de interrelación, organización, participación y múltiples factores que afectan el

³ Montero, M. (1987). *La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos*. Barcelona.: Hora.

desarrollo personal de los individuos, debido a carencias económicas, cuestiones culturales y conductas que limitan o dirigen las formas de vida de esta población.

En el medio rural, las acciones familiares, al tiempo que se jerarquizan, se planean y organizan en concordancia con las actividades productivas. La fortaleza de las relaciones familiares está determinada por las necesidades de la actividad económica provocando que la economía se constituya como algo importante y la producción, en factor a partir del cual las familias acceden o no a determinado tipo de relaciones sociales, ocasionando el abandono de aspectos tales como la comunicación familiar, la relación de pareja, la estimulación temprana incrementando así la falta de calidad y calidez en la relación madre-hijo, lo cual se ve reflejado en la desnutrición, el rendimiento escolar, la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y las condiciones insalubres en que vive parte de la población rural, por mencionar algunas de las situaciones que se suscitan. En el área urbana también se da este tipo de problemas, sin embargo se cuenta con programas específicos de cómo abordarlos, lo cual no es el mismo caso en el área rural población con características distintas que requieren un abordaje que tome en cuenta las formas de organización e interrelación que se dan en esta población, situación limitada debido a que la inserción del psicólogo en este ámbito no ha sido muy clara porque no se cuenta con un perfil del psicólogo bien definido, debido a la falta de nitidez que se tiene para trabajar en el área rural.

El psicólogo se inserta en diferentes instituciones de salud partiendo de programas preestablecidos por éstas, en los cuales existen actividades que son propias del psicólogo, como es su función en la atención primaria a la salud considerando que “la aplicación de esta estrategia requiere de recursos humanos capacitados para instrumentar los cambios y modificar las conductas de la población, entrar en contacto con individuos y grupos, atraer líderes de opinión que permitan concertar en relación con el cuidado de la salud, influyendo directamente en sus comunidades”.⁴ En este contexto el psicólogo es un recurso humano importante, en la medida en que puede promover la participación de la

⁴ Sánchez, A. (1991). *Psicología comunitaria*. Barcelona.: PPU.

comunidad en el autocuidado de la salud y además, ser el enlace entre ésta y el equipo de salud que labora en diversas instituciones como son IMSS, SSA, etc.

Como es el caso de este proyecto que mostrará la inserción del psicólogo en el área rural, específicamente en 11 comunidades que pertenecen al universo de trabajo del Hospital Rural "S" No. 33 Tuxpan Michoacán del Programa IMSS Solidaridad.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA.

En el origen y evolución de la psicología comunitaria intervienen eventos políticos, movimientos sociales, cambios legislativos y el propio desarrollo de la concepción de la salud en general y el de la salud mental en particular. El periodo que transcurre de 1945 a 1963 está conformado de acciones legislativas y cambios dentro de la misma psicología y de la concepción de la salud mental que dan lugar al nacimiento de la psicología comunitaria.

Tras el cuestionamiento del modelo médico tradicional, el tratamiento individualizado resulta insuficiente para cubrir todas las demandas de salud mental, por lo que se da lugar a la prevención, lo cual ha sido clave para la consolidación de la salud mental comunitaria y de la psicología comunitaria. El énfasis en la prevención viene respaldado por un reconocimiento cada vez mayor de la importancia de los factores sociales en la aparición de los problemas emocionales, a lo que Blanco¹ señala “nos encontramos en la época de la interconexión, en esa época en la que ya no es posible por más tiempo desconocer la presencia rotunda y directa del ambiente (sean normas y convenciones sociales, el modelo de socialización política a que hemos estado sometidos o nuestra presencia o ausencia en la dinámica productiva, por mencionar tres simples ejemplos) en la posible explicación de la normalidad o anomalías del comportamiento individual”.

Dentro de la psicología existen factores y acontecimientos que contribuyen al nacimiento de la psicología comunitaria, como son los estudios en psicología social, cuyo precepto acerca de la tradición grupal es considerado el instrumento básico de socialización, por lo que la historia de los grupos es la búsqueda de una explicación que permite comprender la interacción entre lo individual y lo social.

La estrategia metodológica seguida por la psicología comunitaria es la investigación-acción orientada hacia el cambio social, por lo que garantiza la conexión entre lo básico y lo aplicado, dirige su objetivo hacia la promoción de la

¹ Blanco, A. (1987). *La psicología comunitaria*. Papeles del colegio, Psicólogos, V.

calidad de vida y el desarrollo de estrategias para dar el conocimiento y hacer que sea útil para la población. El desafío es desarrollar paradigmas que ayuden a la sociedad a que la diversidad y relatividad cultural no sean sólo abstracciones sino valores en la vida de los sujetos y para lograrlo es necesario que la psicología comunitaria actúe bajo un paradigma de interacción de la persona y el ambiente más que pretender el ajuste.

En mayo de 1965 se fijó la fecha de nacimiento de la psicología de la comunidad, en el transcurso de ese mes, un grupo de psicólogos empeñados activamente en desarrollar los programas de salud mental de la comunidad se reunió en Boston con el apoyo de la Universidad de Boston y el Centro de Salud Mental South Shore de Quincy, Massachusetts, para considerar la instrucción de los psicólogos para el trabajo en la salud mental de la comunidad². Al discutir el papel del psicólogo de la comunidad, los participantes de la conferencia de Boston estaban definiendo inevitablemente el área de la psicología de la comunidad, considerándolos de acuerdo a Bennet³ como “agentes de cambio, analistas de los sistemas sociales, consultores sobre asuntos de la comunidad y estudiosos en general del hombre entero en relación con la totalidad de sus ambientes”. Muchos de los participantes mencionaron la importancia de ampliar su función, con el objetivo de que éste fuera más allá de dar consulta para convertirse en un activista político que asumiera los poderes de la toma de decisión, se le apremió incluso hacer uso de su preparación científica para crear conocimiento y promover los programas con lo que funcionaría como un “conceptualizador participante”.

En 1949 la Administración de Veteranos y el Servicio de Salud Pública se interesaron por los programas doctorales de la formación en Psicología Clínica, como consecuencia un año más tarde se celebra en Boulder (Colorado) la Primera conferencia sobre Formación en Psicología Clínica, donde se abogó por un

² Zax M. & Specter G. A. (1979). *Introducción a la psicología de la comunidad*. México, D.F.: Manual Moderno.

modelo de formación donde se conjugara la investigación con la preparación profesional.

En 1958 la Conferencia Nacional sobre Formación de Grado en Psicología celebrada en Miami se situó en el nuevo papel del profesional de la comunidad como alternativa al rol tradicional y se plantearon las dificultades para perfilar estas nuevas funciones. En esta dirección fue la Conferencia Nacional sobre Preparación Profesional en Psicología de Consulta celebrada en 1964 en Greystone donde se pone en cuestión los procedimientos tradicionales de consulta centrados en modelos individuales.

Sanford en 1958 como miembro de la Comisión Conjunta sobre Enfermedad y Salud Mental emitió un documento a favor de que el psicólogo en el ámbito de la salud mental desarrollase una actuación más integrada en la comunidad, criticó el que la psicología no se preocupase por cuestiones públicas relevantes y que la práctica del psicólogo se centrara demasiado en un modelo de enfermedad donde prevalecía la relación clínico-médico. Como consecuencia animó a los psicólogos a que dirigieran su actuación más allá de la enfermedad mental para implicarse más directamente en los problemas de la comunidad.

Más tarde Gelfand & Kelly⁴ además de sumarse al documento emitido por Sanford ampliaron sus recomendaciones hacia la necesidad de un respaldo científico. Los psicólogos que trabajan en la comunidad deben desarrollar estudios con una base empírica adecuada para poder ampliar el campo de estudio.

Unos años después Jones & Levine⁵ al elaborar un programa de entrenamiento para graduados sobre La Psicología Clínica de la Comunidad tomaron como punto de referencia lo descrito por Gelfand & Kelly⁶, e impulsaron el desarrollo de un modelo centrado en una visión positiva de la salud más que un modelo de enfermedad.

³ Bennet, citado en Zax opus cit.

⁴ Gelfand & Kelly, citados en Hombrados M. (1996). *Introducción a la psicología comunitaria*. Granada.: Aljibe.

⁵ Jones & Levine, citados en Hombrados opus cit.

⁶ Gelfand & Kelly, citados en Hombrados opus cit.

La conferencia sobre Preparación Profesional de los Psicólogos Clínicos celebrada en Chicago en 1965 apoyó el modelo científico-profesional de la Conferencia de Boulder y desarrollaron nuevos modelos de formación doctoral.

De la conferencia de Boston, se extrajeron una serie de acuerdos y conclusiones que sirvieron para caracterizar aspectos importantes de la disciplina, algunas de las cuestiones más importantes son las siguientes:

1. Implantación del término de Psicología Comunitaria. La Psicología Comunitaria va más allá de la Salud Mental, ésta se considera un aspecto importante de la primera pero la Psicología Comunitaria abarca otros muchos aspectos que no entran dentro de los fines de la Salud Mental Comunitaria. Por tanto deciden sustituir el término de Salud Mental Comunitaria por el de Psicología Comunitaria. De ahí que se le atribuya a la conferencia de Boston el acontecimiento en el que tiene lugar el nacimiento formal de Psicología Comunitaria.
2. El psicólogo comunitario debe conjugar teoría y praxis. Esto significa poner énfasis tanto en la creación del conocimiento científico como en la creación de programas y el desarrollo de la intervención. Desde la Psicología Comunitaria se pretende contribuir científicamente al surgimiento de un campo que incorpore actuaciones en el orden teórico-práctico y que busque soluciones a los problemas sociales sin olvidar la perspectiva científica.
3. Rechazo del modelo médico. La Psicología Comunitaria debe inclinarse hacia el desarrollo normal, la prevención y el fomento de la calidad de vida. Por ello un modelo médico basado en el concepto de enfermedad resulta insuficiente.
4. Amplio concepto del papel del psicólogo comunitario. El psicólogo comunitario se define como agente de cambio social, analista de sistemas sociales, consultor en asuntos comunitarios y estudioso del hombre global en relación con todos sus ambientes. Se pone en evidencia la complejidad que entraña la definición del rol del psicólogo comunitario al tiempo que se amplían sus funciones.
5. Contribuciones a la Psicología Comunitaria. Se considera que algunas ramas de la Psicología Social y la Dinámica de Grupos contribuyen al desarrollo de la

Psicología Comunitaria. Especialmente la Psicología Social pues de ella arranca los principales presupuestos que sustentarán la disciplina.

6. Se aboga por un Modelo de Desarrollo. La Psicología Comunitaria debe potenciar el desarrollo de las capacidades y competencias de los sujetos a través de una acción social planificada.
7. La Psicología Comunitaria debe actuar como una Psicología del interés público. Para ello debe inclinarse hacia los temas relevantes socialmente y sembrar el conocimiento para que éste pueda ser utilizado en pro del bienestar social.
8. Importancia de las condiciones ambientales y socioculturales sobre el comportamiento. Se hace especial hincapié en los determinantes del contexto para promover la organización social, el cambio comunitario y el funcionamiento de los individuos.
9. La investigación en Psicología Comunitaria debe abordarse desde una perspectiva ecológica que contemple la importancia de la interacción entre personas y ambientes.
10. Respecto a la formación de la Psicología Comunitaria. No se desarrolló una guía pormenorizada de cuáles debían ser los roles y las funciones del psicólogo comunitario, pero se llegó a cierto grado de consenso respecto a las líneas generales de formación. Los participantes adoptaron una actitud abierta y flexible y mostraron poco interés por un patrón educativo rígido. Las líneas generales marcadas fueron:
 - A. Formación generalista. Frente el desarrollo de currículos específicos que podrían inhibir el desarrollo de la disciplina, se potenció la formación de generalistas. El psicólogo comunitario más que un técnico especializado necesita recibir una formación amplia sobre la relación del individuo con su entorno social. Se rechazó la concepción del especialista.
 - B. Conceptualizador-participante. El psicólogo comunitario debe formarse como conceptualizador-participante por lo que se requiere una formación académica. El contexto debe ser la Universidad.

La Conferencia de Boston significó un avance importante de la disciplina, se produjo el cambio de denominación, se perfilaron algunas líneas generales de actuación de la Psicología Comunitaria y se abordó el tema relacionado con la formación de la Psicología Comunitaria⁷.

En Europa se han desarrollado a lo largo de la historia una serie de conceptos como el Estado de Derecho, el Estado Social, El Estado Democrático que han dado lugar al concepto de Bienestar Social que está muy relacionado con la Psicología Comunitaria, la cual comienza a desarrollarse en Europa a partir de los años 60 cuando el Estado de Bienestar está en pleno apogeo y se hace eco de las cuestiones defendidas dentro de este ámbito. En este marco sociopolítico que se sustenta en los principios de justicia e igualdad social y que procura cubrir las necesidades de los individuos para alcanzar mayores niveles de bienestar y calidad de vida se está generando una psicología que tiene los mismos intereses que la psicología comunitaria.

Mas allá de la salud mental comunitaria, la salud en general se convierte en preocupación para todos. Los modelos de enfermedad se encuentran desfasados y se ve la necesidad de incorporar aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación e incorporar en su definición elementos psicológicos y sociales además de los físicos. Por tanto la ineficacia de los sistemas de salud tradicionales produce a partir de la Segunda Guerra Mundial la conocida Crisis Mundial de la Salud que afecta tanto a los países más desarrollados como a los menos desarrollados, los profesionales abogan por abandonar el modelo médico tradicional y sustituirlo por el concepto de Salud Comunitaria que implica la comprensión de los factores sociales y estilos de vida en los procesos de salud y enfermedad. En 1994 la OMS en su carta constitucional define la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Definición que en su momento supuso un firme reconocimiento de la salud como un todo en el que los aspectos sociales y comunitarios adquieren una gran importancia.

⁷ Hombrados M. (1996). *Introducción a la psicología comunitaria*. Granada.: Aljibe.

En 1978, nuevamente la OMS promulga en Alma Ata la carta magna con la que desarrolla las estrategias de salud en todos los países y da a conocer la famosa frase de *Salud para todos en el año 2000*. El poder político y económico deben procurar la accesibilidad y disponibilidad de los recursos de salud. La Atención Primaria de Salud se convierte en el núcleo central frente a los modelos tradicionales de prestación de los servicios y se desarrolla el concepto de Salud Comunitaria, definido como la estrategia que trata de aplicar los programas de salud pública en los ámbitos locales de la comunidad.

En este contexto se desarrolla una Psicología Comunitaria que comparte una serie de principios con la concepción actual de Salud Pública: a) Subraya la importancia de los ecosistemas físicos, biológicos y sociales como lugar obligado en el que residen los riesgos para la salud y para la vida humana, y también las oportunidades para el crecimiento y la salud. Lo público y lo comunitario implican, los intercambios y ajustes constantes entre individuos, organizaciones e instituciones de la comunidad con el ambiente físico, biológico y psicosocial, que repercute de modo variable en el binomio salud-enfermedad; b) Destacan la urgencia de la prevención y la educación para la salud; c) Resaltan la participación activa y organizada de la comunidad en la evaluación de los problemas y necesidades de salud y en su solución; y d) Tratan de desarrollar una adecuada organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud.⁸

Como se puede observar el desarrollo de la Psicología Comunitaria en Europa ha tenido los mismos motivos que la Psicología Comunitaria en EEUU, sin embargo se ha encontrado con dos impedimentos importantes, por un lado la falta de reconocimiento del rol del psicólogo, ligado a una orientación clínica y por el otro lo tardíamente que ha sido introducida la Psicología Comunitaria en el mundo académico.

Mientras en los años 60 se producían en Europa grandes cambios sociales, legislativos y académicos que favorecían el desarrollo de la Psicología Comunitaria, en España fue hasta 1978 con la parición de la Constitución Española que se abrió una nueva sociedad.

⁸ Costa, M. & López, E. (1982). *Salud Comunitaria. Madrid*. : Martínez Roca.

El desarrollo de la Salud Comunitaria y de la Atención Primaria de Salud en España surgió con las elecciones municipales del año 1979. Con la creación de los Centro Municipales de Salud (CMS) y los Centros de Promoción de la Salud (CPS) inicia la era de la Comunidad.

Los CPS fueron creados por el Ayuntamiento de Madrid, el objetivo inicial de estos centros era dar cobertura a problemas de la comunidad de Madrid que no eran tratados adecuadamente en la red del sistema de salud. En ellos comenzaron a ser una realidad conceptos como promoción, prevención, educación para la salud, participación de la comunidad, interdisciplinariedad y otros. En estos equipos de salud estuvieron presentes los psicólogos desde un inicio, participando en las actividades de los programas de salud, por ello existe acuerdo en lo que se refiere al área de la salud.

El objetivo que se proponen ambos Centros es la promoción de la salud elevando su nivel dentro de la comunidad mediante su participación activa, relegando la labor asistencial a un segundo plano.

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad los programas y actividades que efectuaban estos Centros se van integrando paulatinamente en la Atención Primaria donde no está contemplada la figura del psicólogo, pasando éste a formar parte de los Servicios de Salud Mental en el segundo nivel de atención o especializado.

Sin embargo con la Ley General de Sanidad supone un avance importante en la comprensión integral de la salud y en la participación de la comunidad. Los supuestos en los que se apoya son la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud, la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la participación comunitaria y los derechos del consumidor. Todos los aspectos que se contemplan desde el nuevo modelo de salud son de vital interés para el desarrollo de la Psicología Comunitaria y es en este ámbito, en general, en el que se producen cambios sociales, conceptuales y legislativos y en donde se amplía la actuación del psicólogo hacia contextos comunitarios, el que permite la aparición de esta disciplina.

Y finalmente se tiene el surgimiento de la Psicología Comunitaria en Latinoamérica, o Psicología Social Comunitaria, como también se le denomina. Su desarrollo se enmarca en circunstancias históricas, sociales y conceptuales algo diferentes de las que tiene lugar en EEUU y en los países de Europa.

Las circunstancias de represión política vividas en los últimos tiempos en Latinoamérica han hecho que el nacimiento de la Psicología Comunitaria haya sido tardío, pero cuando ha tenido lugar lo ha hecho con gran fuerza, quizá porque esta orientada a los necesitados y oprimidos, y es aquí en donde puede desarrollarse plenamente.

Al contrario de lo que ocurrió en EEUU, el origen del movimiento comunitario aparece en Latinoamérica de un modo general en las ciencias sociales y en particular en la psicología social. Este movimiento recurrió escasamente a la psicología clínica y a la medicina, más bien fueron los sacerdotes, los psicólogos sociales, los sociólogos, los asistentes sociales y los políticos los que más sobresalieron en el movimiento hacia la Psicología Comunitaria.

La acción de los sacerdotes se centra en el trabajo desarrollado por las comunidades eclesiósticas, que aunque se definen como movimiento pastoral, se caracterizan por una actividad política en contraste con la teología imperante en Latinoamérica, es decir, basada en la teología de la liberación. Hacia finales de los años 60 aparece este movimiento eclesióstico que reacciona ante la situación de opresión política y se pone de parte de los pobres y oprimidos. Se hace énfasis en la participación activa para acabar con la lucha y la opresión y dirigirse hacia la liberación.

Una psicología de la liberación se concreta en: a) se inspira en la Teología de la liberación que ha sabido recoger y potenciar los deseos más profundos de las comunidades oprimidas y marginadas; b) la psicología debe dedicarse en forma eficaz a tender los problemas acuciantes de las mayorías populares latinoamericanas; c) se basa en un concepto psicosocial de la liberación que inicia una nueva praxis psicológica como una nueva forma de buscar la verdad desde las propias mayorías populares; y d) la psicología debe someterse a ella misma a

un proceso de liberación, se deben liberar los lastres teóricos y técnicos que impiden ponerse al servicio de la comunidad oprimida.

La teología de la liberación y la Psicología Comunitaria presentan múltiples aspectos en común: las dos persiguen el objetivo de la liberación, intentan cambiar el contexto sociomaterial, actúan en la praxis con las poblaciones más marginadas y cuentan con la participación activa de la comunidad.

Para la mayoría de los autores más que hablar de Psicología Comunitaria, debería hablarse de desarrollo comunitario, de participación y autogestión. La organización comunitaria encaminada a promover la autogestión es una de las actividades más frecuentes en los países tanto en sus orígenes como en su presente. El objetivo que se persigue con ello es facilitar mediante diversas estrategias y técnicas el desarrollo de una comunidad marginada. Es a principios de los años 70 cuando empieza a sistematizarse esta acción en diversos países de Latinoamérica, utilizando técnicas psicosociales basadas en la investigación-acción.

Algunos autores se han dado a la tarea de orientar a la psicología social hacia lo que se denomina Psicología Social Comunitaria, con el objetivo de desarrollar una acción tendente a transformar la sociedad y mejorar la calidad de vida de la comunidad.

En la actualidad la Psicología Comunitaria en Latinoamérica según Montero⁹ se apoya en tres principios: autogestión de los sujetos que constituyen su área de estudio; el centro del poder cae en la comunidad y la unión imprescindible entre teoría y práctica. Quedando definida como: “La rama de la Psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar, y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social”.

⁹ Montero, M. (1987). Opus cit.

1.1. DEFINICIONES DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA.

Existe cierta dificultad para definir a la Psicología Comunitaria, entre las razones más divulgadas se encuentran aquellas que hacen referencia a la falta de un marco conceptual claro, a la carencia de métodos propios, al proceso de formación en el que se encuentra, a la novedad, a la falta de identidad de la disciplina y a la diversidad de actividades que se realizan en nombre de ésta. Sin embargo este problema suele darse en muchas otras disciplinas debido a que el tema de la definición suele ser de difícil solución, por lo que citaré definiciones de diversos autores para así tener una idea más clara de los objetivos que se persiguen en esta área.

La mayoría de las definiciones incorporan algún elemento distintivo que ayudan a perfilar las características que conforman la disciplina:

1. El punto de vista ecológico, la importancia de los factores socioambientales y el análisis de sistemas sociales aparecen en la mayoría de las definiciones.

Zax & Specter¹⁰ “La Psicología Comunitaria es considerada como un enfoque de los problemas de la conducta humana que destaca las contribuciones hechas a su desarrollo por las fuerzas ambientales así como en las contribuciones potenciales por hacer con miras a su alivio mediante la utilización de estas fuerzas”.

Spielberger & Iscoe¹¹ “La psicología Comunitaria representa una nueva frontera en el estudio de la conducta humana que está fuertemente interesada en aclarar las complejas interrelaciones entre los individuos y su ambiente”.

2. La Psicología Comunitaria va más allá de la Salud Mental Comunitaria y se centra en los problemas sociales.

Bloom¹² “La Psicología Comunitaria es el campo de la Psicología que intenta resolver los problemas sociales en lugar de los problemas particulares de cada individuo.

3. También el interés por el cambio social es considerado.

¹⁰ Zax & Specter, citados en Hombrados, opus cit.

¹¹ Spielberger & Iscoe, citados en Hombrados, opus cit.

¹² Bloom, citado en Hombrados, opus cit.

Mann¹³ “La Psicología Comunitaria es una disciplina que se interesa en participar en la planificación del cambio social, la organización e implantación de los cambios que se planeen, la elaboración y conducción de los programas de servicios que proporcionen las necesidades humanas que genera el cambio social, y el desarrollo de los recursos y procesos de la comunidad para el manejo de las repercusiones futuras de los cambios sociales.

Bernstein y Nietzel¹⁴ “La Psicología Comunitaria intenta aplicar los principios psicológicos a la comprensión de los problemas sociales y a la creación del cambio social adaptativo”.

4. La Psicología Comunitaria pone énfasis en el desarrollo de recursos de la comunidad.

Mann¹⁵ “La Psicología Comunitaria es un campo que se dedica a fortalecer la calidad de vida al mejorar los ambientes y recursos sociales o al aumentar las competencias personales”.

Murrell¹⁶ “A partir del conocimiento de los sistemas sociales La Psicología Comunitaria pretende incrementar los recursos psicológicos que se ofrecen al individuo”.

5. Un elemento fundamental es su interés por la prevención.

Heller¹⁷ “La Psicología Comunitaria es un movimiento desde el tratamiento hacia la prevención que incide en el fortalecimiento de competencias más que en eliminar el déficit y centrado en la interacción entre persona y ambiente”.

Sánchez¹⁸ “La Psicología Comunitaria busca teórica e interventivamente la prevención de los problemas psicológicos (como depresión o esquizofrenia) y psico-sociales (como drogadicción, delincuencia juvenil, fracaso escolar o desintegración familiar) y el desarrollo positivo de las personas, a partir de la generación de alternativas y el desarrollo de los sistemas sociales en que se

¹³ Mann, citado en Hombrados, opus cit.

¹⁴ Bernstein & Nietzel, citados en Hombrados, opus cit.

¹⁵ Mann, citado en Hombrados, opus cit.

¹⁶ Murrell, citados en Hombrados, opus cit.

¹⁷ Heller, citado en Hombrados, opus cit.

¹⁸ Sánchez, A. (1991). Opus cit.

encuadran esas personas, (y de los elementos psicosociales y relacionales implicados)”.

6. Tiene claramente una vocación aplicada y se centra en las necesidades de la comunidad.

Bender¹⁹ “La Psicología Comunitaria es un intento de hacer los campos de la Psicología aplicada más eficaces en la práctica de sus servicios y más sensibles a las necesidades y los deseos de las comunidades a las que sirven”.

7. Busca la unión indisoluble entre teoría y práctica.

Heller²⁰ “La psicología comunitaria se caracteriza por ser una orientación conceptual hacia la teoría y la práctica”.

8. La intervención sobre el contexto social constituye otro de los factores esenciales.

Reiff²¹ “La meta de la Psicología Comunitaria es modificar la conducta humana mediante la intervención al nivel de sistema social”.

Bennet²² “La Psicología Comunitaria se encarga del estudio de los procesos psicológicos generales que vinculan los sistemas sociales con la conducta individual en una interacción completa. La clarificación conceptual y experimental de estos vínculos proporcionarían la base de los programas de acción que se dirigen hacia el mejoramiento del funcionamiento individual, grupal y del sistema social”.

9. Se centra en los niveles de intervención organizacionales y comunitarios.

Blanco²³ “ Habrá que convenir que la Psicología Comunitaria se sostiene de manera primordial sobre unos presupuestos marcadamente sociales, sobre las hipótesis de que en las maneras de ser y de actuar no sólo intervienen poderosas razones personales, sino otras de naturaleza psico-estructural que acabamos compartiendo con otros muchos prójimos. La Psicología Comunitaria es, pues, una psicología del individuo en grupo, una psicología del individuo en sociedad, una

¹⁹ Bender, citado en Hombrados, opus cit.

²⁰ Heller, citado en Hombrados, opus cit.

²¹ Reiff, citado en Hombrados, opus cit.

²² Bennet, citado en Hombrados, opus cit.

²³ Opus cit.

psicología que atienda a las posibles consecuencias que se deriven de su pertenencia social y de su ubicación ecológico-estructural”.

10. La búsqueda de la interdisciplinariedad.

Newbrough²⁴ (1973) “La Psicología Comunitaria constituye un campo de la psicología que intenta integrar el conocimiento a través de otras líneas disciplinares con el fin de desarrollar una teoría general y unificada de la conducta humana”.

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA.

Según Rappaport²⁵ una de las principales características de la Psicología Comunitaria es que adopta un punto de vista ecológico. Se preocupa por la relación de interacción que mantienen los sujetos con su entorno y es por ello que su nivel de análisis trasciende lo individual para adoptar niveles de análisis más holísticos; la intervención se centra por tanto en factores socioambientales y sistemas sociales más que en las personas individuales, lo cual permite una acción política y social.

La Psicología Comunitaria intenta ser útil y relevante en la solución de problemas sociales. Su misión es ayudar a crear organizaciones más efectivas, procurar una prestación de servicios sociales acordes con las necesidades sociales y proporcionar las bases para el desarrollo comunitario. Por ello, la teoría, la investigación y la praxis se dirigen de forma unánime a crear los cimientos necesarios para construir una psicología de la acción y el cambio social desde una perspectiva ecológica. Esto conduce a la cuestión de los valores, siempre que se introducen los términos cambio, acción social o desarrollo comunitario, se habla de tomar una decisión respecto a qué valores se van a fomentar en el contexto social que nos movemos.

La Psicología Comunitaria plantea que los sujetos no son “culpables” de ser más vulnerables por encontrarse en un determinado contexto social, económico, o

²⁴ Newbrough, citado en Hombrados, opus cit.

²⁵ Rappaport, citado en Hombrados, opus cit.

político. Una adecuada intervención se dirige hacia el análisis del contexto y las necesidades de los individuos. Sólo así los sujetos tendrán más control sobre su entorno y serán más competentes. La solución de los problemas debe tender a crear entornos que permitan a los sujetos desarrollar aquellas habilidades que les hagan poseedores del control de sus propios recursos.

La creación de comunidades competentes es otro de los elementos que caracterizan a esta disciplina; lo que envuelve un fuerte compromiso con la intervención. La construcción de comunidades competentes es una respuesta de la teoría ante la desigualdad social, la alienación, la dependencia, la indefensión y la falta de participación.

Las estrategias para construir comunidades competentes se resumen en dos amplias perspectivas que son: el desarrollo de la comunidad y el cambio social. El desarrollo comunitario es un proceso diseñado para crear las condiciones sociales más adecuadas con la participación de la comunidad. Por ello las estrategias básicas de acción se dirigen a buscar la participación de los ciudadanos, la cooperación de voluntarios, la creación de grupos de autoayuda y la formación de líderes de la comunidad. El papel del profesional además se dirige a facilitar el proceso solución de problemas, generar nuevos entornos de ayuda, aumentar la responsabilidad e implicación entre los residentes, facilitar el contacto interpersonal, la disponibilidad de apoyo, la creación de nuevas redes sociales, etc. El cambio social sólo se produce si existe un verdadero interés y motivación entre los residentes por hacer prosperar y desarrollar su propia comunidad.

Numerosos autores han realizado el análisis de las características de la Psicología Comunitaria abordando diversos puntos como son:

1. Supone una reacción y alternativa al modelo médico tradicional.

Chacón²⁶ “Frente a la insistencia en los factores intrapsíquicos, el énfasis en los sistemas sociales; frente a culpar a la víctima de sus problemas, incidencia en el cambio social; frente a la intervención asistencial, prevención; frente a las intervenciones individuales, intervenciones supraindividuales; frente al problema de potencial humano y prerrogativas profesionales, entrenamiento de

²⁶ Chacón, citado en Hombrados, opus cit.

paraprofesionales y grupos de autoayuda; frente a la pasiva y dependiente relación médico-enfermo, la activa y competente relación técnico-cliente; frente al predominio profesional, interdisciplinariedad”.

2. Estudia al individuo en un contexto sociocultural. Los factores sociales juegan un papel decisivo en el desarrollo del individuo y la comunidad. El individuo se socializa en un determinado contexto y asume determinados valores y normas. Los factores físicos y sociales se consideran más responsables de conducta humana que los factores intrapsíquicos. La Psicología Comunitaria va más allá de las cuestiones individuales o personales y requiere el análisis de todos los elementos socioambientales que puedan explicar el comportamiento.

3. Adopta una perspectiva ecológica. La ecología del ambiente y sus características objetivas se analizan junto a las características de los seres humanos. La interrelación del ambiente y el comportamiento ofrecen numerosos datos de interés al psicólogo comunitario que se preocupa especialmente por conocer el funcionamiento de los sistemas sociales donde intervienen el ambiente y los organismos.

4. Es una psicología de la innovación y el cambio social. La necesidad de dar respuesta inmediata a los problemas sociales y el compromiso social hacen que la Psicología Comunitaria se plantee como objetivo el cambio social e institucional. Este cambio social es resultado de la intercomunicación que se produce entre los individuos y las instituciones u organizaciones y como consecuencia se generan nuevas formas o modelos para comprender la realidad.

5. Es necesaria la unión entre teoría y praxis. La Psicología Comunitaria se marca como objetivo primordial promover el bienestar y la calidad de vida de las personas. Esto significa que el sentido práctico y de utilidad guían la acción comunitaria que está dirigida a las necesidades de las personas; al tiempo que la investigación y el desarrollo de teorías dan solidez y sustentan su quehacer práctico.

6. Lo individual y lo comunitario deben ser unido y complementarse. El individuo y la comunidad no tienen vidas separadas ambos sistemas se interrelacionan y depende el uno del otro.

7. La unidad de análisis de la Psicología Comunitaria trasciende lo individual para dirigirse a lo supraindividual. No significa que olvide al individuo, al contrario aborda las necesidades de éste desde el contexto donde se desenvuelve para dar una mejor solución a los problemas sociales. Atiende el caso individual, rehabilitándolo y asistiéndolo, pero lo rebasa para situarlo en el contexto del que procede y pide a los sujetos su participación activa, su colaboración en la comunidad, para que adopten un sentido de comunidad y de pertenencia al grupo. El análisis de numerosos factores sociales, como por ejemplo; el nivel económico, las características del ambiente, la clase social, etc. han revelado la existencia de grandes diferencias comportamentales que han dado lugar a la existencia de grupos de riesgo y poblaciones marginadas.

8. Es necesaria la comunicación intradisciplinar e interdisciplinar. La Psicología Comunitaria debe relacionarse con otras áreas de conocimiento para alcanzar una mejor comprensión de la relación del individuo dentro de su contexto social. Se trabaja con otros profesionales en la solución de problemas sociales a través del funcionamiento de equipos interdisciplinarios, los diferentes enfoques que pueden aportar a un mismo problema pueden ser complementarios.

9. Prefiere el desarrollo de modelos conceptuales más que la búsqueda de leyes invariantes. La diversidad está siempre patente en la Psicología Comunitaria. Diversidad de contextos, de individuos, de ambientes, de organizaciones y de modelos teóricos. Como consecuencia la búsqueda de leyes invariantes no es objetivo primordial pues la diferencia de situaciones y contextos requiere el desarrollo de diferentes modelos.

10. Utiliza una gran variedad de procedimientos de investigación. El interés principal se centra en buscar el mejor procedimiento para el caso concreto que se esté estudiando. Esta amplitud de miras condicionada nuevamente por el carácter aplicado de la disciplina que no duda en elegir aquellos procedimientos que aseguren la pertinencia de los resultados sin dar opción a condicionantes teóricos.

11. Importante es la utilización de un modelo proactivo de intervención centrado en la prevención. Otro de los aspectos que caracterizan la intervención comunitaria es la preparación anticipada y el desarrollo de estrategias que

permitan inhibir o afrontar situaciones problemáticas. Por ello se sustituye el modelo de espera por un modelo de búsqueda caracterizado por una intervención anticipada.

12. Responsabilidad social. La intervención comunitaria prefiere centrarse sobre las comunidades más marginadas socialmente para proporcionarle los recursos más adecuados. Por ello es que la Psicología Comunitaria está cargada de valores que parten de las necesidades de la comunidad y siempre se la ha relacionado con orientaciones sociopolíticas comprometidas con la desigualdad y los grupos sociales más desfavorecidos.

13. Se perfila un nuevo papel profesional. La intervención en la comunidad requiere un acercamiento del psicólogo que abandona el rol de “experto” para analizar las características y demandas de la comunidad. El psicólogo debe encontrar la mejor forma de dar su conocimiento, convirtiéndose en un transmisor de habilidades y estrategias para solucionar los problemas que afectan a la comunidad.

El psicólogo comunitario actúa bajo tres directrices “optimizando la capacidad terapéutica que tiene la propia comunidad para solucionar sus problemas (de salud o de cualquier otro tipo) mediante el desarrollo de redes de apoyo, formación de paraprofesionales, ampliación de roles de profesionales claves de la comunidad, etc.; capacitar a la comunidad para disminuir el desfase entre su desarrollo potencial y su desarrollo real; y por último incrementar la capacidad de gestión de la comunidad para la autoadministración de los cambios pertinentes o para resistirse a ellos²⁷.

14. Su punto de partida y de retorno se centra en la comunidad. El centro del poder recae en la comunidad, en ella se centra sus orígenes, en ella se desarrolla y hacia ella se dirigen las intervenciones de la Psicología de la Comunidad.

El énfasis en la comunidad requiere promover su participación en la planificación y desarrollo de programas de intervención. Sin su participación directa en la elaboración de planes de acción, la Psicología Comunitaria no habría

²⁷ Martínez, M. & Barrón, A. (1993). *Psicología comunitaria*. Sevilla.: Eudema.

conseguido uno de sus objetivos primordiales: actuar conforme a las necesidades de la comunidad para mejorar la calidad de vida.

1.3 MARCOS TEÓRICOS EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA.

Los modelos que conforman el marco teórico de la Psicología Comunitaria han contribuido de forma importante al avance de la disciplina. Uno de los modelos más conocidos es el Dohrenwend²⁸ que los construye en torno a un concepto tan unificador como es el estrés psicosocial. También existe el modelo propuesto por Rappaport²⁹ quien plantea la potenciación o capacitación (Empowerment) como meta unificadora; en él se integran en una relación complementaria la potenciación, la prevención y los principios ecológicos. Otro de los modelos es el denominado modelo socio-comunitario basado en los planteamientos teóricos de la Psicología Comunitaria en Latinoamérica, se centra en la crítica social, la activación social y el desarrollo social con la participación siempre de la comunidad.

Modelo de estrés psicosocial de Dohrenwend.

Barbara Dohrenwend³⁰ propuso un modelo para dar respuesta a dos cuestiones importantes para los psicólogos comunitarios: qué hacen los psicólogos comunitarios y qué diferencias hay entre la Psicología Clínica y la Psicología Comunitaria. El modelo se construye en torno a un concepto clave y unificador: el estrés psicosocial; incluye la dimensión temporal y permite analizar la conducta atendiendo a la interacción de elementos personales y ambientales.

La autora conecta el estrés psicosocial con el proceso psicopatológico y diferencia la respuesta emocional inmediata de estrés de la respuesta psicopatológica: la primera aparece como una reacción normal ante un suceso anormal, mientras que la respuesta psicopatológica es el resultado de una

²⁸ Dohrenwend, citada en Hombrados, opus cit.

²⁹ Rappaport, citado en Hombrados, opus cit.

³⁰ Dohrenwend, citada en Hombrados, opus cit.

combinación de aspectos psicológicos individuales (estrategias y habilidades) y de factores ambientales (p.e. apoyo social disponible).

1. Los eventos vitales estresantes vienen determinados por las características psicológicas de la persona en la situación y por los elementos ambientales.

2. Ante la presencia de los eventos vitales estresantes se produce una reacción transitoria influida por mediadores situacionales y mediadores psicológicos.

3. La reacción de estrés transitoria interactúa con los factores ambientales y personales de algún modo complejo para producir uno de estos tres tipos de experiencias: a) El individuo domina la situación y se produce un crecimiento psicológico, es decir, supone una experiencia enriquecedora; b) no se produce ningún cambio psicológico sustancial, la persona regresa a su estado inicial; y c) aparece la respuesta psicopatológica definida como una reacción disfuncional continua y persistente.

4. Intervención. Las posibles respuestas del sujeto disponen el camino de la intervención y las distintas fases del proceso, el tipo de intervención más adecuada:

Terapias correctivas: dirigida a dar solución al problema psicopatológico, en este caso es la Psicología Clínica la encargada de cubrir las demandas de la persona.

Intervención en crisis: Su actuación se centra sobre la reacción transitoria de estrés de forma temprana para evitar la respuesta psicopatológica, todas las actividades realizadas en este caso forman parte de la Salud Mental Comunitaria.

Prevención: Se dirige hacia los mediadores psicológicos y situacionales. La intervención sobre los mediadores psicológicos se centra en el entrenamiento de estrategias individuales de afrontamiento para alcanzar un nivel óptimo de habilidad. La intervención en los mediadores situacionales se encamina a incrementar o proporcionar todos aquellos recursos que son necesarios para afrontar los problemas. Uno de los medios más conocidos para alcanzar este objetivo es a través del apoyo social. La intervención supone la creación de redes de apoyo, el fortalecimiento del sentimiento de comunidad, y la definición de todos aquellos recursos emocionales, materiales e instrumentales que conlleven la mejor

adaptación al medio. En muchos casos la intervención tiene que situarse más atrás creando las condiciones de vida necesarias para mejorar la situación social de grupos marginados. Se deben desarrollar programas que eliminen las circunstancias que producen los eventos estresantes, por ejemplo; los programas dirigidos al desarrollo de viviendas en zonas marginales, programas de cuidado prenatal y nutricional, etc. Estas actuaciones implican cierto compromiso político y definición de valores que también forman parte del quehacer de la Psicología Comunitaria.

Teoría de la Potenciación (Empowerment).

La potenciación se refiere tanto al sentido psicológico de control personal como a la provisión de derechos y opciones a los ciudadanos. Es un constructo multinivel aplicable tanto a individuos como a organizaciones, lo que conduce al estudio de las personas en el contexto. Es un proceso, un mecanismo por el cual las personas y las organizaciones obtienen control y dominio sobre sus vidas. Por tanto su contenido difiere atendiendo diferentes entornos, personas y organizaciones a las que se dirige, abre sus puertas a la diversidad de soluciones. Para comprender el significado que tiene la Potenciación hay que conocer mejor la relación del individuo con el entorno. Parte de ello consiste en especificar cuáles de esas relaciones son las más adecuadas para las personas, comunidades y organizaciones; y cuál es la naturaleza de los entornos en los que se desarrolla o inhibe la potenciación. Existen al menos dos formas complementarias para alcanzar estos objetivos, la primera estudiando los entornos que proporcionan dominio y poder a las personas y aquí se incluyen las denominadas estructuras sociales intermedias (asociaciones, familia, etc.), de esta forma los investigadores observan y describen las condiciones que conducen al fenómeno de interés. La segunda forma se consigue estudiando los ambientes donde no esperamos que surja la Potenciación, porque las condiciones ambientales no lo permiten. El papel del agente de cambio es, en colaboración con las personas que viven esos entornos, ayudarles a crear y comprender las condiciones que les permitan un

cambio en la relación con su entorno y que les llevan al desarrollo de la Potenciación.

Rappaport³¹ menciona que la naturaleza de la teoría en la Psicología Comunitaria ha de ser una naturaleza ecológica para lo cual expone una serie de proposiciones e hipótesis que deben guiar el desarrollo teórico y el estudio empírico del fenómeno de interés de la psicología comunitaria:

1. La potenciación es un constructo multinivel. El estudio de la interacción persona-ambiente se realiza bajo diferentes niveles de análisis -individual, grupal, organizacional, comunitario-, se asume que existe una influencia mutua entre los distintos niveles durante el proceso de intervención y que éste tiene lugar de forma continuada.

2. La difusión del impacto de un nivel de análisis sobre los otros hay que considerarlo como un aspecto muy importante. La teoría de la Potenciación asume que la comprensión de las personas, entornos y políticas sociales requieren múltiples medidas desde diferentes puntos de vista y niveles de análisis. No hay que limitarse al estudio sino a valorar todos los aspectos del contexto que nos permitan un adecuado desarrollo tanto de la teoría como de la práctica.

3. El contexto histórico en el que una persona, un programa o una política social tienen lugar determinan en gran parte los resultados de la intervención.

4. La importancia del contexto cultural. Se debe contemplar la cultura del entorno como aspecto fundamental para observar la diversidad y la relatividad cultural que ofrecen los diferentes marcos ambientales.

5. Investigación longitudinal, o el estudio de las personas, organizaciones y políticas sociales de forma continuada.

6. La teoría de la potenciación es auto-consciente de su visión del mundo. Admite ciertos presupuestos teóricos que se derivan de sus valores, objetivos, actitudes, creencias, e intenciones.

7. Las condiciones de participación en un entorno tendrán un impacto sobre la potenciación de sus miembros. Las condiciones más favorables (características

³¹ Rappaport, citado en Hombrados, opus cit.

del entorno, historia, cultura, etc.) tendrán un efecto más positivo en el desarrollo de la potenciación.

8. Una organización que tenga una ideología de potenciación desarrollará mejor sus recursos que una organización que actúe bajo una ideología de dependencia.

9. Las soluciones desarrolladas localmente tienden más a la potenciación que la creación de líneas generales de actuación.

10. El tamaño de los entornos. Es un aspecto importante a contemplar porque a él van asociados otros aspectos como la especificación de recursos, roles de sus miembros, etc.

11. La potenciación se dirige al desarrollo de los recursos de personas y entornos.

La potenciación cree en el poder de la gente para dirigir sus propias vidas y en su dominio para involucrarse en la vida de la comunidad.

Modelo Socio-Comunitario.

En la búsqueda de modelos que dirijan la acción e investigación en Psicología Comunitaria, los trabajos realizados por los psicólogos comunitarios en América Latina han hecho un esfuerzo por sentar las bases de lo que denominan una Psicología Social Comunitaria, en ésta se intenta adoptar una postura integradora donde su nivel de análisis supere el nivel de análisis psicológico-individual, propio de la Psicología Social tradicional. Intenta comprender el fenómeno individual en el contexto del fenómeno colectivo, nunca de forma aislada. La disciplina se desarrolla en un marco donde se integran las diferentes perspectivas: ecológica, de cambio social, etc.; incorpora las contribuciones de otras ciencias sociales; y hace especial hincapié en la participación comunitaria y en los servicios de ayuda no profesional.

Elementos del modelo.

La base material. El modo dominante de producción de un momento histórico proporciona el marco en el que los seres humanos crean sus percepciones de la realidad, en función de éstas desarrollan las relaciones sociales más apropiadas.

El fenómeno de la ideología y la comunicación. El análisis de la comunicación y la ideología permiten a los psicólogos socio comunitarios reconocer las definiciones sociales de la realidad y conocer su perspectiva social. La ideología se define como las formas compartidas de comprender la realidad social, son expresiones de las relaciones sociales de dominio y control. El análisis de la comunicación incorpora el estudio del lenguaje y sus símbolos como mediadores de las relaciones entre diferentes sectores de la sociedad.

El concepto de conciencia. Para el psicólogo socio-comunitario es necesario conocer el grado de concienciación de un individuo o grupo en un momento dado y su posible implicación en un proyecto social concreto. Por ello se investigan aquellos factores que determinan la concienciación de diferentes grupos o sectores de la población.

El nivel de interacción social. Es necesario identificar el nivel de interacción de los sujetos y descubrir las normas que rigen la vida social. En este punto se analizan las redes sociales, la provisión de apoyo, el funcionamiento de asociaciones y grupos pequeños, la solidaridad, el lenguaje no-verbal, los aspectos culturales y todos aquellos elementos que permiten una mayor comprensión de la realidad social. Especial hincapié se hace en el análisis cultural para planificar las estrategias de cambio social.

Desviación, control y cambio social. Es importante comprender bajo qué condiciones ocurre el cambio social, qué mecanismos de control inician una definición alternativa de la realidad y qué impacto tiene sobre los sujetos que participan en dicho cambio. La desviación es el resultado de una definición alternativa de la realidad y el control es el producto de los mecanismos sociales de homogeneización de la conducta. El cambio social se define como alteración en la función y forma de un grupo significativo, de una institución o de un orden social.

Un cambio en la función implica un cambio en los valores, premisas y objetivos que guían a un sistema social es decir, es un cambio de ideología.

El modelo está centrado en torno a las relaciones recíprocas entre la construcción social de la realidad y la activación social e intenta establecer el mecanismo a través del cual aparecen las definiciones alternativas de la realidad. Se hace especial hincapié en la creación de escenarios alternativos como estrategia fundamental para alcanzar el cambio perseguido. Por tanto prefieren los cambios en la forma a través de la creación de nuevos marcos para la conducta.

Implicaciones prácticas del modelo.

El marco de la investigación se sitúa en un modelo de acción-investigación que denominan “Intervención en la investigación”, en donde el profesional actúa como un agente de cambio social lo que implica: a) proporcionar información y promover actitudes y opiniones; b) ofrecer los servicios de ayuda que se requieran; c) definir los problemas y las soluciones en el contexto de los participantes; d) explicar a los sujetos los objetivos y propósito de la investigación; e) planificar con ellos programas de acción social y compartir los hallazgos.

El cambio social se organiza principalmente a través de la autogestión y desarrollo de la comunidad; a partir de una definición de las necesidades y recursos de la comunidad, se establecen una serie de actividades que la comunidad contempla como útiles en la solución de los problemas.

Los objetivos del modelo social-comunitario son prácticos, por tanto el modelo defiende la unión teórico-práctica y establece los principios que deben dirigir la acción profesional: a) la democratización del acceso a la dirección y consumo de la riqueza social de todos los sectores de la sociedad, b) la necesidad de una comunidad informada y socialmente activa; c) el desarrollo de la investigación dirigida hacia el mejoramiento de la calidad de vida; d) el desarrollo de equipos de trabajo colectivos que aumenten el rendimiento intelectual, cultural y material de la sociedad; e) el desarrollo de un análisis crítico de las instituciones, de tal forma que estas cumplan con su función social; f) la legitimación de la cultura y la conciencia populares, y g) el desarrollo de una conciencia social por medio de un proceso educativo y cambio de actitud.

El desarrollo del modelo socio-comunitario es el producto de un contexto cultural, social y político concreto. La Psicología de la Comunidad en América Latina se caracteriza por una orientación integral a la práctica a través de la acción y reflexiones comunitarias y está centrada en la crítica social, la activación social y el desarrollo social.

Teniendo en cuenta las connotaciones políticas y la historia, el modelo socio-comunitario se caracteriza por un fuerte compromiso con la justicia social y en un extremo con un cambio de ideología hacia posiciones más identificadas con las necesidades sociales de las comunidades marginadas.

La actuación del profesional de la psicología comunitaria debe caracterizarse por ser creativa y flexible, debe estar orientada a incrementar las opciones, y dirigirse al fortalecimiento de individuos y entornos. La intervención ha de ser catalizadora del cambio, el psicólogo comunitario tiene que dotar, capacitar y facilitar estrategias, para ello ha de trabajar de forma interdisciplinar, y debe funcionar como coordinador de servicios.

Hay que romper con el rol tradicional inspirado en el modelo médico del profesional que actúa como experto, para tender a un rol profesional que capacite a las personas a ser interdependientes de manera competente (creando proyectos comunitarios conjuntos, grupos de apoyo, etc.). Es necesario que el psicólogo atienda a los recursos locales como forma de incentivar una actuación común por parte de quienes viven en una misma comunidad. Se describe un rol profesional directamente implicado en y para la comunidad.

En este capítulo se presentó información acerca de la Psicología Social Comunitaria, para dar encuadre al siguiente en el que se describirán las características de la institución en la cual laboré.

CAPÍTULO 2. PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.

1.1. ORÍGENES DEL PROGRAMA.

Se puede decir que el Programa IMSS-Solidaridad constituye en México, una de las representaciones más acabadas de solidaridad social y que, desde sus orígenes, fue planeado por el Instituto Mexicano de Seguridad Social como un intento por trascender el concepto clásico de seguridad social al decidir extender los beneficios de ésta a los grupos marginados del país.

El 19 de enero de 1943, se promulgó la Ley del Seguro Social lo que dio paso, el año siguiente, a la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Aunque en un principio los beneficios de esta ley sólo amparaban a la población asalariada ya se tenía el propósito de extender tales beneficios a la población no protegida contractualmente.

Esto se puede ver en 1954 cuando, a pesar del lento proceso organizativo institucional y en el afán por crear un sistema de protección cada vez más vinculado a la realidad nacional, se inició la incorporación al Seguro Social, de trabajadores urbanos y rurales asalariados e independientes de las zonas agrícolas del norte de la República. Este paso inicial se da en 13 municipios que contaban con extensas áreas de cultivo y una adecuada infraestructura en cuanto a vías de comunicación, sistema de riego y tecnificación de los procesos productivos. En 1959 se incorporan los trabajadores urbanos independientes, 1960, el Seguro Social amplía su cobertura a los trabajadores estacionales del campo y miembros de sociedades de crédito ejidal, en 1963 hace extensivos sus beneficios a los productores y cortadores de caña, en 1965 a los ejidatarios y productores de escasos recursos.

En 1973, ante las múltiples carencias de los campesinos, debido al crecimiento económico desigual en el país, el gobierno de la República promueve cambios importantes en la legislación del Seguro Social, y con ello la posibilidad de extenderlo a las regiones indígenas y campesinas más desprotegidas, en esta nueva ley se estipula la obligación del Instituto de otorgar servicios de Solidaridad

Social a dicha población, principalmente, asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.

El financiamiento de estos servicios recae, hasta la fecha, en el gobierno federal y el Instituto Mexicano del Seguro Social; la ley establece de manera explícita que la extensión de los servicios de solidaridad social estará sujeta a que ambos puedan derivarle recursos sin perjudicar su ejercicio financiero. Como consecuencia de estas modificaciones, se creó en junio de 1974, el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria¹. En su primer año, el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria establece servicios de Solidaridad Social para la población rural de la zona ixtlera del país, construyendo 7 Clínicas Hospital de Campo y adaptando 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) para que funcionaran como unidades de primer nivel de atención. Para 1976, su red de servicios comprendía 30 hospitales rurales y las unidades médicas ya mencionadas, la infraestructura ubicada en 19 entidades federativas y con la que se atendía a 3.8 millones de solidariorhábientes.

En 1977, la Presidencia de la República, con la participación de 11 dependencias encargadas de promover el desarrollo rural en materia de educación, abasto alimentario, servicios públicos, caminos, electrificación y apoyo a la economía campesina, creó la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y por medio de esta coordinación, el 25 de mayo de 1979, firmó con el Instituto Mexicano del Seguro Social un convenio para extender la infraestructura de servicios de salud y ampliar su cobertura a 10 millones de beneficiarios de zonas semidesérticas y marginas de la república.

Mediante esta acción, el Ejecutivo otorgó al IMSS la responsabilidad de organizar y administrar los servicios de solidaridad social, tomando en consideración su liquidez financiera y su estructura administrativa, así como la amplia experiencia que tenía el Instituto en la atención a la salud de los

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2000). *Diagnóstico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales de México*. México, D.F.: Autor.

trabajadores; de esta forma el Programa comenzó a identificarse como IMSS COPLAMAR.

Dentro del convenio de referencia, se estableció que COPLAMAR tendría la responsabilidad de vigilar que la comunidad desarrollara jornadas de trabajo comunitario como contraprestación a los servicios recibidos y cuyo cumplimiento era una obligación para todas las localidades rurales, que otorgaba el derecho de sus habitantes al disfrute de los servicios. Los trabajos comunitarios consistían en realizar actividades que, directa e indirectamente, promovían la elevación del nivel sanitario y social de esas poblaciones conforme a sus necesidades.

Al finalizar el período de 1979 a 1982, el Programa IMSS Solidaridad contaba ya con una red de servicios integrada por un total de 3,025 unidades médicas rurales y 60 hospitales rurales “S”, la mayor parte de esas instalaciones ubicadas en comunidades pequeñas y de difícil acceso, con lo que se abarcaba a todo el país con excepción del Distrito Federal.

“En febrero de 1983, se elevó a rango constitucional el derecho a la salud de todos los mexicanos y el Estado empezó a impulsar acciones para hacerlo efectivo. Es por ello que en abril de ese mismo año, se decretó la desaparición de COPLAMAR otorgándose la total responsabilidad operativa del Programa al Instituto Mexicano del Seguro Social”². Esta situación, con base en la experiencia institucional y en las recomendaciones derivadas de la Conferencia Internacional de Alma-Ata sobre atención primaria, permitió transformar el modelo de atención establecido desde los inicios de la solidaridad social en un innovador Modelo de Atención Integral a la Salud, que igualó su forma de operación para dar una mejor atención a la diversidad de condiciones sociales y culturales de la población solidariorhabiente.

El período presidencial de 1983 a 1988, ayudó a las ideas políticas que deseaban fortalecer federalismo, democratizar los asuntos públicos y dar mayor eficacia a la gestión de la administración pública, a partir de las cuales el 8 de marzo de 1984, se decretó la descentralización a los gobiernos de los estados,

² IMSS (2000). Opus cit.

tanto de los servicios prestados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia como por el Programa IMSS-COPLAMAR.

Para facilitar la operación, control y evaluación del proceso de descentralización, se crearon el Comité de Operación y los Consejos estatales de Vigilancia, órganos colegiados cuya función consiste en dar apoyo y seguimiento a los servicios que proporciona el Programa.

Para cumplir con la descentralización, el IMSS creó un órgano específico que coordinara, a partir de 1985, la entrega de los servicios del Programa a los gobiernos de los 14 estados que son; Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Quintana Roo. Como consecuencia, se transfirieron a dichas entidades federativas funcionando en buenas condiciones, 23 hospitales y 911 unidades médicas rurales, infraestructura que actualmente es operada por la Secretaría de Salud y los gobiernos correspondientes. El programa, por su parte, mantuvo funcionando 50 hospitales rurales y 2,404 unidades médicas rurales, con los que a mediados de los ochenta, se extendía a 9 millones de solidariorhábientes incluidos los refugiados guatemaltecos que desde 1981 comenzaron a establecerse en territorio mexicano.

En 1985 se comenzó con una etapa, en la que se enfatizó que la infraestructura de servicios mantuviera condiciones adecuadas de operación y en que la planta física recibiera una conservación satisfactoria. Asimismo, se dio un especial impulso a la coordinación y concertación interinsitucional e intersectorial a través del Comité de Operación y de los Consejos Estatales de vigilancia.

En la administración de 1988 a 1994, el gobierno federal estableció el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) como una de las líneas estratégicas del Plan Nacional de Desarrollo, para iniciar una lucha de frente en contra de la pobreza extrema mediante la unión de esfuerzos coordinados de los tres niveles de gobierno y los concertados con distintos grupos sociales.

A partir de 1990, el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación a IMSS-Solidaridad para hacer más congruente su nombre con la filosofía que le dio origen.

Como parte del PRONASOL y con objeto de ubicar servicios permanentes de salud a más localidades con población abierta, en el período de 1989-1994, se desarrolló el Programa de Ampliación de Cobertura que propició un crecimiento extraordinario en la infraestructura de IMSS-Solidaridad, debido a que en esos años se construyeron, en todo su universo de trabajo, 1,111 nuevas unidades de primer nivel y 10 hospitales rurales, en los estados de Chiapas (3), Durango (1), Zacatecas (1), Michoacán (1), Oaxaca (2) y Puebla (2); este crecimiento permitió que la población atendida alcanzara la cifra de 10.3 millones de personas; se financió la construcción de estas unidades con recursos económicos proporcionados por PRONASOL.

En el tiempo de 1992 a 1996, la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad se dieron a la tarea de identificar aquellas localidades donde ambas instituciones mantenían instalaciones, como resultado, se decidió incorporar al Programa 9 centros de salud de la Secretaría; de igual manera, se le incorporaron 6 unidades que atendían a población asegurada del IMSS en el estado de San Luis Potosí, debido a que la población solidariohabitante era más numerosa que la población asegurada. Asimismo el IMSS otorgó al Programa otras unidades, 27 de primer nivel y el hospital de Matamoros de la Comarca Lagunera en Coahuila; la transferencia de las 27 unidades se debió a que en años recientes el henequén había dejado de ser fuente de trabajo para los habitantes de ese estado, con lo que se limitó la capacidad económica de los productores de esta fibra, los cuales pasaron a ser considerados solidariohabitantes.

En 1996, fueron transferidas antiguas unidades médicas de solidaridad social (1974) a IMSS-Solidaridad mediante el recurso de homogeneizar los regímenes administrativos en que se tenían divididas las unidades médicas del Programa. Con esto se cumplieron las condiciones para que el Gobierno Federal absorbiera en su totalidad la aportación financiera que permitía la operación del Programa. Esta disposición propició también la homologación de categorías y sueldos del personal inscrito en los dos regímenes administrativos.

Ese mismo año, la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Salud determinaron no seguir asignando al Programa recursos

económicos para la construcción y puesta en operación de nuevas unidades médicas, por lo cual se determinó que 6 hospitales en proceso de construcción, se concluyeran con la participación financiera de los gobiernos estatales correspondientes. Los cuales eran: Guadalupe Calvo en Chihuahua, San Bartolo Tutotepec en Hidalgo, Rosamorada en Nayarit, María Lombardo de Caso en Oaxaca, Misantla en Veracruz y Candelaria en Campeche. Ante esta situación, se suspendió la construcción de nuevas unidades médicas bajo la responsabilidad del Programa IMSS-Solidaridad.

En 1997, por disposición de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se cambió el origen de los recursos financieros del Ramo 19, "Aportaciones de Seguridad Social", esto provocó, que desde ese año, los recursos destinados a IMSS-Solidaridad se realicen a través de la Secretaría de Salud.

Por otra parte, es importante mencionar que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el Programa de Reforma del Sector Salud, incluyeron entre sus propósitos el de continuar con la descentralización a los gobiernos de los estados, de los servicios de salud a población abierta, para mejorar su eficiencia, por lo que de acuerdo a esta disposición, IMSS-Solidaridad elaboró los Lineamientos específicos y el Plan integral para su descentralización así como el Manual de Procedimientos y el Modelo de Capacitación Administrativa a los Gobiernos de los Estados. Actualmente, se está en espera de la instrucción sectorial correspondiente para la ejecución de este proceso.

A la par con estos hechos, en 1997 el Ejecutivo creó el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), determinando posteriormente incorporar su aplicación al ámbito de operación de IMSS-Solidaridad. Esta decisión ha sido muy importante en la estructura y organización de los servicios, debido a que las unidades médicas del Programa apoyan en la referencia y control de pacientes a las "microrregiones" que agrupan localidades incluidas en este proyecto.

Actualmente, el Programa opera una red regionalizada de servicios, integrada por 3,540 unidades médicas rurales y 69 hospitales rurales, con los que se atiende a cerca de 10.9 millones de personas que habitan en comunidades rurales marginadas.

IMSS-Solidaridad puede ser definido como un programa del Ejecutivo Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual promueve el derecho a la salud y el bienestar individual y colectivo de millones de mexicanos que en el medio rural, no tiene accesos a los servicios permanentes de salud.

2.2. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD.

Conforme se extendía la seguridad social al campo, se fue logrando un conocimiento más amplio de las condiciones socioeconómicas y de la situación de salud de la población amparada por el Programa. Desde que comenzaron a funcionar en las diferentes regiones del país las primeras unidades médicas, se pudo observar, en su área de influencia, un grande mosaico cultural y étnico que debía ser entendido y respetado. El trato directo y continuo con los solidariorhabientes permitió ir identificando sus ancestrales formas de organizarse y cooperar en asuntos de interés colectivo, así como las costumbres y las prácticas comunitarias en torno a la salud.

El diagnóstico de las zonas marginadas rurales, realizado en 1981, demostró que en dichas áreas geográficas los principales padecimientos son resultado de las precarias condiciones de vida de sus habitantes, por lo que para continuar mejorando su estado de salud se necesitaba rebasar el enfoque preventivo asistencial con el que funcionaban las unidades médicas del Programa y sustituirlo por otro más amplio, que partiera de una visión del proceso salud-enfermedad como un fenómeno determinado por la completa interacción del entorno social y ecológico con el modo de vida y herencia biológica de cada ser humano, sin dejar de considerar que los distintos grupos sociales según el momento histórico y su ideología, conciben y enfrentan este proceso de diferente manera.

Lo mencionado anteriormente consideraba la obligación de cumplir con el mandato constitucional de otorgar a la población con oportunidad y eficiencia, servicios de salud accesibles desde el punto de vista cultural y geográfico, y de respetar su derecho de participar en el cuidado de su salud, en el momento y

forma que ella decidiera, de acuerdo con sus valores culturales y las circunstancias de su realidad económica. Implicaba el compromiso de trabajar junto a la comunidad con la participación de personal interdisciplinario, además del de medicina y enfermería, a fin de llevar a la práctica propuestas concretas acordes con la cultura local y basadas en una tecnología simplificada, que posibilitara actuar sobre las principales causas de enfermedad y muerte. Implicaba también el enlazar, por medio de la coordinación interinstitucional e intersectorial, las acciones del Programa a las de otras dependencias públicas o privadas, vinculadas al desarrollo rural, que están en posibilidad de aportar asesoría técnica y recursos a la población y contribuir con ello a elevar su nivel de vida, requisito indispensable para un mejor estado de salud comunitario.

Ya en 1983 la población mostraba una actitud favorable hacia el Programa y se había iniciado un acercamiento respetuoso a su cultura, del que existía una experiencia concreta, obtenida de la interrelación con la medicina institucional con la tradicional. La contraprestación formaba parte de la vida comunitaria y era un medio valioso para orientar la participación de los solidariohabitantes hacia el objetivo común de mejorar su estado de salud. Por ello se decide llevar a la práctica el nuevo enfoque de trabajo y cumplir las obligaciones que presuponía, por lo que se elabora el modelo de atención integral a la salud que es congruente con las recomendaciones de Alta Ata y con la realidad socioeconómica del país.

En la primera situación por vía del método clínico, el equipo de salud de las unidades médicas valora cada uno de los casos que acuden en demanda de servicio, con el objetivo de diagnosticar su estado general de salud y de proporcionarle el tratamiento necesario de acuerdo con la enfermedad identificada. De comprobar la presencia de padecimientos transmisibles, aplica las medidas preventivas indispensables para evitar la posible repercusión de éstos en la salud de la familia y de la población. De igual manera realiza, junto con la comunidad, el seguimiento y control de los enfermos que lo necesitan, o su traslado oportuno al segundo nivel de atención. En el caso de una persona sana, estando de acuerdo ella y sus acompañantes se adoptan todas las medidas indispensables para preservar su salud la de su familia.

En la segunda situación, mediante un proceso de reflexión y diálogo continuo, el personal del programa y la comunidad efectúa, al inicio de cada año, el diagnóstico de salud local, que consiste en identificar de qué enferma y muere la población y cuáles son las causas de ello. Planean, programan y realizan las actividades para resolver los principales problemas de salud, considerando todos los recursos disponibles, entre ellos los federales, estatales municipales, y los propios de la comunidad, incluidos los de la medicina tradicional, y evalúan resultados con la finalidad de conocer los efectos de las actividades realizadas sobre salud comunitaria. También se valora el compromiso de los involucrados, se reconocen aciertos y deficiencias, con base en ello, se impulsan o reorientan acciones.

Una vez iniciado, el proceso se continúa indefinidamente, con apoyo en un procedimiento que consiste en analizar, al término de cada año, los resultados de la evaluación, a fin de tomarlos como marco de referencia para actualizar, al inicio del año siguiente, el diagnóstico de salud de la población y mantener o modificar, de ser necesario, el plan de trabajo.

Para favorecer el proceso de reflexión mencionado anteriormente, se consideró conveniente que el personal de las unidades médicas estableciera vínculos con las comunidades a su cuidado, interactuando con ellas en condiciones de igualdad y de respeto a sus creencias y valores culturales. Con la interacción propuesta, definida como la influencia recíproca a través del conocimiento mutuo, el diálogo y el intercambio de experiencias, se pretendía lograr poco a poco:

- Mantener el reconocimiento de la comunidad obtenido por el Programa y, con esto, formar y consolidar una organización comunitaria para la salud, con el consentimiento previo de la población solidariohabitante.
- Intercambiar conocimientos con la organización comunitaria, que le permitan reflexionar en sus propios términos, junto al personal de las unidades médicas, sobre los problemas locales de salud y establecer compromisos para resolverlos.
- Difundir, a partir de la organización comunitaria al resto de la población, el producto de la reflexión y los compromisos posibles de ser asumidos, para

que cada familia, en la medida de sus posibilidades y por convicción los adoptara como propios.

La organización comunitaria para la salud que se decidió impulsar es aquella que ha estado operando en el ámbito del Programa IMSS-Solidaridad desde el inicio de éste, conforme a la siguiente estructura:

- La asamblea
- El Comité de Salud y Solidaridad
- Los promotores sociales voluntarios rurales
- Las Asistentes Rurales de Salud

En cada comunidad, la asamblea esta conformada, con los habitantes que de acuerdo con los patrones culturales locales tienen la facultad de intervenir en reuniones comunales donde se toman decisiones y establecen compromisos colectivos. Es, por lo tanto, el foro más importante en el que analizan los principales motivos de enfermedad y muerte en la localidad y se establecen compromisos para actuar sobre sus causas.

El Comité de Salud y Solidaridad es el órgano de gestoría que representa el compromiso de la comunidad de participar en el cuidado de la salud. Debido a su condición, este comité es el vínculo entre los promotores sociales voluntarios rurales y el personal de la unidad médica. Está conformado por un presidente, un vocal de saneamiento, uno de salud, uno de nutrición, uno de educación, contralor social y vocal en atención a desastres. La selección de sus miembros se realiza cada dos años o con la periodicidad que la población determina y pueden ser reelegidos. Cada nuevo comité que se integra participa con el equipo de salud en un proceso reflexivo de capacitación en el que, mediante el intercambio de conocimientos y experiencias, se identifica con sus funciones y adquiere las bases que lo capacitan para desempeñarlas.

Los promotores sociales voluntarios rurales son miembros de la comunidad que han aceptado la responsabilidad de cuidar la salud de un grupo de familias, incluida la propia. Su selección la realiza la comunidad reunida en asamblea, aunque se puede dar la modalidad de que un grupo de familias escoja entre ellas a la persona que será su promotora. La tarea más importante de los promotores

es la de aplicar, en beneficio de su familia, los conocimientos sobre salud que aprenden y promoverlos a las demás familias, con el objetivo de que éstas asuman compromisos para mejorar su estado de salud, los cuales se incorporan al programa local de trabajo y son parte del seguimiento a realizar por el promotor y el personal del Programa. Antes de iniciar sus actividades reciben capacitación acerca de sus funciones.

Las Asistentes Rurales de Salud son personajes de la comunidad elegidos en asamblea para coordinar, capacitar y apoyar el trabajo de los promotores y el comité así como a la comunidad. Este personaje es capacitado durante dos meses por personal institucional, a fin de que al término de la capacitación maneje un cuadro básico de medicamentos y asista en su comunidad los problemas de salud que no sean de gravedad, así como también el llevar a cabo acciones preventivas que implican mejoramiento de la vivienda aplicando la tecnología apropiada y la promoción del saneamiento básico y control de fauna nociva y transmisora.

En resumen, el modelo descrito tiene como característica la integralidad porque:

- Facilita que el equipo de salud oriente las prestaciones de servicios a las personas enfermas, así como a las sanas, en forma individual, familiar o colectiva, y vincula su trabajo en la unidad con la que realiza en la comunidad.
- Posibilita que los equipos de salud y la población identifiquen juntos los principales problemas locales de salud, analicen sus causas y efectos, planeen y realicen actividades para resolverlos, evalúen sus resultados.
- Permite a la comunidad unir sus recursos a los aportados por el Programa IMSS-Solidaridad y por instituciones públicas, responsables del desarrollo rural, con base en un objetivo común.

El modelo de atención integral a la salud se planeó para ser llevado a la práctica en un universo de trabajo conformado por un promedio de 10 localidades en el caso de los hospitales, y 4 en el caso de las unidades médicas rurales, por ello en 1983 su instauración significó el planear y controlar acciones en más de 10 mil poblados pequeños, con poca comunicación y deficientes medios de transporte.

A pesar de la magnitud que implicaba esta responsabilidad, la tarea fue posible porque, además del soporte administrativo y técnico del Instituto, el Programa contaba con la estructura administrativa propia, que comenzó a integrarse desde las etapas iniciales de éste con el propósito de garantizar el funcionamiento correcto de las unidades médicas.

En 1983 se había establecido la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad, como dependencia de la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social, facultada para planear y controlar aspectos técnicos relativos a la operación de las unidades médicas y coordinar el apoyo de otras áreas del Instituto, con el objetivo de asegurar la adecuada prestación de servicios a la población solidariorhabiente. En las delegaciones que el Seguro Social tienen establecidas en los estados se disponía, formando parte de la Jefatura de Servicios Médicos, de uno o más grupos multidisciplinarios responsables de vigilar el funcionamiento de los hospitales rurales en su ámbito de competencia, y de apoyar y controlar la labor de un equipo zonal de supervisión por cada 20 unidades médicas rurales.

En el período de 1983 y 1984 se estructura y simplifica el sistema de información para transformarlo en un recurso que posibilitara evaluar, en los distintos niveles la de estructura administrativa, los avances logrados en el mejoramiento de la salud de la población solidariorhabiente, y se establecen los procedimientos para obtener de la comunidad, previo acuerdo con ella, información no convencional de las acciones de salud realizadas en el seno de la familia y de la colectividad³.

Con relación a la vinculación de la medicina institucional con la tradicional, prevista en el modelo, entre 1983 y 1984 se generaliza a todo el ámbito del Programa la experiencia de interrelacionar ambas prácticas médicas adquiridas previamente en el estado de Chiapas; se aportan bases para propiciar una relación armónica entre el personal de las unidades médicas y de los terapeutas tradicionales del universo de trabajo, y se favorece la participación de éstos en el esfuerzo por mejorar el estado de salud comunitario.

A la par de lo mencionado anteriormente se crea en la coordinación general un área encargada de planear y controlar los aspectos técnicos relativos a la organización y participación comunitaria, y se dota a los grupos multidisciplinarios y zonales de personal con formación en el campo de las ciencias sociales o la salud comunitaria, al que se le asigna la función de apoyar a los equipos de las unidades médicas en el proceso de lograr la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

Con el objetivo de facilitar la aplicación del modelo en las localidades del universo de trabajo carentes de un servicio permanente de salud, a partir de 1984 se comienza a capacitar a voluntarios de esas comunidades, elegidos en asamblea, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades frecuentes de baja complejidad, en la identificación y derivación a la unidad médica de los casos difíciles o complicados, en la formación y consolidación de la organización comunitaria para la salud, en la promoción del mejoramiento de la vivienda, el saneamiento básico y la producción familiar de alimentos. Surge así el asistente rural de salud.

Desde 1985 el modelo entra en una fase de consolidación, lo cual genera la posibilidad de ir adaptando periódicamente a las necesidades de los equipos de salud de las unidades médicas y de la población solidariorhabiente, los documentos técnicos de apoyo, la capacitación al personal institucional y a los voluntarios de la comunidad, la supervisión-asesoría, el sistema de información y los lineamientos de evaluación y seguimiento, en especial los relativos a la autoevaluación anual de las delegaciones que desde 1981 se realizan en todo el ámbito del Programa, así como los concernientes a las reuniones zonales y delegacionales en las que mensualmente se analizan avances y limitantes corrigiendo aquello que sea necesario.

En todas las acciones de consolidación se ha procurado utilizar procedimientos actualizados o avances tecnológicos de acuerdo con el medio rural y socialmente aceptables para la población indígena y campesina a la que el Programa se ha comprometido a servir.

³ Instituto Mexicano del Seguro Social. (1993). *Diagnóstico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales en*

2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN SOLIDARIOHABIENTE.

La población que atiende el Programa IMSS Solidaridad está conformada por una diversidad de grupos humanos que crean un mosaico de culturas, lenguas, cosmovisiones y creencias diversas. Todos estos grupos interactúan con un ambiente variado en climas, orografía y recursos naturales, mismos que en la mayoría de los casos presentan degradación y deterioro, y como consecuencia pérdida o contaminación de las bases materiales de la producción, como la tierra, los bosques y el agua.

La pobreza es lo que distingue a esta población, en el territorio nacional, sin embargo en el norte existen menos carencias y más oportunidades que en el sur, a pesar de su enorme riqueza de recursos naturales, registra los índices más elevados de pobreza extrema y dispone de menores alternativas de desarrollo, por lo que genera una migración elevada. Dentro de este contexto, sobresalen las poblaciones indígenas cuya situación en cualquier parte de la república se caracteriza por su aislamiento y pobreza extrema, dándose en esas localidades los atrasos más importantes en salud.

Estos grupos étnicos y otros segmentos importantes de la población, ancestralmente, han contado con una medicina tradicional o doméstica para atender sus problemas de salud, entendida como un cuerpo de conocimientos que se distinguen de región a región en sus recursos terapéuticos, nosologías y especialidades.

“En México y América Latina, la pobreza presenta un panorama dramático no sólo por la enorme dificultad compartida para poder satisfacer las necesidades básicas de su población sino porque la miseria y la pobreza, avasallantes en nuestros países, constituyen formas extremas que golpean la dignidad de quienes la padecen y excluyen a los individuos y las familias de los beneficios del desarrollo⁴”.

México. México, D.F.: Autor

⁴ Hernández, Laos. (1989). *Medición de la incidencia de la pobreza y de la pobreza extrema en México.* México.:Universidad Autónoma Metropolitana.

La amplitud que presenta este fenómeno es de profundas raíces sociales, que ha llevado a nuestro país a realizar un gran número de estudios, por lo cual se considera a México como uno de los países con mayor desigualdad en el mundo. Una de estas investigaciones menciona que seis de cada diez mexicanos en 1994 vivían por debajo de la línea de la pobreza, tres en pobreza moderada y los otros tres en pobreza extrema. Estas cifras colocan a México como un país con problemas de miseria y pobreza en general, presentándose con mayor intensidad en el campo que en las ciudades, por lo que se puede decir que es en el medio rural, donde viven las personas más pobres del país, siendo estos mayoritariamente indígenas que sobreviven en las peores condiciones. Y es a esta parte considerable de la población en la república, a la que atiende el programa IMSS-Solidaridad.

Como se mencionó anteriormente se han hecho esfuerzos por caracterizar y estratificar la pobreza en el territorio nacional, por lo que existen estudios que combinan indicadores de bienestar con otros que pretenden identificar la desigualdad económica y social; entre los primeros, se incluyen los siguientes: analfabetismo, población ocupada en el sector primario, viviendas sin agua entubada, drenaje ni energía eléctrica, con piso de tierra y un elevado promedio de ocupantes por cuarto.

Con el propósito de valorar la dimensión estructural de la marginación social, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) realizó un análisis de las carencias que se presentan en todos los estados del país. Se logró identificar el porcentaje de la población sin acceso al disfrute de bienes y servicios. Con base en esta información, el CONAPO clasificó la marginación existente en las localidades del país, ya que los espacios municipales suelen ocultar desigualdades no visibles en escalas de mayor proporción, por lo que se logró estratificar a las entidades federativas en cinco grados de marginación, ubicando a todos los estados de la frontera norte en los grados de marginación baja o muy baja y a todos los estados del Sureste de la república mexicana, con excepción de Quintana Roo, en los grados de marginación alta o muy alta. En el centro de la república, los estados de Morelos, Jalisco, Colima y Aguascalientes, presentan un grado de baja

marginación, mientras que el Distrito Federal se la ha clasificado como de muy baja marginación.

2.4. TENENCIA DE LA TIERRA Y POBREZA.

La actividad económica de la población en el ámbito de operación del Programa, se da en torno al trabajo de la tierra, practicándose una agricultura de temporal en el 90% de las comunidades lo cual se da en un medio físico desfavorable. Los jornaleros (campesinos sin tierra) son en general más pobres que los ejidatarios y pequeños propietarios; sin embargo, aunque los campesinos tienen pequeñas parcelas, sufren privaciones similares a las de quienes carecen de ellas, debido a que sus predios generalmente son improductivos, ya sea porque se localizan en zonas áridas, en laderas o en zonas erosionadas o debido a la falta de recursos suficientes para mejorarlos.

Estudiosos del tema señalan que en el medio rural existen grandes desigualdades en la distribución de la riqueza, en parte originadas por el régimen vigente de tenencia de la tierra, dividido principalmente en pequeños propietarios y ejidatarios, aunque los más pobres son los jornaleros.

En el universo de trabajo de IMSS-Solidaridad, la relación que existe entre pobreza y desigual dotación de la tierra, permite contar con información para señalar como se da esta injusta distribución de la tierra. De acuerdo con esto, el 45% de los ejidatarios manejan sólo el 10% de la tierra, mientras que el 5% de los propietarios tiene el 40% de ella siendo que no es suya, esto muestra una fuerte concentración de suelo. De este análisis se observa lo siguiente: En el medio rural mexicano, existe una alta fragmentación de predios ejidales que provoca la desigualdad y el minifundismo o la destrucción de la tierra, ya que de 73 a 77% de los ejidatarios detentan superficies inferiores al promedio nacional (menos de 10 hectáreas de tierra de temporal). Si a esto se le agrega que 70% del territorio nacional presenta problemas de erosión avanzada o media, que se traducen en pobres niveles de productividad, se entenderá mejor el fenómeno de migración de campesinos pobres y jornaleros.

2.5. OCUPACIÓN.

La información obtenida en la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares de 1994, señala que el 66% de los trabajadores tienen actividades relativas al sector primario de la economía y que el resto lo conforman una infinidad de ocupaciones, entre las que sobresalen las de comerciante, obrero o albañil y empleado. Se menciona que es difícil ubicar de manera estricta la ocupación del jefe de familia en alguno de los sectores económicos, ya que su condición social lo obliga a emplearse en diferentes oficios, razón por la cual a lo largo de un año puede trabajar hasta en tres ramas económicas.

2.6. CONDICIÓN DE MUJER Y POBREZA.

Las mujeres pobres son uno de los sectores de la población que enfrenta mayores carencias sociales en el país. En años recientes, ha crecido el número de hogares pobres a cargo de mujeres. En los hogares modestos, esto implica la presencia de condiciones más duras para la mujer pues al mismo tiempo que trabaja intensamente fuera de su casa, desarrolla las tareas del hogar realizando así los dos roles familiares básicos. Por otro lado, comúnmente, desempeña su trabajo en condiciones de discriminación salarial y ocupacional debido a estereotipos y prejuicios sociales muy arraigados. Por ello, los hogares a cargo de mujeres tienden a presentar altos índices de pobreza. Aunado a la no mencionada exclusión que tienen las niñas al sistema educativo puesto que en el medio rural es difícil o restringido para ellas. Esto origina que la tasa de analfabetismo entre mujeres campesinas supere notoriamente a la tasa nacional masculina.

2.7. VIVIENDA Y SERVICIOS.

La vivienda es el espacio vital y necesario para el desarrollo del individuo cuya función consiste en proteger a sus moradores de las inclemencias del tiempo, de

la fauna nociva y transmisora y de sustancias que constituyen un riesgo inmediato o a largo plazo para la salud.

La vivienda forma parte de la cultura de las comunidades, y se manifiesta en formas particulares de construir y disponer del espacio, además, en el uso de materiales locales de construcción y en la distribución interior de las habitaciones, los muebles responden también a los patrones interactivos establecidos por la familia. Estas características propician que en la mayoría de los casos, las construcciones se adapten al ambiente y paisaje del entorno, motivo por el cual sus características varían de región a región; sin embargo, una característica común en la mayoría de las viviendas del área rural, es que cuentan con un traspatio destinado principalmente a la producción de alimentos.

2.8. ORGANIZACIÓN SOCIAL.

A lo largo de la historia, la sociedad en su conjunto se ha constituido como un complejo sistema de organización de los grupos humanos. El elemento central de su funcionalidad, se encuentra implícito en las relaciones que establecen los individuos a través de la cultura, la cual se encarga de fijar el sentido de esas relaciones.

Instituciones fundamentales de la sociedad, son la familia, la iglesia y el estado, las cuales disponen de un sistema político-administrativo; estas entidades promueven y regulan las relaciones sociales, para incorporar a los hombres y mujeres que las conforman.

Por la forma en que los individuos acceden a la producción y consumo de bienes y servicios, la sociedad se ha dividido en clases sociales, sectores, agrupamientos y niveles (productores, asalariados, empresarios, burocracias, etc.), cuya formación en algunos casos, ha sido fomentada por el Estado mientras que en otro, los grupos son los que han tenido que luchar por su reconocimiento como organismos políticos, trabajando en la gestión de sus demandas e involucrándose en el desarrollo y funcionamiento del sistema social.

Se puede decir que la organización social se constituye en lo general por grupos, estamentos e instituciones, y que la propia sociedad construye para regular su funcionamiento, las relaciones sociales, la participación y el vínculo de las personas en lo individual y lo colectivo.

La familia es el elemento principal alrededor del cual gira toda organización social; ésta “instaura una genealogía, produce una filiación y transmite las señas de identidad a sus miembros (apellidos, herencia genética, capital simbólico) articulando las líneas de parentesco a través de un complejo entretejido de fusiones sociales”⁵. En el medio rural, las acciones familiares, al tiempo que se jerarquizan, se planean y organizan en concordancia con las actividades productivas. La fortaleza de las relaciones familiares está determinada por las necesidades de la actividad económica provocando que el procesos productivo sea el eje rector principal y la producción, en factor a partir del cual las familias acceden o no a determinado tipo de relaciones sociales.

Otro elemento que determina el volumen y tipo de actividades productivas del grupo doméstico, es el tamaño de la familia. La importancia de esto se debe a que los miembros de la unidad determinan ciertas características como son; la construcción de relaciones de producción, reproducción, distribución y consumo; factores que contribuyen a que los núcleos campesinos e indígenas prefieran las familias numerosas, para que sus integrantes puedan insertarse en los diferentes momentos del proceso productivo.

En el caso de las familias campesinas e indígenas del universo de trabajo del Programa, estas relaciones son de carácter limitado puesto que su actividad productiva fundamental es la agrícola y guarda vínculos directos con la fuerza de trabajo formada básicamente a partir de lazos de parentesco. Ante la insuficiencia de esta relación, una parte de la fuerza de trabajo busca opciones de subsistencia externas al contexto grupal, en el trabajo asalariado, en la pequeña industria, en el

⁵ Salles, V. (1999). *Sobre los grupos domésticos y las familias campesinas. Algo de teoría y método. Antología del análisis antropológico de los problemas rurales de México*. México.: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

comercio, en los servicios, u optando por la migración o el desempeño de otras alternativas laborales.

2.9. PRIORIDADES.

El establecimiento de áreas prioritarias en el ámbito del Programa IMSS-SOLIDARIDAD, ocasionó la necesidad de reorientar el enfoque de atención utilizado y de organizar los servicios de salud, de manera que aquellas permitieran enfrentar un conjunto de padecimientos que tienen gran impacto sobre la salud de la población.

Este cambio de enfoque respondió, en primer lugar, a que se identificaron algunos padecimientos que, a pesar de las acciones realizadas, seguían incrementándose o manteniendo una frecuencia alta entre la población solidariorhabiente. Otro elemento que se tomó en cuenta para adoptar tales prioridades, fue el impacto que tenían dichas enfermedades en la salud de la población, en especial, las secuelas de incapacidad y muerte que provocaban interfiriendo, además, en el desarrollo normal de los individuos en sus etapas de formación y crecimiento.

Un factor importante en la adopción de estas prioridades fue la posibilidad de incorporar nuevas y probadas tecnologías para abordar los problemas de salud a que estaban dirigidas, buscando también que fueran posibles financieramente y que el Programa pudiera aplicarlas en sus unidades. Así se identificó la atención del estado nutricional de la población infantil, preescolar y de las embarazadas como una de las prioridades de mayor rango; atención que debía abordarse con un enfoque novedoso que tomara en cuenta las características de la población campesina y rural. De esta forma, el IMSS Solidaridad tuvo que asumir un papel fundamental en la ejecución del Programa de Educación, Salud y Alimentación puesto en marcha por el Gobierno Federal, al responsabilizarse de sus dos componentes, salud y alimentación.

Otra área prioritaria identificada fue la salud reproductiva, que tenía rezagos de más de diez años respecto a otros rubros, por lo que se estableció un proyecto

para reorganizar las acciones de planificación familiar y la atención materno infantil, utilizándolas como medios para reducir altas tasas de reproducción que registraban las áreas rurales y para tratar de solucionar los problemas de salud asociados a los embarazos continuos. Dentro de esta misma visión, se estableció un proyecto dirigido a la salud de los adolescentes, con lo cual se realizó una acción anticipadora, de amplios efectos sobre la política demográfica.

La atención ginecológica, con especial énfasis en el cáncer cérvico uterino, constituyó un elemento valioso para atender numerosas patologías de la mujer que habían permanecido ocultas, al tiempo que esta atención permitía rescatar valores sociales de la mujer que no habían sido observado debidamente.

Con igual importancia que las enfermedades mencionadas, los padecimientos derivados de las malas condiciones de saneamiento del medio, han permanecido como las principales causas de enfermedad y muerte en algunos sectores de la población. Por, esto las prioridades establecidas en este capítulo son una respuesta directa a las necesidades de la población rural, esta circunstancia corresponden a las acciones del sustento social necesario para garantizar su legitimidad, aceptación y continuidad, elementos que hacen más profundo el impacto esperado en la salud de la población.

2.10. ACCIÓN COMUNITARIA.

Conforme lo establece el Modelo de Atención Integral a la Salud, el Programa ha promovido la participación de la población en la identificación de los daños a la salud que le afectan y en la planeación de acciones para resolverlos. Es así como desde sus inicios, IMSS-Solidaridad ha orientado su trabajo a promover la participación de la comunidad a través de los grupos voluntarios organizados y con pleno respeto a sus formas tradicionales de organización. “Este ejército de voluntarios ha sido vanguardia en la tarea comprometida de aplicar los preceptos de la atención primaria; en los grupos voluntarios recae en buena medida la participación organizada de la comunidad; las acciones de orientación que en el ámbito familiar realizan permiten mejorar la salud de la población y su constante

labor a través de reuniones, visitas domiciliarias y de su participación en la capacitación, es una muestra de compromiso que tienen con sus comunidades”⁶.

La organización comunitaria para la salud está integrada por tres grupos: los asistentes rurales de salud, los comités de salud y los promotores voluntarios, cada uno de ellos asume funciones específicas y son capacitados y orientados de manera permanente para que puedan desarrollarlas adecuadamente. A continuación se describirá de manera amplia las funciones de cada uno de estos grupos, así como la importancia de su trabajo en la comunidad.

2.10.1. ASISTENTES RURALES DE SALUD.

El asistente rural de salud es un voluntario elegido por la comunidad que realiza sus actividades en una localidad de acción intensiva, de la que es originario. Recibe capacitación formal de dos meses, complementada por otro mes más de prácticas en su propia comunidad, esto le permite desarrollar las siguientes acciones: otorgar tratamiento a enfermos de padecimientos de baja complejidad, derivar a la unidad médica los casos de enfermos que él no pueda resolver y orientar a las familias en la realización de actividades de promoción de la salud y de saneamiento ambiental, a través del uso de tecnologías apropiadas al medio rural. Por ello representan un valioso recurso para ampliar la cobertura hacia aquellas localidades que no tienen instalados servicios de salud.

Con el objetivo de que mantengan una estrecha relación con los equipos de salud, los asistentes reciben del Programa IMSS-Solidaridad una compensación económica que se incrementa periódicamente, cantidad que no es un pago por sus servicios ya que está perfectamente establecido y entendido por ellos que su labor es voluntaria; esta compensación la utilizan para gastos de traslado en las visitas que cada 15 ó 30 días realizan a la unidad médica con tres objetivos: recibir asesoría y capacitación continua de parte del equipo de salud, en aspectos que se les dificulten más para realizar sus funciones tanto en la

⁶ Camacho P., Mendoza P., Molina C., y Suárez C. (1997). *Coordinación interinstitucional en: La participación comunitaria en salud*. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

atención a la salud como en la orientación que dan a las familias sobre saneamiento ambiental; el segundo objetivo se refiere a la dotación de medicamentos y material de curación y a la reposición del equipo básico que por el uso esté deteriorado y, por último objetivo es que debe proporcionar a la unidad médica la información sobre las actividades realizadas por él y los grupos voluntarios en la comunidad, para su incorporación al Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

El asistente rural de salud realiza las siguientes actividades:

- Participa en la elaboración del diagnóstico de salud de la comunidad y en la del programa de trabajo.
- Coordina con el comité de salud el desarrollo del programa de trabajo local.
- Promueve la formación y capacitación continua de promotores voluntarios en su localidad.
- Se coordina con las autoridades locales para el desarrollo de las actividades de salud.
- Proporciona asesoría a las familias acerca de las prioridades en salud, como las acciones del Progresá, de salud reproductiva y sexualidad del adolescente, nutrición, enfermedades crónico-degenerativas, salud ginecológica y cáncer cérvico uterino.
- Orienta a la comunidad sobre el saneamiento del medio ambiente familiar y comunitario a través del tratamiento del agua para consumo humano y la construcción de sanitarios para la eliminación de excretas, sobre la instalación de huertos y granjas de especies menores para favorecer la alimentación y sobre la promoción del mejoramiento de la vivienda y el control de la fauna nociva y transmisora, entre otras actividades.
- Atiende enfermos con padecimientos de baja complejidad.
- Deriva a personas que, por sus condiciones de salud, requieran ser atendidas en unidad médica rural.
- Acude con el equipo de salud a la unidad médica, para recibir medicamentos y material de curación, asesoría y capacitación continua y proporcionar información de sus actividades.

Todos ellos cuentan con un lugar donde atienden a la población que demanda sus servicios, ya sea proporcionado por la comunidad o se trate de su propia casa. Para realizar su labor, reciben del Programa IMSS-Solidaridad un equipo básico, medicamentos y material de curación.

2.10.2. COMITÉS DE SALUD.

Los comités de salud del Programa IMSS-Solidaridad, están conformados por un número de entre tres y siete miembros de la comunidad que son elegidos en asamblea por su disposición de servicio y su ascendencia entre la población, este comité representa a la comunidad y es el principal órgano de gestoría en el ámbito local y se constituye como el enlace o vínculo de la comunidad con los servicios de salud. Su tarea de orientación permite que la gente utilice los servicios en forma adecuada.

El comité de salud participa anualmente en la actualización del diagnóstico de salud y en el programa de trabajo que se deriva de éste, acuerda con el equipo de salud las acciones de seguimiento, avance y cumplimiento del programa de trabajo aprobado en la asamblea. Sus integrantes realizan visitas domiciliarias de manera conjunta con las autoridades locales para gestionar ante los municipios recurso que beneficien a la comunidad. Además, el comité promueve entre las personas de la comunidad su incorporación al grupo de promotores voluntarios, labor que apoya mediante una asesoría permanente. Cada uno de sus integrantes realiza funciones específicas que a continuación se describen:

Presidente

- Acuerda las acciones a realizar con autoridades locales, equipo de salud, asistentes rurales y profesores de la localidad.
- Organiza y dirige las asambleas comunitarias.
- Organiza y promueve el trabajo de los diferentes vocales integrantes del comité.

- Da seguimiento al cumplimiento de los acuerdos derivados en la asamblea en cuanto a las actividades de salud.
- Gestiona ante las dependencias públicas recursos para obras de beneficio comunitario.
- Informa a la asamblea sobre los resultados de las gestiones realizadas y el avance de los trabajos.
- Cuida que los recursos proporcionados a la comunidad se entreguen a las personas más necesitadas o se apliquen en obras acordadas por la asamblea.

Vocal de Salud

- Apoya el trabajo del grupo de promotores voluntarios en sus visitas domiciliarias.
- Orienta a los promotores en la derivación oportuna de mujeres embarazadas, adultos enfermos y niños sin esquemas completos de vacunación o con probable desnutrición.
- Informa al equipo de salud, en forma inmediata, cuando varias personas están enfermando del mismo padecimiento.
- Apoya en el traslado de enfermos graves a la unidad médica o al hospital rural.
- Apoya en el traslado y conservación de vacunas durante las campañas.
- Promueve acciones de salud en las escuelas.

Vocal de Saneamiento

- Organiza brigadas de trabajo y vigila las actividades de salud.
- Promueve la construcción de obras como son: dispositivos sanitarios, mejoramiento de la vivienda, agua potable, y drenaje.
- Organiza el traslado de materiales para obras de carácter familiar o comunitario.
- Orienta a los promotores en sus visitas domiciliarias para la vigilancia del saneamiento básico.
- Organiza campañas de descacharrización en la comunidad.

Vocal de Nutrición

- Promueve entre la población la producción de alimentos en el traspatio (granjas de especies menores y huertos familiares).
- Promueve el rescate de plantas comestibles locales (plantas, insectos, raíces, etc.).
- Organiza el trabajo de los promotores voluntarios para la identificación de niños con probable desnutrición, para su derivación oportuna a la unidad médica.
- Promueve que las familias lleven a sus hijos a la unidad médica para que los pesen y los midan.
- Promueve la orientación nutricional a las madres y embarazadas.
- Vigila la dotación de pies de cría y semilla a las familias más necesitadas.

Vocal de Educación

- Identifica, con apoyo del grupo de promotores voluntarios, a personas que no saben leer y escribir o que no han concluido su educación básica.
- Gestiona ante el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, la formación de círculos de estudio.
- Vigila que los grupos formados cuenten con los materiales educativos necesarios.
- Promueve la organización de grupos recreativos, deportivos y culturales.
- Gestiona ante las autoridades municipales la dotación de equipo deportivo.
- Vigila la certificación de las personas que hayan concluido su proceso educativo.

Vocal de Control

- Vigila la aplicación de recursos a las familias con mayores carencias.
- En conjunto con el equipo de salud, coloca en la unidad médica carteles de familias beneficiadas.
- Identifica anomalías en la aplicación de recursos y las reporta ante las autoridades competentes.

- Orienta a la población sobre los servicios de salud que se ofrecen en las unidades médicas y sobre el procedimiento que existe para canalizar quejas, denuncias o reconocimientos.

Vocal de Desastres

- Identifica zonas de riesgo en la comunidad en las que pudiera suceder algún desastre de tipo natural provocado por el hombre.
- Con apoyo del equipo de salud organiza a la población para realizar simulacros en casos de desastre.
- Promueve la formación de brigadas de apoyo en caso de desastres.
- Tiene coordinación con Protección Civil para recibir apoyo cuando sea necesario.

2.10.3. PROMOTORES VOLUNTARIOS.

Los promotores voluntarios son en su mayoría mujeres de la localidad que tienen vocación de servicio y están comprometidos con la población, siendo esta misma la que los elige para que desarrollen su trabajo voluntario y el personal institucional se encarga de capacitarlos previamente. Este grupo constituye un ejército de personas que promueven la salud entre millones de familias incluida la propia, puesto que es un gran número de promotores que muestran voluntad de servicio.

La información que ellos recaban entre las familias, es primordial para la elaboración del diagnóstico de salud de la comunidad; los voluntarios participan, en la elaboración del programa de trabajo a realizar, al cual dan seguimiento en forma permanente. Su labor fundamental se centra en visitas que realizan de familia en familia, para identificar y orientar entre sus miembros a:

- Niños con esquemas incompletos de vacunación.
- Niños con probable desnutrición.
- Adolescentes embarazadas o en riesgo.
- Mujeres en riesgo de problemas ginecológicos.

- Mujeres embarazadas o en período de lactancia.
- Personas con enfermedades crónico-degenerativas.
- Personas analfabetas o con estudios de educación básica incompletos.

Asimismo proporciona orientación sobre:

- Cómo mejorar las condiciones de la vivienda.
- El tratamiento del agua para consumo humano.
- La disposición adecuada de excretas y basuras.
- La producción de alimentos en el traspatio.
- Eliminación de cacharros en el patio o solar.

En cuanto a los promotores voluntarios rurales que se han destacado por su trabajo en las visitas domiciliarias, también se les ha capacitado para que den consejería rural en las prioridades de salud. Su capacidad de penetración, así como su entusiasmo, ha permitido que las familias, mujeres y hombres, adolescentes y niños, tengan una mejor calidad de vida, que la salud de la población mejore y que el cambio de hábitos de higiene sea permanente.

2.10.4. FORMACIÓN Y ORIENTACIÓN A VOLUNTARIOS.

Las actividades de capacitación encaminadas a fortalecer la organización comunitaria para la salud, han sido una parte fundamental para el Programa IMSS Solidaridad.

Con respecto al proceso de formación y orientación de voluntarios, se toma en cuenta todos aquellos factores que ayudan a que los participantes logren asimilar los conocimientos, motivándolos con el fin de desarrollar sus habilidades a partir de la apropiación de nuevos conocimientos, esto busca que los voluntarios estén en posibilidades de aplicar en forma inmediata lo aprendido y de hacer eficiente su labor voluntaria. La participación de la comunidad en la capacitación que proporciona IMSS Solidaridad ha sido voluntaria, circunstancia que ayuda para que el aprendizaje tenga mejores resultados. Por ello es la propia población la que selecciona en asamblea a los candidatos que cuentan con antecedentes de servicio, responsabilidad, credibilidad en sus acciones y ascendencia sobre la

comunidad, para que formen parte del grupo de voluntarios que realizará actividades para mejorar las condiciones de vida de la población.

En las acciones de formación y orientación de voluntarios de la comunidad, se han tomado en cuenta estrategias que permiten que adultos alejados del sistema escolarizado o que nunca han tenido contacto con él, aprendan de una manera más acorde con sus necesidades y posibilidades; para ello, se ha promovido el uso de técnicas didácticas participativas mediante las cuales los voluntarios viven más intensamente el proceso de aprendizaje, haciendo, practicando o cuestionando los contenidos de cada parte del proceso.

Las limitaciones propias de los adultos, en ocasiones, se reflejan en la visión que tienen de sí mismos, en especial, cuando consideran casi nulas sus posibilidades de aprendizaje; es por ello que en el proceso de capacitación a voluntarios, se ha reforzado la autoestima, la capacidad individual, el potencial de razonamiento, el valor de la experiencia y la creatividad, para enfrentar de mejor manera los problemas de salud. Todos estos factores han permitido mantener a la organización comunitaria vigente y muy participativa.

Otra estrategia que se ha realizado exitosamente, son las reuniones de actualización e intercambio de experiencias. El propósito de éstas consiste en que los voluntarios actualicen sus conocimientos con base en las prioridades de salud, locales y nacionales, de forma que su capacitación técnica les permita orientar bien a las familias y dar seguimiento a todas las acciones de salud que se desarrollen; además, en las reuniones, tienen la oportunidad de discutir e intercambiar experiencias de su labor voluntaria.

En particular, la norma consiste en invitar a voluntarios que se han distinguido por su labor cotidiana y que habitan en localidades con alto riesgo, para que acudan a estas reuniones cuya duración es de 3 a 5 días, ejemplo de este tipo de localidades, son aquellas que presentan frecuentes casos de muerte materna, cólera, dengue y paludismo. El seleccionar con este tipo de criterios a los voluntarios y comunidades, permite reconocer su esfuerzo y estimular su labor altruista, logrando que la capacitación contribuya de manera importante a

disminuir riesgos y daños a la salud por lo que se ayuda a mejorar las condiciones de vida de comunidades rurales con alta marginación.

2.11. MODELO DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA.

En México, las familias campesinas e indígenas son las que resienten con más intensidad los efectos de la pobreza, la multiparidad, la limitación de medios de subsistencia y la mortalidad materna y perinatal, factores que se agravan con el analfabetismo, el monolingüismo y la falta de adaptación de la labor educativa a la cultura de los diferentes grupos étnicos. De ahí, la importante necesidad de proporcionar información, comunicación y motivación a esos grupos sociales para que fortalezcan su capacidad de aprender. Derivado de esto, las acciones de promoción para la salud que realizan los equipos institucionales junto con los grupos organizados de la comunidad, han tenido una intención educativa y preventiva. Sin embargo a pesar de los logros alcanzados, han sido insuficientes para evitar que determinados problemas, como los de salud materno-infantil, siguieran teniendo impactos negativos en la vida de las familias indígenas y campesinas.

Para potencializar las acciones que se venían realizando se puso en marcha un Modelo de Comunicación Educativa cuyo lema es “de la gente para la gente” y que está enfocado a promover la toma de decisiones libres e informadas entre la población rural y a propiciar la adopción de prácticas benéficas para la salud materno infantil, principalmente, a partir de procesos que privilegian la información, la comunicación y la educación. Y que se basan en el respeto al contexto cultural y territorial de la población atendida.⁷

Dicho modelo tiene las siguientes características:

- El modelo de comunicación es un proceso en permanente construcción, que debe ser diseñado por la gente y para la gente.

⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. (1996). *Bases para una estrategia de información, educación y comunicación en salud reproductiva para población rural*. México, D.F. Autor.

- Su puesta en práctica se fundamenta en la organización comunitaria para la salud.
- Retoma los principales medios de comunicación del ámbito rural y se adapta a las distintas formas de relación entre las personas, que viven en cada comunidad.

Propósito

Lograr que las familias indígenas y campesinas, estén informadas y orientadas, que sean los propios miembros de la comunidad quienes, con sus palabras reproduzcan la información preparada, planifiquen su familia por convencimiento y decisión propia, y participen en acciones de autocuidado de su salud sexual y reproductiva.

Vertientes

El modelo se sustenta en la adecuada aplicación de estrategias de comunicación sus vertientes masiva, grupal e interpersonal.

Vertiente masiva

En esta vertiente, se prevé la difusión en medios masivos de comunicación, de mensajes sobre salud sexual, salud reproductiva y planificación familiar que informan a la población no enterada, y que motiven a la que ya tenía conocimiento.

Para su uso en televisión, se utilizan videos sobre sexualidad, comunicación, violencia, género, migración, SIDA y saberes y habilidades comunitarias, seleccionados por IMSS Solidaridad de las videotecas de la SEP, INEA, CONAFE, UNAM e ILCE; además, se transmiten las Guías del curso básico de sexualidad vía satélite diseñadas por el Programa.

Vertiente grupal

La vertiente grupal, se sustenta en la promoción de la salud mediante la realización de talleres y reuniones educativas, con participación comunitaria. Mediante esta estrategia, se fomenta la integración de comités juveniles, uno por

localidad, y se motiva la formación de grupos deportivos y culturales, a partir de que se considera que el deporte y la cultura contribuyen a la salud.

Vertiente interpersonal

La vertiente cara a cara o interpersonal, se realiza mediante una orientación de persona a persona por medio de la consejería en salud reproductiva. Esta vertiente tiene como personaje principal al asistente rural de salud capacitado por el Programa, que en sus visitas domiciliarias, realiza sesiones de consejería sobre salud reproductiva con apoyo de materiales didácticos y técnicas de comunicación, que le permiten transmitir mensajes de salud claros, lograr la empatía, responder a las necesidades de información de la gente, promover la reflexión y la repetición del mensaje y ofrecer a los asistentes apoyo y comprensión para que logren la apropiación del conocimiento.

Componentes del Modelo

Los componentes del Modelo de Comunicación Educativa son:

- La audiencia
- El tema
- El facilitador
- Los escenarios
- Las estrategias y
- Los apoyos

La audiencia

Es el grupo de personas a quienes va dirigida la actividad educativa.

Temas

Estos surgen del diagnóstico de salud y de las necesidades de capacitación que presenta la población.

Los temas que se abordan en el modelo, según la estrategia educativa son: Valores, autoestima, empoderamiento, equidad de género, comunicación familiar, sexualidad adolescente, embarazo temprano, toma decisiones, planificación familiar, SIDA, cáncer cérvico uterino, violencia, migración, adicciones, nutrición

familiar, saneamiento básico, padecimientos crónico degenerativos y microeconomía.

Facilitador

El facilitador es principalmente el voluntario que en el modelo de comunicación educativa, representa un papel fundamental porque es él quien lleva a ser realidad el lema de que “Todos ellos son voluntarios de la comunidad que le dan fuerza y arraigo al Programa en la tarea compartida de llevar a la práctica acciones de salud”. Ellos son elegidos por la comunidad, reciben cursos periódicos de actualización, mediante los cuales refuerzan sus conocimientos y adquieren habilidades de comunicación y motivación.

Desde su origen, el modelo de comunicación educativa ha sido coordinado por los supervisores y promotores de acción comunitaria.

Escenarios

Los escenarios del modelo se describen a continuación:

Centros Rurales de Educación para la Salud (CRES), que constituyen espacios físicos que la comunidad destina a las reuniones y encuentros educativos donde se promueve su salud y desarrollo. Los CRES se ubican tanto en las sedes de unidades médicas como en las localidades de acción intensiva y en pequeños poblados de microrregiones Progresas. Estos CRES son administrados por los voluntarios de la comunidad que cuidan y “ambientan” los locales para promover, en su interior y fuera de ellos, las prioridades nacionales y locales de salud. Los voluntarios aplican su creatividad plasmando en imágenes los conceptos de familia y vivienda saludables, medidas de protección de enfermedades, también elaboran frases que motivan a la reflexión y que mantienen y renuevan sus herramientas de aprendizaje, a partir de los materiales didácticos que reciben.

En estos centros, se realizan acciones específicas, entre las que destacan las relativas a la atención integral a los adolescentes y la orientación nutricional.

Centros de Educación para Adultos: son locales donde se llevan a cabo actividades de promoción social, gracias a la concertación lograda entre el IMSS y la SEP, INEA y CONAFE; en ellos, se promueve la alfabetización y terminación de la educación básica entre mayores de 15 años.

Telesecundarias: son espacios educativos de la SEP instalados en comunidades rurales, que están equipados con antenas y decodificadores y que pueden recibir señal satelital. Se consideran CRES porque la SEP ha ofrecido sus instalaciones para que en ellas se realicen las actividades para la salud, diseñadas por IMSS-Solidaridad como, por ejemplo, el curso básico de sexualidad vía satélite destinado a adolescentes campesinos e indígenas.

Estrategias

Las estrategias son diseños de intervención educativa que el modelo emplea para lograr la difusión y apropiación comunitaria de la información en salud.

A partir de la aplicación de estrategias de difusión, se hizo evidente el desconocimiento de las mujeres y adolescentes del medio rural sobre aspectos elementales de sexualidad y reproducción humana. La información que les llegaba, principalmente por los medios de comunicación masiva, era incompleta y sus conocimientos tradicionales se encontraban fuertemente arraigados a sus mitos, por ello se dio especial importancia a diseñar procedimientos que estuvieran focalizados hacia la gente, el aprendizaje y la demanda, con el objeto de que las personas fortalecieran su capacidad de aprender y elegir.

Para aplicar el modelo de comunicación, se buscó la concertación con la Universidad Johns Hopkins, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto de Comunicación Educativa, el Population Council y la Fundación Mexicana para la Salud (MexFam).

De igual manera, se instrumentaron las siguientes estrategias:

- Utilización de EDUSAT. Educación para la salud sexual de adolescentes campesinos e indígenas vía satélite, dirigida a hombres y mujeres de 10 a 19 años.

- Aplicación de la comunicación comunitaria en el diseño de planes para comunidades rurales.
- Aplicación de la psicología humanista en el fomento del desarrollo humano, para la formación de líderes juveniles y la integración de grupos de desarrollo humano, dirigida a hombres y mujeres de 12 a 25 años.
- Jornadas comunitarias de conversación en afectividad y sexualidad (JOCCAS), están dirigidas a integrantes de las comunidades rurales. Estrategia pedagógica concebida por el Fondo de Población de Naciones Unidas.

Apoyos

Los apoyos o ayudas didácticos son materiales que facilitan el proceso de aprendizaje y la apropiación de hábitos saludables. Incluyen videos, rotafolios, libros, publicaciones, manuales, folletos y trípticos.

2.12. INTERRELACIÓN CON LA MEDICINA TRADICIONAL.

La diversidad cultural de los grupos humanos que habitan en el universo de trabajo, es parte importante del perfil que tiene la población rural que atiende el Programa, la cual se manifiesta a su modo en cada comunidad y región, de tal forma que sus elementos, coincidentes en lo general con otras comunidades, localmente se expresan en formas particulares de vida y de trabajo, creencias y tradiciones distintas pero, sobre todo en maneras diversas de concebir y enfrentar la enfermedad y la muerte, por lo que cuentan con un sistema médico tradicional, que ha ido cambiando con el tiempo adaptándose a las condiciones sociales, al tener que complementar su terapéutica médica y relacionarse con otros sistemas médicos como el institucional, sin olvidar que también existen prácticas domésticas familiares para el autocuidado de la salud.

De este modo, para vincularse con la medicina tradicional, el Programa IMSS-Solidaridad instrumentó desde sus inicios, las siguientes estrategias: a) un acercamiento con la población, con recursos humanos y terapéuticos y su conocimiento, a través de un diálogo franco y respetuoso, reconociendo su

práctica médica y enlazadora al saber institucional en la atención conjunta de los padecimientos más frecuentes; y b) un fomento continuo de la participación de la población en el autocuidado de su salud, privilegiando la prevención de la enfermedad. Estas estrategias, han tenido como objetivo establecer la interrelación entre los sistemas de salud tradicional e institucional; en particular, estrechar la relación con sus recursos humanos (terapeutas tradicionales) mediante el intercambio de experiencias y conocimientos, compartiendo además los aciertos y dificultades enfrentados durante el ejercicio de sus prácticas cotidianas, todo ello con el propósito de atender de manera corresponsal la salud de la población. Para ello el equipo de salud, año con año, actualiza el directorio de médicos tradicionales que se encuentran en su universo de trabajo y de las especialidades que practican; asimismo, establece interrelación con ellos, a fin de coordinarse para promover la salud de la población mediante el entendimiento y la planeación del trabajo conjunto. Mediante esta actividad, se hace una clasificación de las principales especialidades que se practican en las comunidades, como son: parteras, curanderos, hierberos y hueseros. Derivado de este proceso, se investiga cuáles son las especies de plantas medicinales que hay en esas zonas para su posterior clasificación.

Con el objetivo de tener una relación más estrecha con los terapeutas tradicionales, se procura realizar actividades de intercambio de experiencias y conocimientos en las unidades médicas y hospitales rurales, durante los cuales se reflexiona sobre carencias de salud que aquejan a la comunidad, se intercambian conocimientos y prácticas terapéuticas y se observan los puntos de suficiencia, insuficiencia y de complementación médica; así mismo se toman acuerdos para la capacitación conjunta, previo a esto se consensan los temas, se revisan las prioridades de ambas prácticas y se establecen estrategias para fortalecer el esquema complementario de atención a la salud.

En las unidades médicas de campo, se cultivan jardines de plantas medicinales con el propósito de que la población tenga a su alcance las plantas medicinales más reconocidas y para que pueda utilizarlas en la atención de sus problemas de salud, las plantas son cultivadas por la comunidad en terrenos de la unidad

médica, apoyada por los grupos voluntarios de la localidad y el equipo de salud, bajo la supervisión de los médicos indígenas incluyendo a las parteras rurales. También cuentan con muestrarios de plantas secas, en los que se describen las características regionales de las plantas y la manera como las utilizan los médicos tradicionales y las personas en sus casas; los muestrarios sirven también para difundir de manera sistematizada las plantas medicinales más importantes de la zona.

Un aspecto muy importante es el caso de las derivaciones o mecanismos de referencia y contrarreferencia de enfermos, que derivan los médicos tradicionales y parteras rurales hacia las unidades médicas de campo, en la atención de problemas de salud en los que ellos mismos reconocen sus limitantes; del otro lado están los pacientes que el personal institucional y los voluntarios derivan a los representantes de la medicina tradicional, a fin de complementar su tratamiento y para que se atiendan de las llamadas enfermedades de filiación cultural. La importancia de que los dos sistemas médicos compartan el propósito de brindar servicios de salud a la misma población, reside en que ambos cuentan con mecanismos y recursos que se complementan y con ello se atiende en forma integral a las comunidades la cual puede acceder de manera alternada, a una u otra medicina, o bien a ambas, con la confianza de que las dos opciones se encuentran vinculadas para proporcionar mejores servicios, logrando que estos sean más accesibles en los aspectos emocionales, culturales, geográficos y económicos.

2.12.1. LAS PARTERAS RURALES.

Las parteras son un recurso de salud importante en las comunidades campesinas e indígenas del país; su labor en la atención del parto, significa todavía un apoyo fundamental para las mujeres del medio rural marginado. La partera regularmente, inicia su función en los cuidados del embarazo, aunque también se reconoce su participación como consejera matrimonial, en la preparación de la pareja para su vida marital y en su aleccionamiento sobre la procreación. Su labor continúa

durante la gestación hasta el nacimiento, con el fin de llevar a buen término el alumbramiento, ya que eventualmente la partera da su apoyo en las condiciones difíciles del ciclo de embarazo, sobre todo cuando éstas ponen en riesgo el proceso y atentan contra la vida de la mujer y el niño. Después, la partera sigue desempeñando su labor en el puerperio cuidando que sea rápida la recuperación de la parturienta y atendiendo a los hijos y a la pareja durante el tiempo del posparto.

Así es como la partera, es portadora de una peculiar terapéutica médica y forma parte importante del sistema tradicional de atención a la salud; cuenta con un conjunto de conocimientos, técnicas y metodologías para la atención de enfermedades de origen y naturaleza diversos.

Como todo sistema médico, el tradicional presenta limitaciones internas y alcances determinados; por lo cual la vinculación y complementación entre los sistemas médicos existentes, se convierten en una necesidad prioritaria en países como el nuestro.

2.13. ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS.

La adecuación de los servicios institucionales, básicamente, son adaptaciones convenientes u oportunas que pueden hacerse en el ámbito institucional considerando aquellos aspectos centrales de la cultura local, siempre y cuando los cambios no representen daño alguno o puedan ser perjudiciales para el usuario o la institución.

Una experiencia significativa son los albergues comunitarios, que surgen como una de las demandas de las comunidades usuarias de contar con espacios donde hospedarse y al mismo tiempo estar en posibilidades de proporcionar cuidados y apoyo moral a sus familiares hospitalizados. En un principio se construyeron de diferentes tamaños y estilos debido a la escasez o insuficiencia de recursos. La adquisición de los terrenos fue por donación y cesión en comodato de los gobiernos estatales o municipales, principalmente.

Estos centros cuentan con un área de recepción, dormitorios para hombres y mujeres con baño, cocina con utensilios necesarios para preparar alimentos y área de lavado. En el patio aledaño a los albergues, se cuenta con un espacio para la cría de especies menores y el cultivo de huertos para apoyar la alimentación de las personas albergadas.

La importancia de estos albergues radica en que brindan un apoyo solidario, por lo regular a familiares de pacientes hospitalizados o en tránsito y a mujeres embarazadas, que provienen de comunidades indígenas y mestizas poco accesibles y dispersas, donde las personas invierten en promedio ocho horas para su traslado, sin contar los gastos que esto implica en la economía familiar.

En los albergues comunitarios participan en su operación y funcionamiento, de manera corresponsable, el grupo de promotoras sociales, personal de la operación del Programa y la población en general. En estos lugares, considerados también como centros de extensión del conocimiento, la población recibe pláticas para favorecer el autocuidado de su salud. La actividad del albergue está regulada por unos lineamientos de operación y funcionamiento, consensados entre las promotoras voluntarias y los usuarios.

Otra de las adecuaciones realizadas es la instalación de consultorios tradicionales junto a las unidades médicas del Programa. Los especialistas tradicionales que atienden en los consultorios son: parteras, hueseros, yerberos y curanderos. Los motivos de consulta corresponden tanto a padecimientos de filiación cultural (mal de ojo, aire, etc.) como a enfermedades tratadas por la medicina institucional o alópata.

2.14. TECNOLOGÍA APROPIADA.

Con el objetivo de adaptar obras y acciones del Programa a las condiciones imperantes en las comunidades rurales, se ha tenido que echar mano de las llamadas tecnologías apropiadas, con el fin de hacer accesible su costo a la población y de trascender enfoques tradicionales, particularmente, en la solución

de problemas de salud vinculados a la falta de saneamiento básico y a la degradación del entorno familiar y comunitario, entre otros.

Para la aplicación de la tecnología apropiada se deben seguir los siguientes criterios de aplicación:

- Primero se debe adaptar en cuestión a las condiciones culturales y económicas de la comunidad.
- Dejar a cargo de las comunidades y familias beneficiadas, las herramientas y procesos, para que ellas mismas se ocupen del mantenimiento y operación de la tecnología transferida, sin que esto implique un alto nivel de adiestramiento, ni costos elevados para la población.
- Posibilitar que la comunidad sea la que construya, con una inversión que pueda solventar, incluso, que la tecnología misma sea autofinanciable.
- Procurar que se usen materiales disponibles en la localidad; si son utilizados materiales y técnicas importadas, es necesario que los beneficiarios o comunidades tengan algún control sobre ellos.
- Promover la descentralización tanto de los recursos y los medios como la toma de decisiones, para facilitar la apropiación y extensión de tecnologías apropiadas.
- Cuando es posible un proceso de apropiación tecnológica, deben utilizarse fuentes locales de energía.
- Las tecnologías deben ser flexibles, para que puedan ser adaptadas a diferentes lugares y circunstancias.
- Un proceso tecnológicamente apropiado requiere ser sostenible desde el punto de vista ecológico.
- La tecnología tiene que ser de pequeña escala, para que pueda proporcionarse a familias, grupos de familias o comunidades pequeñas.
- Una tecnología evita siempre la destrucción del medio y de las tradiciones de la población, debe ser asimilada por la población como una herramienta de trabajo y convertirse en hábito común de su vida cotidiana.
- Para que la apropiación tecnológica pueda efectuarse sin dificultades, no sólo se requiere de la tecnología en cuestión y de la capacitación correspondiente; es

indispensable también tomar en cuenta las expectativas y demandas de la comunidad; se necesitan, además, recursos de diferente clase y fondos, así como la participación organizada de la comunidad en torno a las acciones que buscan la aceptación de las innovaciones tecnológicas.

Las familias del campo tienen la disposición de construir obras para el saneamiento básico y el mejoramiento de la vivienda, y también de reforzar la producción de alimentos en el traspatio; sin embargo no cuentan con suficientes recursos económicos, por lo que el Programa se ha venido coordinando con otras instituciones para conseguirlos.

Una vez descritas las características de la institución en la cual laboré mencionaré en el siguiente capítulo las funciones y actividades que realiza el psicólogo en el área rural dentro del Programa IMSS-Solidaridad.

CAPÍTULO 3. EL PSICÓLOGO EN EL ÁREA RURAL DENTRO DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.

Los ámbitos de aplicación de la psicología se han extendido de manera inusitada. La actuación del psicólogo no se reduce ya a las áreas tradicionales de la clínica (y de los trastornos llamados “mentales”), la escuela y el trabajo sino que se ha diversificado abarcando desde la seguridad vial a los tribunales de justicia, desde el deporte a la economía, desde la colaboración en la rehabilitación de la enfermedad física a su prevención, desde la actuación hospitalaria a la comunidad y aun al desarrollo nacional, fomentando así la actuación del psicólogo en diversos ámbitos, como es el caso del presente trabajo. Específicamente en el Programa IMSS-Solidaridad en donde el psicólogo se puede desempeñar como Promotor de Acción Comunitaria, considerando que el objetivo del puesto es; Conducir los procesos de acción comunitaria y proporcionar apoyo técnico a los equipos de salud del H.R. (específicamente en el Hospital Rural No. 33 Tuxpan, Mich.).¹

3.1. FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA RURAL DENTRO DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.

La denominación del puesto es: Promotor de Acción Comunitaria de Hospital Rural, y la ubicación jerárquica es a nivel de H.R., siendo responsable de 15 Localidades de Acción Intensiva (L.A.I.). La categoría que tiene es: Nivel 30, con un horario de 8:00 a 16:00 hrs. Y su contratación es de confianza. Esta adscrito a la Coordinación regional del Programa IMSS-Solidaridad.

Sus relaciones de mando están establecidas de la siguiente manera:

- a) Dependencia normativa: Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad, por conducto de la Coordinación de Acción Comunitaria.
- b) Dependencia directa: Supervisor de acción comunitaria.
- c) Coordinación Intrainstitucional:

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. (1990). *Modelo de Atención Integral a la Salud: Bases jurídicas y conceptuales*. México, D.F.: Autor.

- Con equipo de salud de Hospital Rural y equipos zonales de supervisión.
- Equipos de salud de unidad médica rural, equipos de asesoría y apoyo IMSS-Progresá.

d) Coordinación extrainsitucional:

- Autoridades municipales y locales del ámbito de trabajo (municipio de Tuxpan Mich.). Es decir; el DIF, SAPAS, SEDESOL, Obras públicas, contraloría, etc. - Instituciones del sector público y privado afines a los objetivos del programa.

Cabe señalar que la coordinación que se tiene con estas instituciones es de suma importancia puesto que de ello depende el que se lleven a cabo de manera efectiva todos los objetivos del programa, puesto que al tener como objetivo común el bienestar social convergen en un mismo punto de partida. Para ser más específica, describiré las actividades que realiza cada institución al tener coordinación con el programa IMSS-Solidaridad.

Para realizar coordinación con la presidencia municipal se debe elaborar un diagnóstico de salud y presentarlo ante estas autoridades, a fin de realizar un análisis de las necesidades que presenta la población de su municipio y así obtener recursos en especie o monetarios, éstos se unen con los que otorga el programa, obteniendo mayor cobertura en los apoyos que se brinda a la gente que lo requiere. Durante la presentación del diagnóstico está presente el presidente municipal, su secretario particular, los regidores, equipos de salud y grupos voluntarios. Por parte de la institución la presentación del diagnóstico la realiza el director del H.R. "S" y el promotor de acción comunitaria, y al término de ésta participan los grupos voluntarios y los equipos de salud manifestando sus necesidades de apoyo en base a su experiencia en la comunidad, finalmente las autoridades municipales exponen sus alternativas de solución y se realiza un convenio en el que firman las personas que estuvieron presentes durante la presentación. Al iniciar el año siguiente se deben realizar visitas constantes a la presidencia municipal para dar seguimiento a lo establecido el año anterior y obtener recursos de la partida presupuestal que se otorga a cada municipio para apoyar en los aspectos de educación, salud y alimentación.

Dentro de la presidencia municipal se encuentra el DIF (Desarrollo Integral para la Familia), al realizar coordinación con esta institución se obtienen varios beneficios, puesto que ellos cuentan con diferentes programas de servicio a la comunidad y requieren que se ejerza labor de convencimiento para que la gente los acepte y por lo tanto participe en ellos, por lo que la labor del Promotor de Acción Comunitarias es motivar a la comunidad durante las sesiones educativas que se imparten en cada comunidad. Entre dichos programas se encuentra el de Educación Inicial, su lema es “Los primeros cinco años hacen la vida”. Las personas que participan en él son gente de la misma comunidad, que recibe cursos de psicología infantil para llevarlos a la práctica con las mujeres de su comunidad, el único requisito es que tengan niños menores de 5 años, cuando existe el caso de que no saben leer y escribir también esta capacitada para dar clases de alfabetización. Por parte del DIF, existen personas que supervisan al agente educativo de la comunidad y le otorga asesoría durante las visitas domiciliarias. En muchas ocasiones la persona elegida por la comunidad es también la Asistente Rural de Salud facilitando con ello la convocatoria a las clases de educación inicial.

Otro de los programas del DIF es el de la Red Móvil, donde un grupo de Trabajadoras Sociales tienen programadas visitas semanales a diferentes comunidades del municipio para realizar demostraciones alimenticias y llevar a la práctica la tecnología apropiada, así como también supervisar el funcionamiento adecuado de las COPUSI (Cocinas populares subsidiadas) las cuales son desayunadores y que al aceptarlo, la comunidad se compromete a organizar grupos para que diariamente se prepare el desayuno a todos los niños que asistan, pidiendo un peso por cada niño para cuota de recuperación. Por parte de IMSS-Solidaridad se motiva a las madres con niños desnutridos para que asistan a estos desayunadores diariamente.

La SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social) forma parte también de la presidencia municipal. La coordinación que se debe realizar con esta instancia es para mantener información constante de las familias participantes en el programa de PROGRESA, puesto que a IMSS-Solidaridad le corresponde llevar a la práctica

el componente salud y llenar unos formatos denominados S-2 y enviarlos a la delegación estatal informando de las familias que cumplieron con sus actividades durante el bimestre y así obtener su beca económica. La SEDESOL por medio de Telecom entrega el dinero a cada titular, estando presente durante la entrega la promotora Progresla la cual es elegida por la misma comunidad y que a su vez asume el compromisos de vigilar el uso adecuado del recurso así como resolver las dudas y problemas que presenten las titulares para recibir su apoyo monetario. Es frecuente que existan problemas en la entrega del recurso y para evitarlos en la medida de lo posible se hace entrega bimestral de una copia del formato S-2 al personal de presidencia y así constatar la participación o falta de esta por parte de las familias.

También se cuenta con el apoyo de Obras Públicas, en la que el personal que labora ahí, otorga asesoría a las comunidades que son beneficiadas con recursos por parte del programa IMSS-Solidaridad para la construcción de letrinas o depósitos comunales de almacenamiento de agua. En caso de que los recursos sean otorgados por parte de la presidencia municipal obras públicas otorga la asesoría con apoyo del promotor de acción comunitaria cuando se trata de llevar a cabo la tecnología apropiada y finalmente ambos dan seguimiento a la realización de las obras, en el caso de la presidencia municipal con apoyo de las autoridades locales y en el caso de IMSS-Solidaridad con apoyo de los grupos voluntarios (específicamente de la A.R.S., el contralor social y la promotora voluntaria rural).

Uno de los objetivos que se persiguen en el Programa IMSS-Solidaridad es que la comunidad se vuelva gestora directa y aprenda a manifestar sus necesidades ante las autoridades municipales, comprometiéndose a utilizar los recursos obtenidos adecuadamente, sin necesidad de supervisarlos constantemente.

Los requisitos para ocupar el puesto de Promotor de Acción Comunitaria son los siguientes:

La persona que aspire a este puesto debe tener entre 20 y 45 años de edad, puede ser del sexo masculino o femenino, como escolaridad se acepta licenciatura

o pasantía, carrera técnica o constancia de estudios en: Psicología social, Sociología, Agronomía, Pedagogía, Desarrollo de comunidad, Salud comunitaria, Salud Pública, Saneamiento ambiental, Biología, Medicina veterinaria, Enfermería en Salud Pública, Nutrición con conocimientos en salud pública y Etnología. Se requiere tener dos años mínimo de experiencia comprobada en trabajos de promoción, investigación, capacitación o desarrollo de la comunidad y en el caso de auxiliares de acción comunitaria con desempeño eficiente. Es importante tener habilidad y capacidad para: Evaluar la eficiencia y eficacia de procesos y resultados, investigación de los mismos y proponer estrategias operativas para la mejora continua, tomar decisiones, ser creativo y con iniciativa, saber conducir e impulsar el desarrollo de personal, motivar el logro de objetivos y establecer una buena comunicación en todos los niveles así como tener disponibilidad para cambio de adscripción.

3.2. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN.

Las actividades que desempeña el psicólogo en el programa IMSS-Solidaridad son las siguientes:

- Participa con el coordinador de enseñanza e investigación del hospital, en la elaboración del diagnóstico de necesidades de capacitación de la zona de servicios médicos, es decir del personal institucional tanto del hospital como de las zonas III, IV, V Y VII.
- Participa en la inducción al puesto y capacitación continua a personal institucional y comunitario, en base a las actividades que deben realizar de acuerdo a su disciplina o cargo respectivamente. Cada una de estas personas tienen funciones que desempeñar para lograr la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud, por lo que se les capacita en temas como: el modelo de atención integral a la salud, modelo de comunicación educativa, modelo de atención integral a la salud del adolescente en el medio rural, funciones de los grupos voluntarios, manejo de información de las fuentes primarias e intermedias, integración del expediente comunitario, mejoramiento

de la vivienda, saneamiento básico, fauna nociva y transmisora, manejo integral de vectores, atención integral en desastres y desarrollo humano y comunitario.

- Proporciona asesoría basándose en la operación del programa, para llevar a cabo las prioridades establecidas por éste, según el ámbito de responsabilidad que tiene cada individuo, además de la asesoría teórico-práctica a equipos de salud y voluntarios en la construcción, uso y mantenimiento de obras de saneamiento y transferencia de tecnologías apropiadas a la comunidad.
- Diseña e implanta estrategias de comunicación educativa personal, grupal y masiva a través de los diferentes medios de comunicación con cobertura local y zonal a fin de promover la participación de la población en la adopción y fortalecimiento de conductas saludables, realizando coordinación con las radiodifusoras del INI (Instituto Nacional Indigenista) para transmitir un programa semanal, en el que participa el personal institucional y comunitario, otorgando sesiones educativas tanto en el hospital como en la comunidad, promoviendo la elaboración de mantas y pinta de bardas con mensajes alusivos y realizando visitas domiciliarias para otorgar consejería.
- Proporciona asesoría y apoyo técnico a los equipos de salud de la zona de servicios médicos en aspectos de organización que limiten la participación de la comunidad en las acciones de salud.
- Aplica las normas, políticas y lineamientos de acción comunitaria (descritos ampliamente a lo largo de este trabajo).
- Participa con el cuerpo de gobierno del hospital rural en el análisis de las poblaciones con mayor demanda de servicios a fin de implantar estrategias que disminuyan los riesgos de enfermedad.
- Mantiene informados a los equipos de asesoría de la zona de servicios médicos sobre las poblaciones más recurrentes y con mayor demanda de servicios médicos al hospital rural.
- Elabora conjuntamente con el supervisor de acción comunitaria el programa mensual de actividades de asesoría y supervisión encaminado a las comunidades con problemas y limitantes recurrentes.

- Elabora informes y planes de mejora como resultado de sus visitas a las unidades médicas.
- Asesora a los equipos de salud en las reuniones mensuales y en sus visitas a las unidades médicas en aspectos técnico administrativos de acción comunitaria.
- Soluciona problemas operativos relevantes y persistentes inherentes a la acción comunitaria.
- Asesora sobre la aplicación y control de los recursos institucionales de apoyo directo a comunidades marginadas de acuerdo a la guía de procedimientos establecida por la Coordinación general.
- Asesora a las comunidades en la concertación para la adquisición de recursos industrializados, naturales y económicos destinados a obras de beneficio social y desarrollo de capital humano.
- Promueve talleres de capacitación para el trabajo a efecto de desarrollar las habilidades de los voluntarios y familias relacionadas con proyectos productivos y saneamiento básico.
- Verifica que las acciones y actividades programadas se llevan a cabo con calidad, oportunidad y eficacia.
- Proporciona asesoría y apoyo técnico a equipos de salud y voluntarios de la comunidad en acciones para el mejoramiento de la vivienda y saneamiento básico familiar y comunitario.
- Realiza seguimiento bimestral de resultados con base en los indicadores (matrices de evaluación) contenidos en la metodología de supervisión.
- Mantiene los recursos técnicos y materiales bajo su responsabilidad en óptimas condiciones.
- Elabora el cronograma anual de actividades de la zona de servicios médicos en base a la problemática resultante de la Autoevaluación anual.
- Participa en la validación y análisis de la información de acción comunitaria que se registra en el SISPA.
- Proporciona asesoría técnica y apoyo operativo a los equipos de salud institucional y comunitario mediante el desarrollo de sesiones demostrativas.

- Aplica los instrumentos contenidos en la metodología de supervisión, para evaluar la calidad de la acción comunitaria, realizando cortes semestrales.
- Realiza visitas domiciliarias para verificar la calidad de las obras y acciones de salud.
- Realiza reuniones de trabajo con voluntarios para evaluar conocimientos y prácticas de autocuidado para la salud.
- Participa y dirige con la participación de los grupos voluntarios la elaboración del diagnóstico de salud y programa anual.

3.3. RESULTADOS OBTENIDOS.

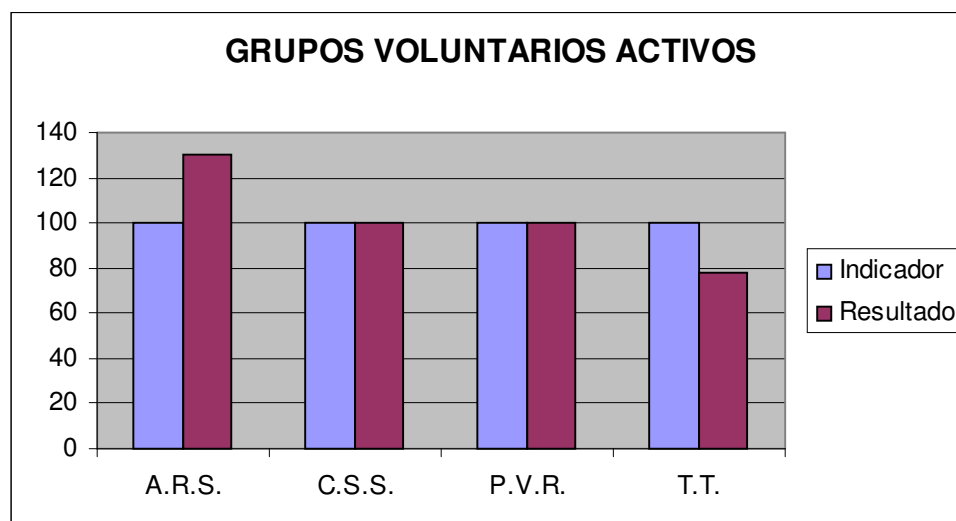
Para mencionar los resultados obtenidos durante el año 2001, primeramente realizaré una descripción del censo poblacional del universo de trabajo del lugar en el que laboré, es decir del H.R. "S" No 33 Tuxpan, posteriormente citaré los resultados.

Son 11,688 personas las que conforman el universo de trabajo, formando un total de 2834 familias, contando con 2647 viviendas. Se atienden 10 localidades de acción intensiva y una sede, dichas localidades son: Milpillas, Cerrito colorado, Providencia, Paraíso, Puerto del obispo, La Soledad, Cofradía de Guadalupe, Cofradía de San José, Cofradía del rincón y crucero de Cofradía. Y la sede se divide en 5 sectores I, II, III, IV Y V, que se cuentan como una. El acceso a los sectores es por carretera y también a 3 de las comunidades al resto de ellas se llega por terracería o brecha. Existen 17 escuelas primarias, una secundaria, tres telesecundarias y un bachillerato. Solo la sede y 6 comunidades cuentan con telefonía rural, 9 con alumbrado público y 5 con drenaje público aparte de la sede. 5173 personas mayores de 12 años son casadas, 979 son analfabetas, 1854 personas mayores de 15 años tienen primaria incompleta y 1286 mayores de 20 años tienen secundaria incompleta.

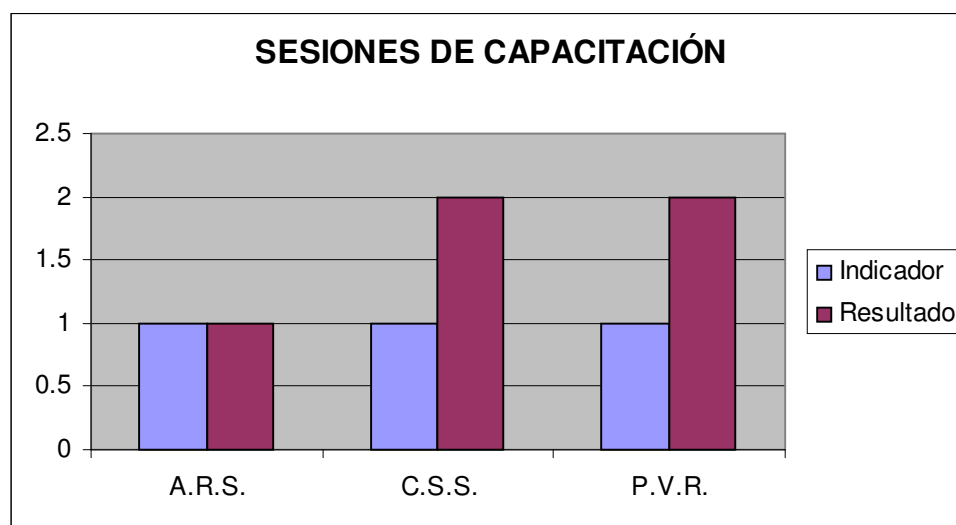
En cuanto a las viviendas 2276 son propias, 162 rentadas y 209 son prestadas, de las cuales 650 están conformadas por un solo cuarto, 763 por dos cuartos y 1234 por tres o más cuartos, de todas estas 1784 tiene la cocina independiente y

72 aún tienen el fogón en el suelo. 1552 viviendas tienen las paredes de ladrillo, 492 de adobe, 554 de madera y 49 de distintos materiales. 1477 son de techo de concreto, 645 de lámina o asbesto, 432 de lámina de cartón, 78 de madera y 15 de otro material. 2003 viviendas tienen piso de cemento, mosaico o piedra, 31 tiene piso de madera y 613 piso de tierra. La mayoría de las viviendas cuentan con ventanas. 2315 tienen agua intradomiciliaria y 279 solamente en el patio, 23 cuentan con pozo y 30 se abastecen con el agua del río. 2202 familias tienen excusado tipo inglés, 16 excusado ecológico, 143 fosa séptica, 180 letrina, 6 pozo negro y 100 de ellas hacen al ras del suelo. 2615 viviendas cuentan con electricidad, 2171 tienen televisión, 1555 cuentan con refrigerador y 2172 utilizan gas para cocinar. Estos son los datos que arroja el censo poblacional realizado durante noviembre y diciembre del año 2000 por lo que son considerados para realizar las acciones durante el 2001 las cuales se citan a continuación:

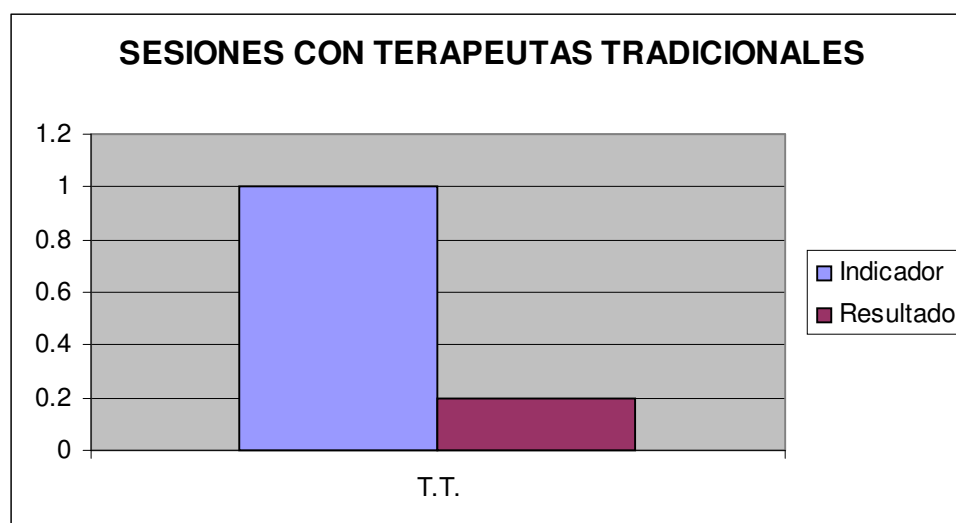
Se mantuvieron activos y en capacitación continua a 13 Asistentes Rurales de Salud, 11 grupos de Comités de Salud y Solidaridad, 286 Promotoras Voluntarias Rurales y 7 Terapeutas Tradicionales, teniendo como meta cubrir al 100% cada localidad de acción intensiva (L.A.I.) con una A.R.S., un C.S.S., una P.V.R., por cada 10 familias y mantener interrelación con todos los T.T. del universo de trabajo, considerando que se tienen 10 L.A.I. y una sede, los resultados obtenidos se representan de la siguiente manera, debido a que se cuenta con 3 A.R.S. que no pertenecen al universo de trabajo.



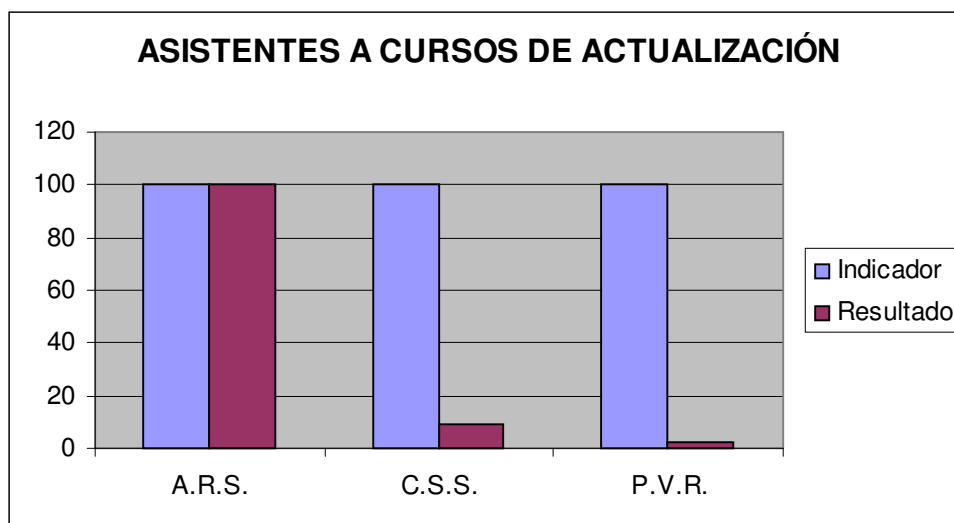
Se otorgaron 662 sesiones de actualización a los grupos voluntarios, de las cuales 156 fueron dirigidas a las A.R.S., 253 a los C.S.S. Y 253 a los diferentes grupos de P.V.R. Considerando que a nivel nacional el indicador establecido por la coordinación general es de una capacitación mensual y más, durante el año cada A.R.S. recibió una capacitación mensual y tanto el grupo de C.S.S. como el de P.V.R. recibieron dos capacitaciones mensuales, lo cual queda representado de la siguiente manera:



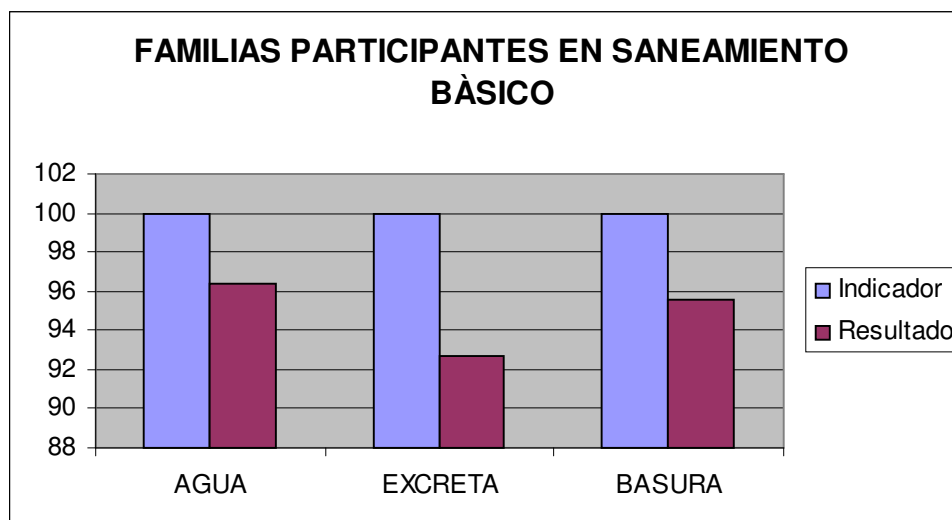
Se tuvieron 18 sesiones educativas con los Terapeutas Tradicionales, siendo el indicador de una sesión mensual y más y considerando que se mantiene interrelación con 7 de ellos, el resultado se puede observar de la siguiente manera:



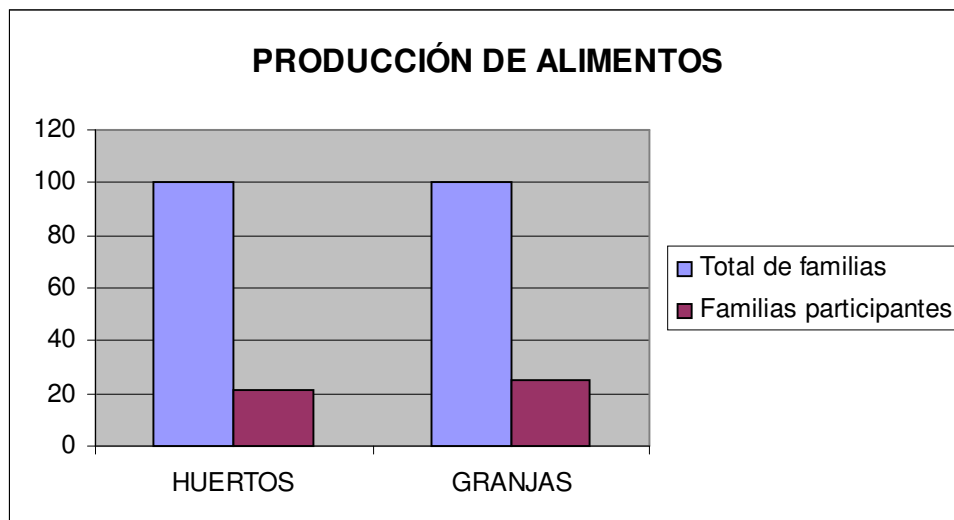
Durante el año se realizaron dos cursos regionales de actualización e intercambio de experiencias, a los cuales asistieron todas las A.R.S., 5 integrantes del C.S.S. y 7 P.V.R., considerando el total de grupos voluntarios, los resultados quedan plasmados de la siguiente manera:



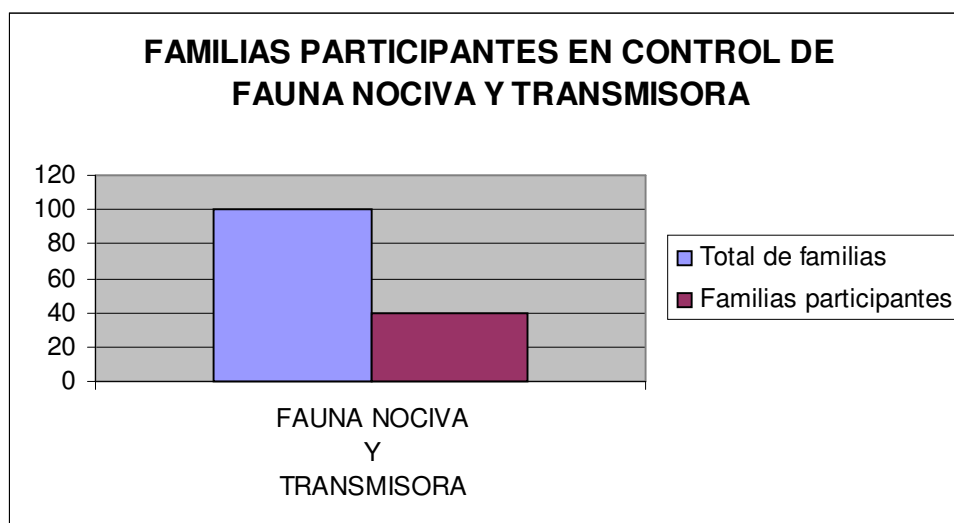
Se logró la participación del 96.33% de las familias en la vigilancia y cuidado del agua para consumo humano, el 92.70% participaron en la disposición sanitaria de excreta y el 95.55% de las familias participaron en la disposición adecuada de basura y desechos. Teniendo como indicadores para agua y basura el 95% y más y para excreta el 90% y más, los resultados los podemos observar de la siguiente manera:



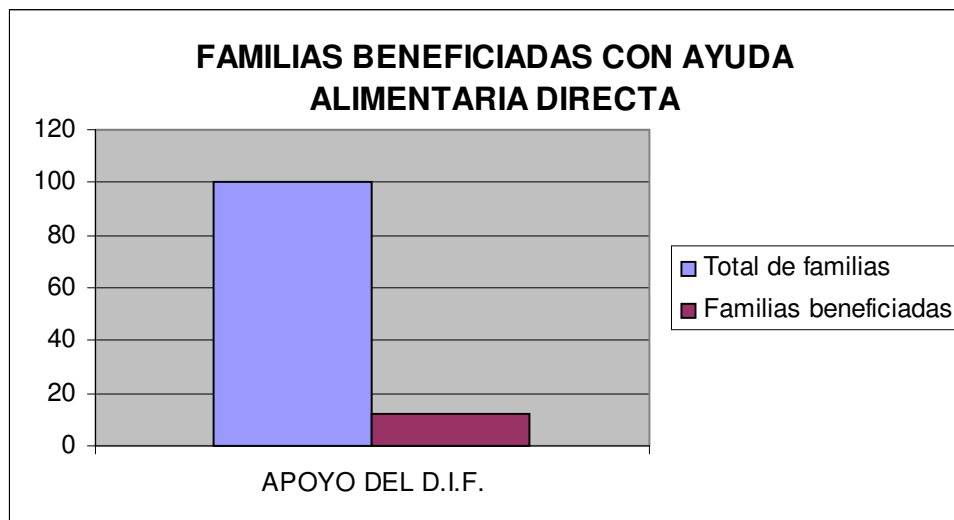
En la producción de alimentos 21.38% de las familias sembraron su huerto y 24.95% establecieron su granja de especies menores.



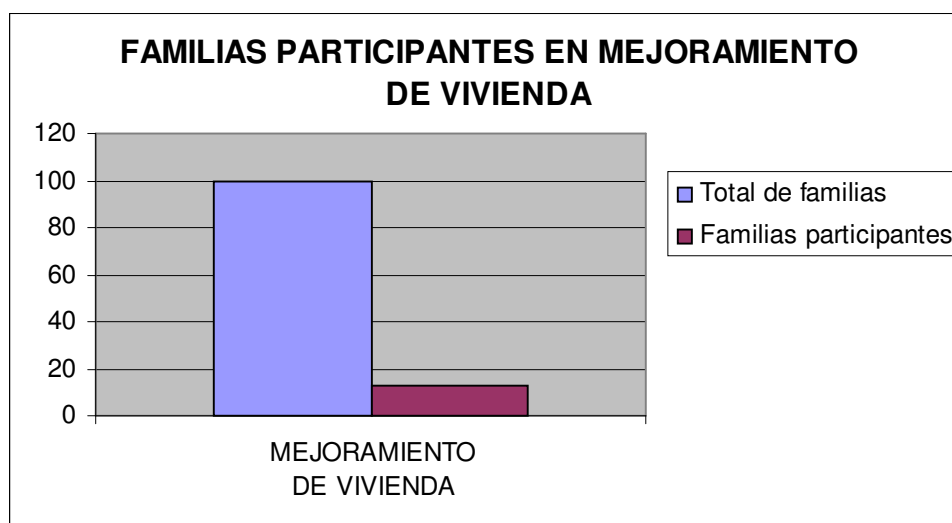
El 40% de las familias participaron en el control de la fauna nociva y transmisora.



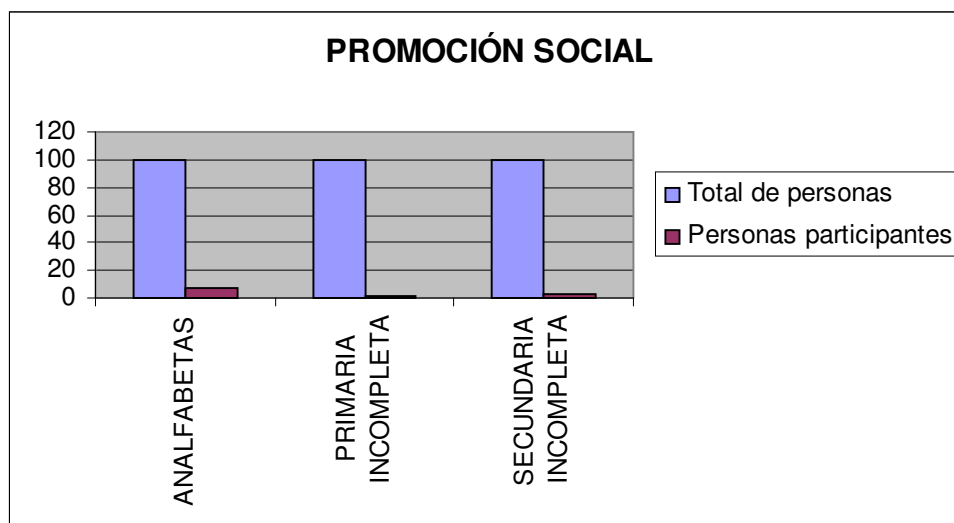
El 12% de las familias recibieron ayuda alimentaria directa por parte de la presidencia municipal.



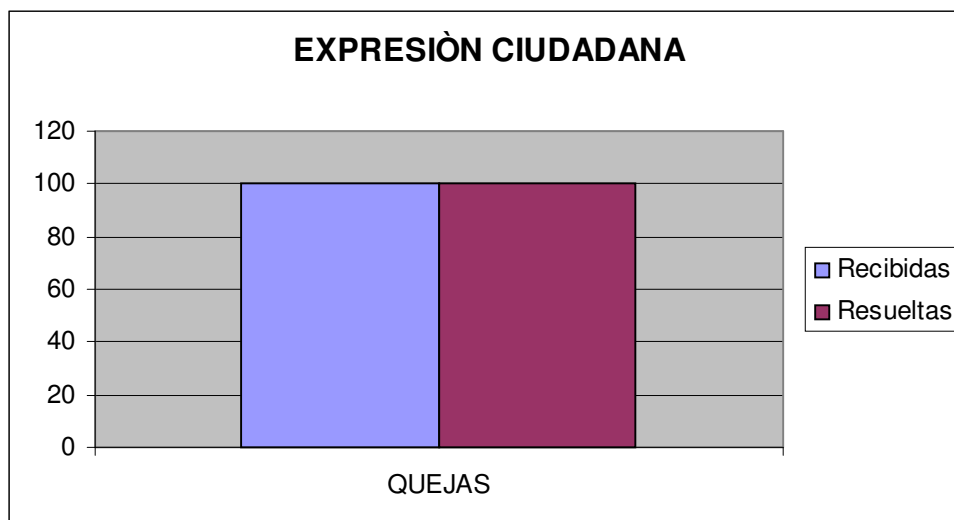
198 familias mejoraron su vivienda realizando 312 acciones diversas, como son; construcción de letrinas, piletas para almacenamiento de agua, apertura de ventanas, aplanado de pisos y muros, cambio de techos y encalamiento de bardas.



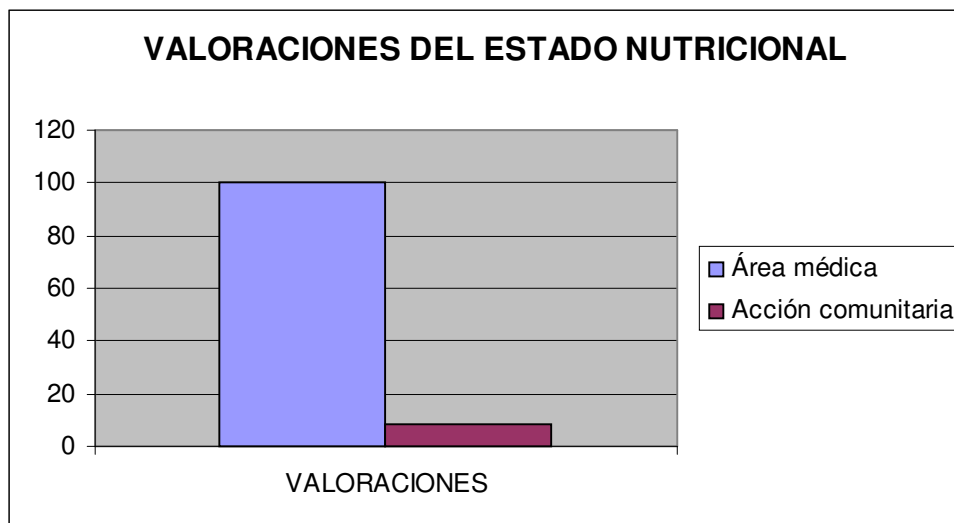
Se integraron al programa de alfabetización 148 personas, 70 aprendieron a leer y escribir, 43 concluyeron la primaria y 35 la secundaria. Tomando en cuenta que de las personas mayores de 12 años 959 son analfabetas, 1854 mayores de 15 años tiene primaria incompleta y 1286 secundaria incompleta, los resultados quedan representados así:



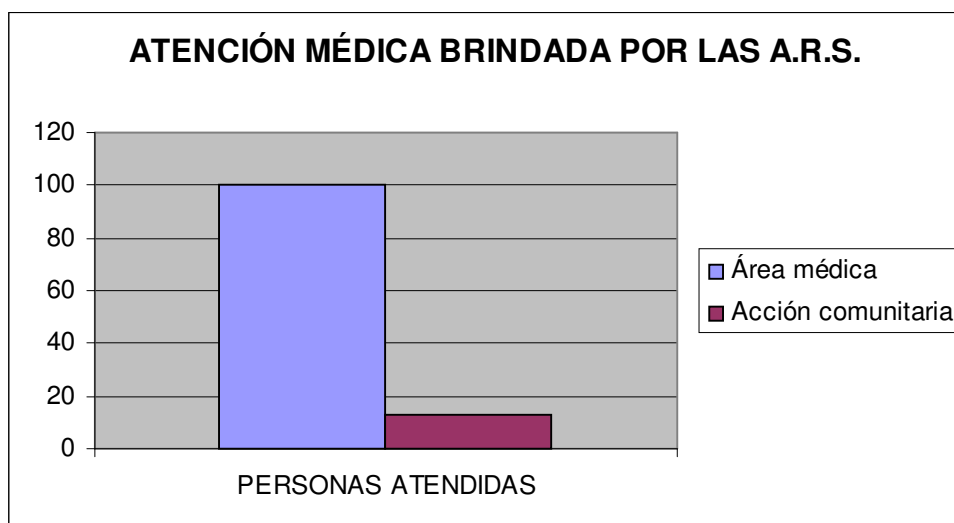
En el buzón de contraloría social ubicado dentro del hospital se depositaron 37 reconocimientos dirigidos a diferentes personas que laboran en la institución y 50 quejas, en su mayoría haciendo referencia a la falta de medicamento y al mal trato recibido por personal de enfermería y de la farmacia, a dichas quejas se les dio solución de acuerdo a cada área. Y se recibieron 12 solicitudes de apoyo mencionando la necesidad de atención domiciliaria por parte del área médica.



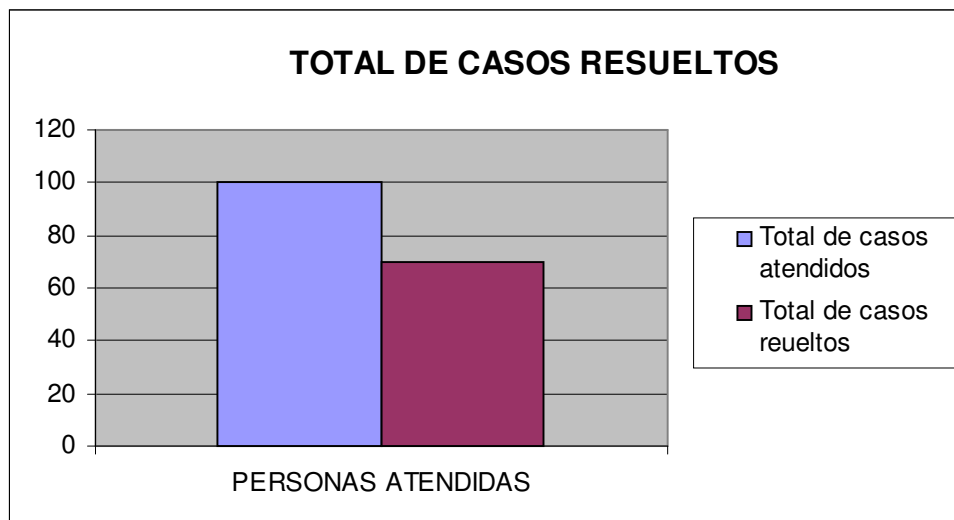
Las Asistentes Rurales de Salud realizaron 319 valoraciones para detectar casos probables de desnutrición en niños menores de 5 años, comparando este número con las detecciones realizadas por parte de área médica que fueron 4134 durante todo el año, los resultados se pueden observar de la siguiente manera:



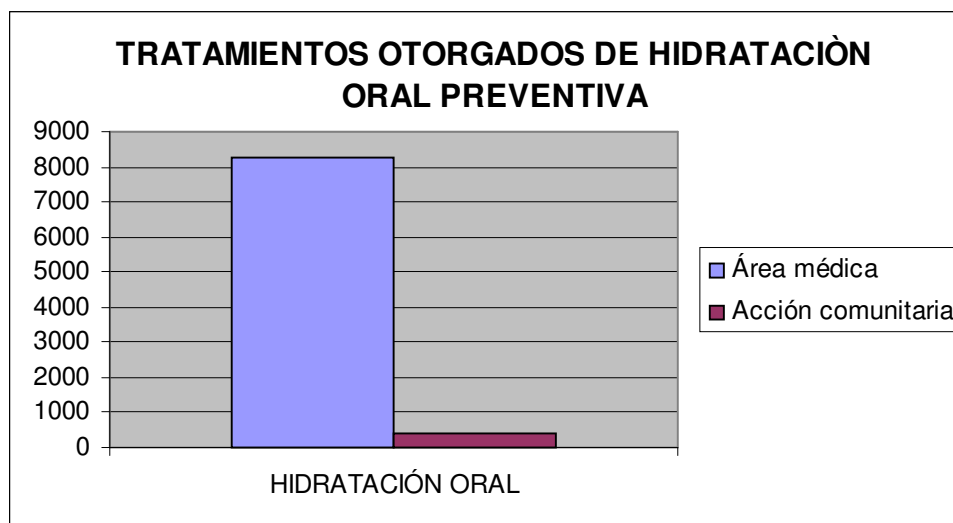
Durante el año dieron atención a 7682 personas, de las cuales 4668 estaban sanas y 3014 tenían algún problema de salud por lo que enviaron al H.R. "S" a 935 de ellas, para recibir un tratamiento distinto al de su competencia. Comparando estos resultados con la atención otorgada en consulta externa, se pueden observar de la siguiente manera:



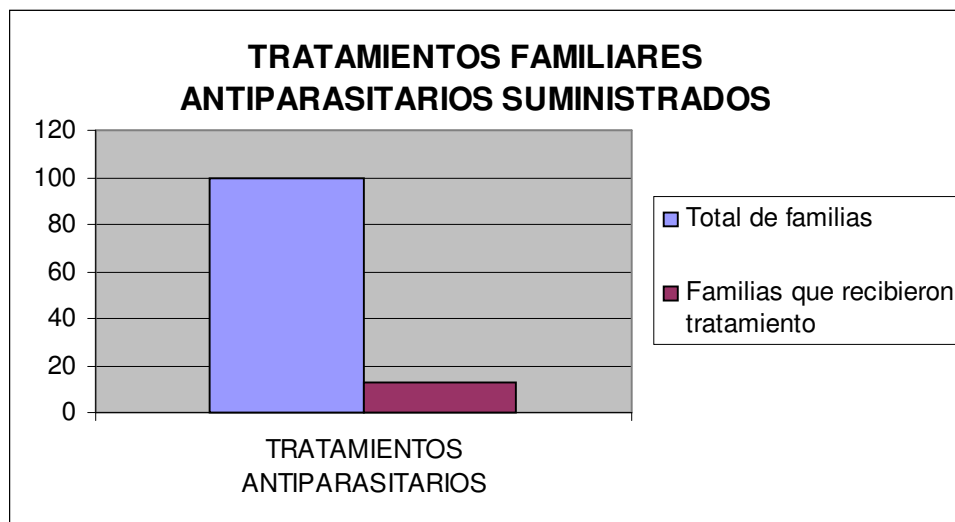
Haciendo un análisis de las derivaciones realizadas se puede decir que fueron resolutivas en un 70% de los casos.



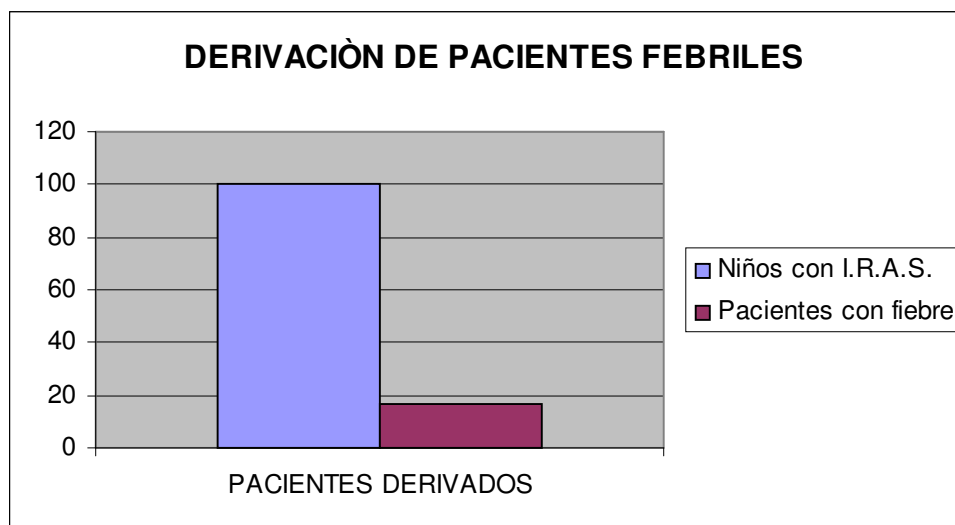
Otorgaron 412 tratamientos de hidratación oral, en relación con los entregados en promoción por parte de enfermería (8261), se pueden representar de la siguiente manera:



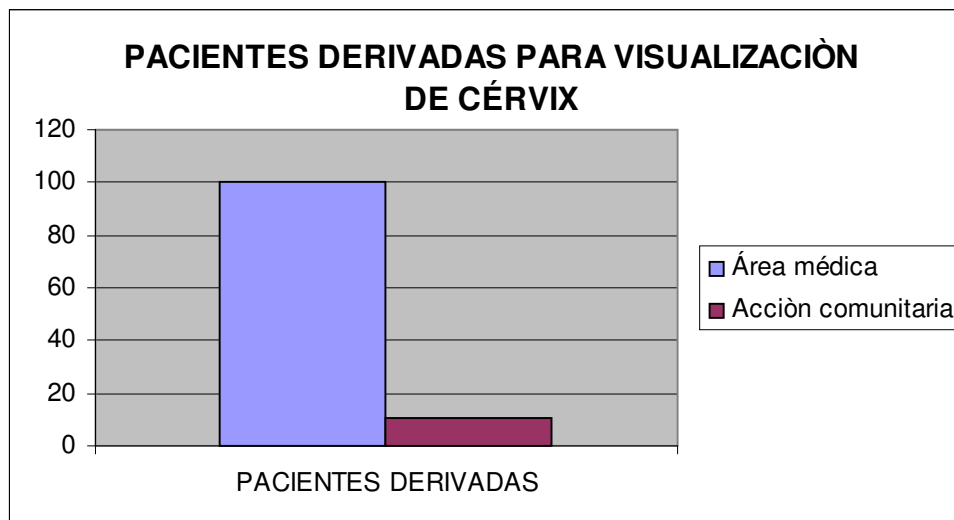
Suministraron 365 tratamientos familiares antiparasitarios, considerando que son 2834 familias las que conforman el universo de trabajo, se puede decir que brindaron tratamiento al 13% de las familias.



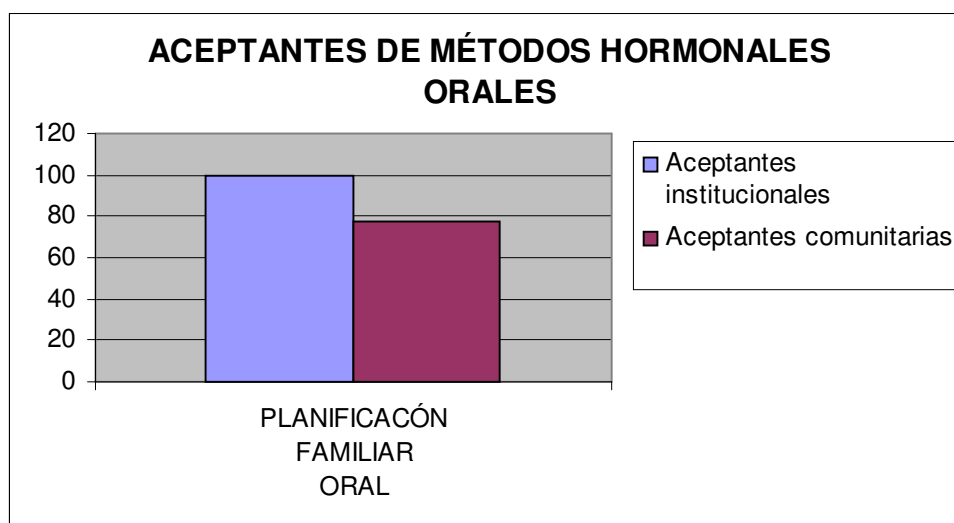
Derivaron a 255 pacientes febriles, tomando en cuenta que durante el año se atendieron a 1480 niños por infecciones respiratorias agudas, los resultados se pueden observar así:



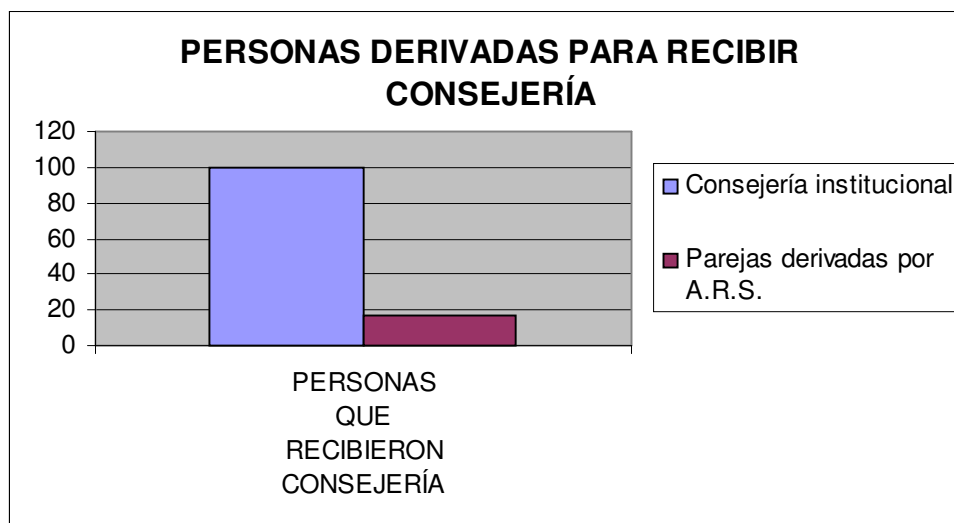
Derivaron a 312 mujeres para la visualización del cérvix, con relación a las 2831 realizadas en el H.R. "S" representan el 11% de éstas.



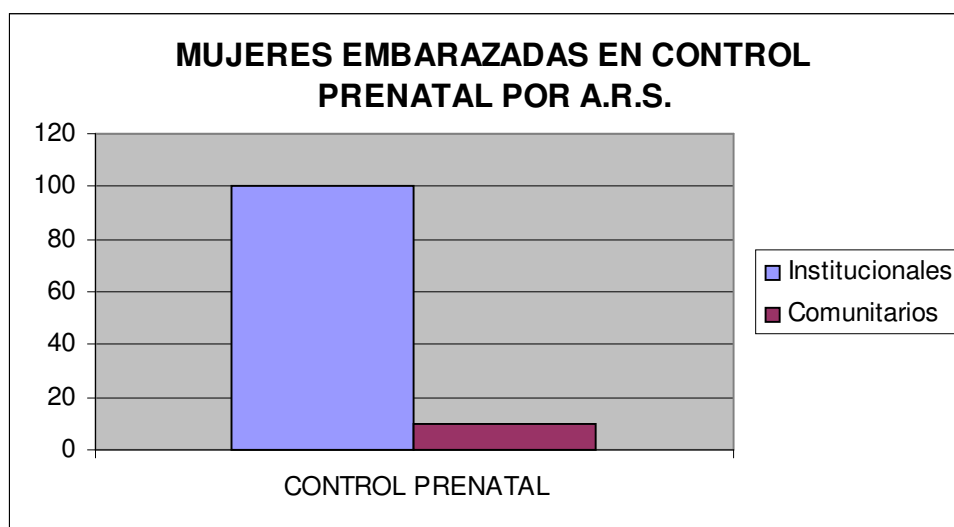
Mantuvieron a 485 mujeres planificando con método hormonal oral, de las cuales 88 fueron nuevas aceptantes y 397 ya estaban en control anteriormente. Haciendo una comparación con las 114 nuevas aceptantes institucionales, las aceptantes comunitarias representan el 77%.



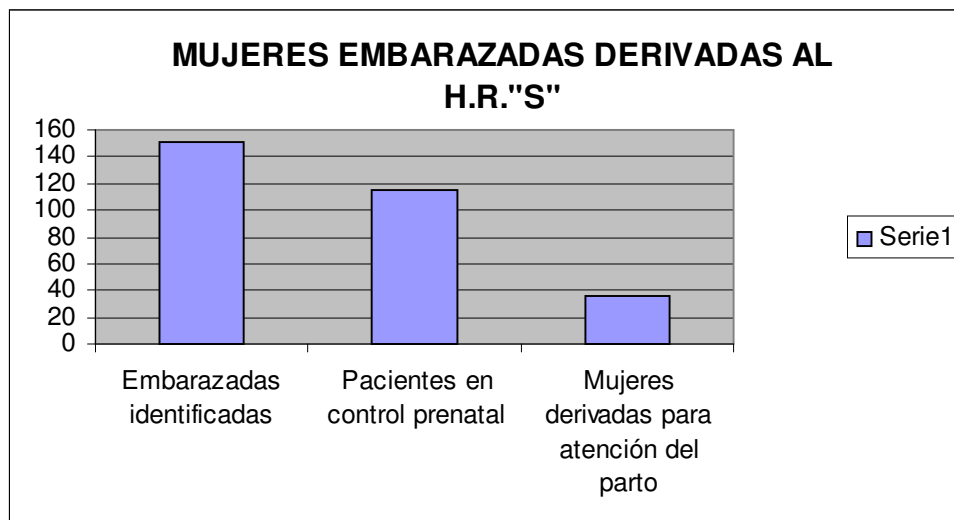
Derivaron a 122 parejas para recibir consejería y adoptar un método de planificación familiar distinto al oral. La institución otorgó 700 consejerías durante el año, lo que significa que el 17% de ellas fueron enviadas por las A.R.S.



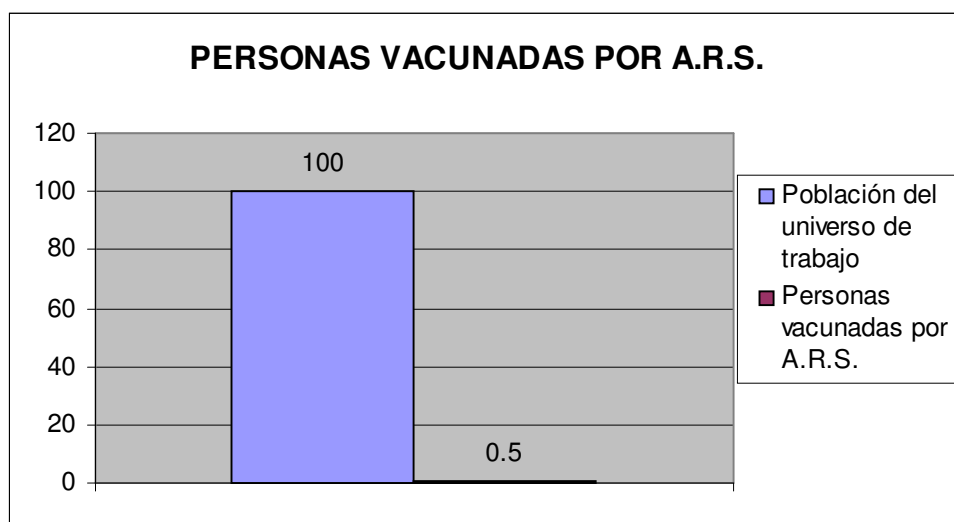
Durante el año llevaron el control prenatal de 394 mujeres embarazadas, en relación con las 3944 que llevó la institución, las A.R.S. mantuvieron el control prenatal del 10% de éstas.



Identificaron a 151 nuevas embarazadas de las cuales enviaron a 115 de ellas para control prenatal en el H.R."S" y a 36 para la atención del parto.

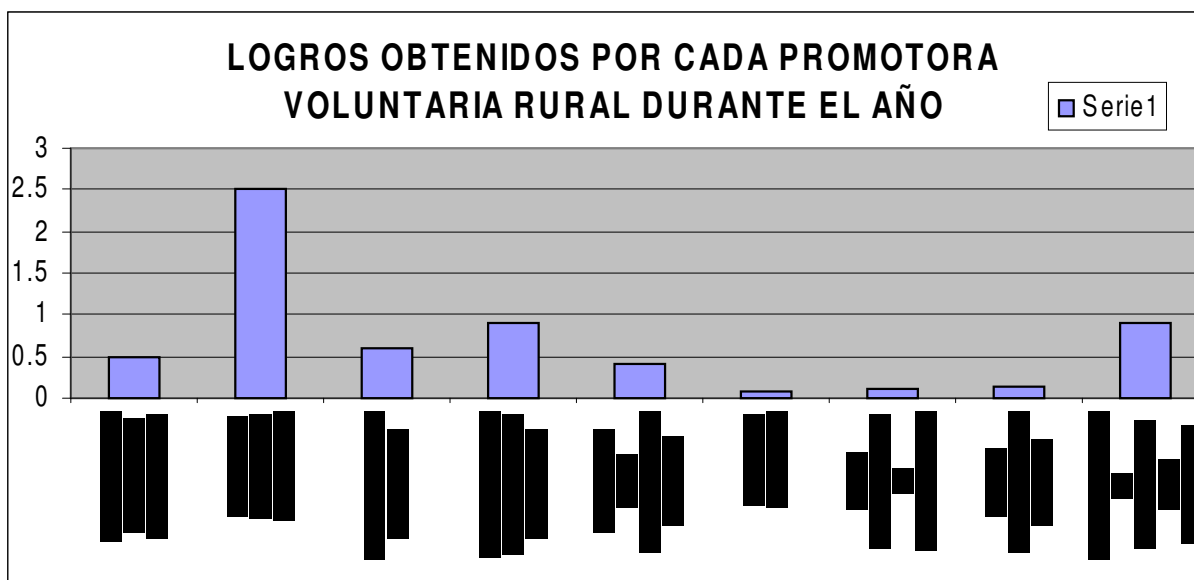


Vacunaron a 63 personas, lo que representa 0.5% con relación a las 11688 existentes en el universo de trabajo.

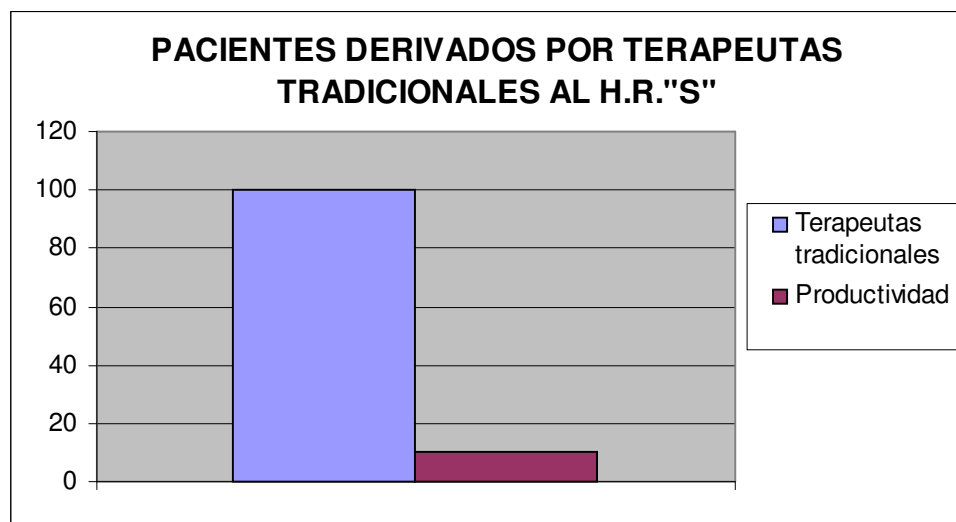


Considerando que se cuenta con 286 Promotoras Voluntarias Rurales y cada una de ellas visita mensualmente a 10 familias para vigilar el autocuidado de la salud, mostraré los logros obtenidos por estos personajes sacando un promedio de lo realizado durante el año por cada una de ellas.

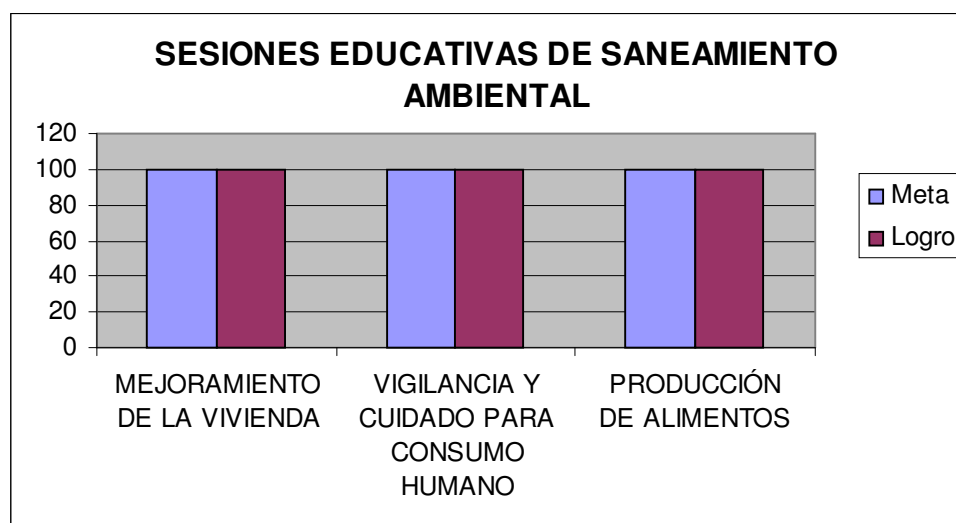
Realizaron 114 detecciones del estado nutricional, derivaron a 701 personas enfermas, 171 embarazadas, 262 mujeres para visualización del cérvix y 120 para planificación familiar de las cuales 21 eran adolescentes, 25 niños sin vacunar, 32 niños sospechosos de desnutrición, 39 recién nacidos para su revisión y otorgaron 250 tratamientos de hidratación oral preventiva.



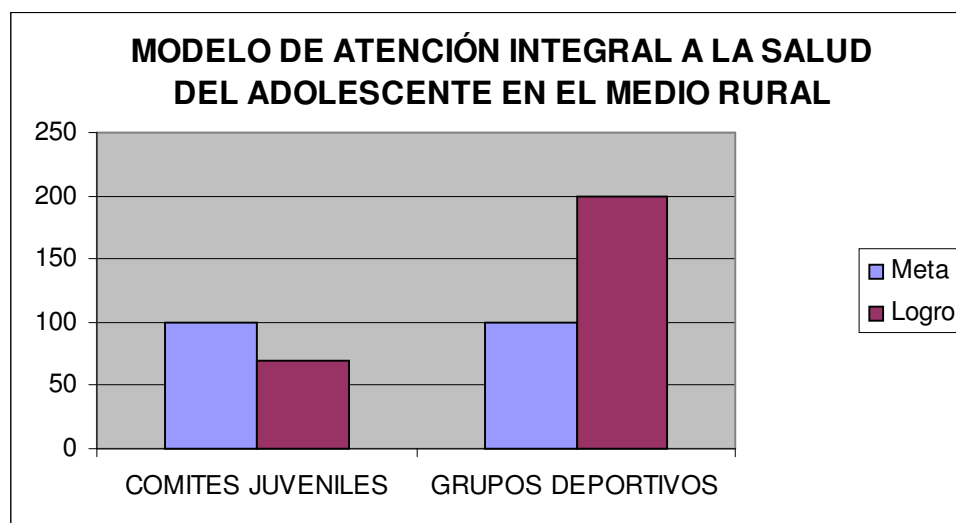
Los terapeutas tradicionales derivaron a 33 pacientes al HR"S", considerando que se mantiene interrelación con 7 de ellos, se puede decir que durante el año cada uno envió en promedio a 4.7. pacientes.



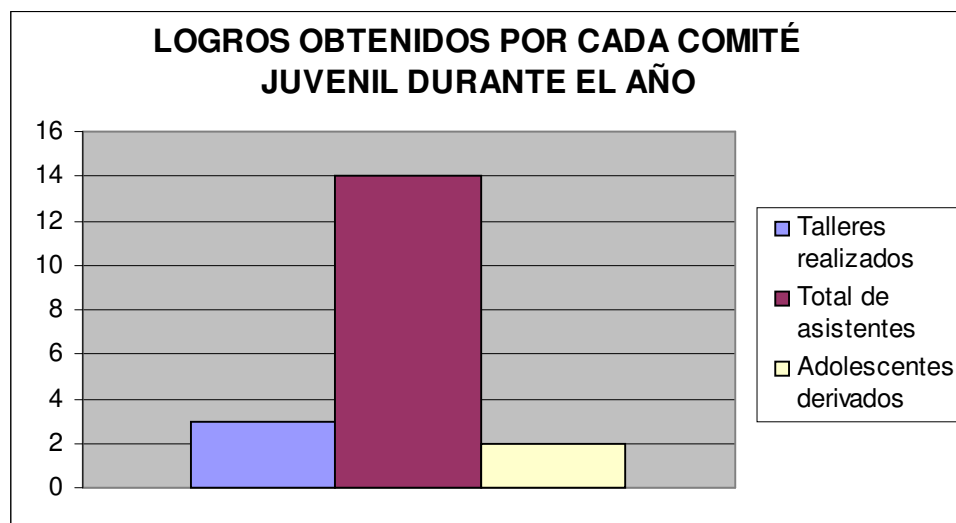
Con los recursos económicos del programa se apoyó a 18 familias de una comunidad para que arreglaran su vivienda, logrando el mejoramiento de 8 muros, 20 pisos, 13 techos y la construcción de 18 sanitarios ecológicos secos clivus. Otra comunidad recibió apoyo para construir un depósito de almacenamiento de agua beneficiando a 25 familias y se apoyó a una tercera con semilla para sembrar su huerto familiar. Cumpliendo así con la meta establecida por la institución.



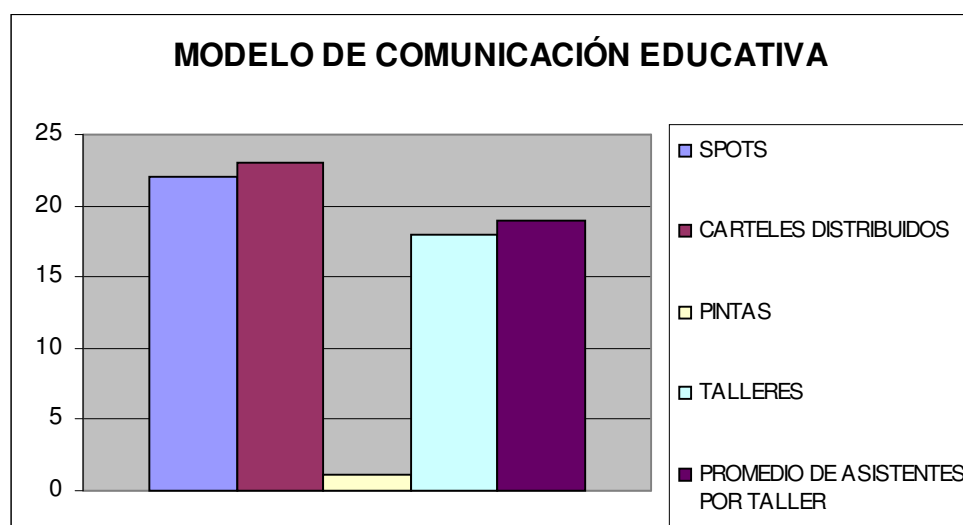
En cuanto al Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente en el Medio Rural, durante el año se formaron 7 comités juveniles y 20 grupos deportivos y culturales. Tomando en cuenta que se tienen 10 localidades de acción intensiva y en cada una de ellas debe existir un comité juvenil y un grupo deportivo y cultural, los resultados quedan plasmados de la siguiente manera:



Estos comités realizaron 20 talleres con un total de 287 asistentes, lo que significa que cada comité realizó casi 3 talleres durante el año con un promedio de 14 asistentes cada uno y derivaron para atención médica a 38 adolescentes de los cuales 13 eran embarazadas.



Para llevar a cabo el modelo de comunicación educativa se transmitieron 264 spots en la radiodifusora local, se distribuyeron 277 carteles, los voluntarios realizaron 14 pintas de bardas con mensajes alusivos al autocuidado de la salud, se otorgaron 218 talleres con 4185 asistentes durante los cuales se impartieron temas relacionados con las prioridades del programa, se otorgó consejería domiciliaria a 1919 personas y se impartió el taller de EDUSAT (Educación Vía Satélite) a 56 adolescentes. Lo cual significa que mensualmente se realizó lo siguiente:



La información presentada fue obtenida del SISPA (Sistema de Información en Salud para la Población Abierta) 2001.

REFLEXIONES ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA SOCIAL COMUNITARIA.

La población del área rural tiene características propias de interrelación y organización muy distintas a las del área urbana, así como intereses y necesidades, por tanto para trabajar con este tipo de población se podría iniciar por entender y respetar estas características, partiendo desde el punto de vista que para comprender al individuo es necesario considerar su entorno y cómo influye para su formación, así como la influencia del individuo en su entorno, puesto que la psicología comunitaria pretende tomar en cuenta tanto al individuo como al ambiente para tener mayor participación en la comunidad e identificar la manera de beneficiar a la población, considerando que el psicólogo puede un agente de cambio al involucrar a la comunidad en la participación de diferentes programas que promuevan el desarrollo comunitario, la autogestión, la creación de proyectos que den pauta a generar actividades que permita a la población darse cuenta de las diferentes posibilidades que existen para obtener beneficios comunitarios y personales, así como la creación de espacios en los que se tomen en cuenta sus expectativas y deseos a fin de ser motivantes para participar de manera activa y consciente sin que esto genere una carga de actividades o una responsabilidad que provoque problemas para llevarlos a cabo.

Es muy importante considerar las actividades cotidianas antes de implementar un proyecto, puesto que para involucrar a la comunidad y captar su atención, sin que existan preocupaciones de su hogar, hay horarios en los que se puede trabajar sin problema alguno. Además de considerar que el aprendizaje en el área rural se basa más en la observación y la práctica que en un sistema escolarizado, por lo que suele ser más libre en el sentido de no limitarse a explicaciones teóricas que sólo confunden y retrasan el desarrollo de las actividades que se pretenden lograr con el proyecto que se desee implementar. Las dinámicas participativas

suelen ser muy prácticas y atractivas para esta población, así como el teatro guiñol y los sociodramas.

Cuando se pretende realizar una obra que beneficie a la comunidad, identificar a los líderes es de gran apoyo para la organización de las actividades, puesto que ellos saben qué personas cuentan con las habilidades necesarias para dirigir a un grupo. Identificar al líder y contar con su apoyo suele ser muy importante para la implementación de programas puesto que cuentan con la confianza, el poder y la habilidad para organizar y dirigir a la población lo cual facilita en gran medida el desarrollo de proyectos, sin embargo cuando el líder se opone por algún motivo o no está convencido de lo que se pretende realizar suelen poner en contra a la comunidad y difícilmente se lleva a cabo el programa, puesto que obstaculizan y bloquean las actividades. Por lo general un líder en el área rural suele ser el encargado del orden, el jefe de tenencia, la presidenta de algún comité, la Asistente Rural de Salud, una promotora o la Auxiliar de Area Médica de Base, que no siempre buscan el beneficio de la comunidad sino el propio, por lo que manipulan a la comunidad a conveniencia de lograr sus intereses, es común este tipo de problemas y en muchas ocasiones suelen ser las instituciones quienes otorgan el poder a estas personas provocando limitantes para el desarrollo de sus programas.

En el caso del programa IMSS-Solidaridad suele tener una fuerte presencia en el área rural y muchas de las actividades que realizan las personas giran en torno a la institución, esto permite el personal institucional acercarse a la población con mayor facilidad así como tener poder de convocatoria, pero es con el trato constante y la actitud del profesionista como se va a obtener la confianza de la gente aunque en muchas ocasiones existen barreras para que se dé este acercamiento, como es el caso del lenguaje, cuando se utilizan términos técnicos difícilmente la comunidad entiende el mensaje de los que se desea transmitir por lo que es importante utilizar sus palabras para tratar sus problemas de salud, así como su manera de organizarse para llevar a cabo ciertas actividades puesto que es común que el profesionista tome una actitud de experto y considere su conocimiento el adecuado y único para resolver y manejar los problemas de salud

y de organización, situación predecible después de estar en un sistema escolarizado en el que se pretende formar al individuo como conocedor y portador de las únicas ideas que tienen respaldo científico, sin embargo es mucho el aprendizaje que se puede adquirir de la población rural y así complementar las posibles deficiencias del profesionalista, dándole una visión más amplia de cómo abordar el concepto salud-enfermedad.

Una limitante más suele ser el establecimiento de metas, puesto que en ocasiones sólo se trabaja para cumplirlas sin tomar en cuenta las necesidades reales de la población, ni su toma de decisiones violentando situaciones y ocasionando conflictos que antes no existían o simplemente no se consideraban problema. El llevar a cabo los programas respetando siempre las expectativas y características de la población facilita su ejecución, otorgando una ayuda acorde a las necesidades reales.

Una de las funciones del psicólogo en el área rural, sería capacitar a los profesionistas interesados en trabajar con esta población en la manera de dirigirse hacia ellos enfatizando la importancia de utilizar un lenguaje adecuado y sin tecnicismos, así como utilizar técnicas de aprendizaje dinámicas y creativas para transmitir la información con mejores resultados, además de tomar en cuenta sus conocimientos estableciendo un intercambio de experiencias y respetando siempre sus costumbres, tradiciones y formas propias de organización e interrelación. Lo cual se puede llevar a cabo en cursos de inducción al puesto o en la capacitación al personal. Esto permitiría sensibilizar al profesionalista, estaría más capacitado y se lograría una mejor atención otorgando un beneficio real desde su primer contacto con la población facilitando así la comunicación, la confianza y la cooperación.

El psicólogo en el área rural es un gran apoyo para identificar las necesidades de la comunidad y manifestarlas ante las instituciones a fin de obtener apoyos, asegurando que serán utilizados de manera adecuada comprometiendo a los interesados en trabajar activamente para seguir obteniendo recursos e involucrar a los funcionarios en los problemas que se presenten para ejercerlos, motivando a la comunidad a ser ella misma la gestora ante las instituciones a fin de lograr su

autonomía e independencia para manifestar sus necesidades e identificar los problemas que limiten su desarrollo comunitario. Una vez que se logra esto es muy probable que comiencen a desarrollar proyectos por su cuenta, solicitando asesoría y los recursos pero planteando sus propios objetivos y metas.

El psicólogo tiene los elementos necesarios para motivar e involucrar a la comunidad en la identificación de sus habilidades y desarrollarlas a fin de darse cuenta de las posibilidades con que cuentan para realizar todas las actividades que los lleve a cumplir sus expectativas y supera aquellos problemas que limiten su desarrollo personal y comunitario, promoviendo la creación de espacios para la reflexión y expresión de sus emociones y sentimientos lo cual permitiría conocer más a fondo el sentir de la gente del área rural y la manera de motivarlos a crear lazos de apoyo.

Para entender y conocer la manera en que se relacionan las personas del área rural es necesario convivir con ellos fuera del ámbito de trabajo, puesto que al no sentir la obligación de cumplir con ciertas actividades, las personas suelen mostrarse más naturales y se comportan como lo hacen cotidianamente dejando ver aquello que les es importante como son; sus tierras, sus animales, su familia, conservar sus costumbres y cumplir con sus tradiciones.

La migración a los Estados Unidos es algo frecuente en las comunidades que trabajé, por lo que el psicólogo suele ser un apoyo para orientar a las familias en los riesgos a la salud así como la manera de prevenirlos, fomentando la comunicación en la pareja, la integración familiar y el aprovechamiento de los servicios que brindan las diferentes instituciones.

La intervención del psicólogo debe estar muy bien estructurada para no violentar situaciones y generar conflictos que en un principio no existían, puesto que en muchas ocasiones el actuar del profesionalista desencadena situaciones problemáticas porque se generan necesidades que antes no lo eran. Principalmente al psicólogo es a quien se le otorga el saber en lo relacionado a la conducta de las personas y si éste señala alguna deficiencia, problema o necesidad, se dará por hecho que existe. Por ello es muy importante no etiquetar, ni señalar conductas, puesto que se pondrían generar situaciones que lejos de

beneficiar la interrelación de la población provocaría conflictos innecesarios. Tenemos que ser muy conscientes en las consecuencias que tiene el actuar del psicólogo y sobre todo con la población rural puesto que son más susceptibles y difícilmente se recupera su confianza y su apoyo.

Involucrarse con la comunidad implica conducirse sin enjuiciar al actuar de las personas respetando su forma de ser, de expresarse y de relacionarse, sino más bien de entendimiento para lograr un acercamiento sin prejuicios.

La observación detallada y minuciosa permite detectar el momento en que la población está preparada para participar en los programas que establecen las diferentes instituciones, así como los momentos en que el psicólogo puede intervenir para que se lleven a cabo, habilitando a la comunidad para el aprovechamiento de lo que las instituciones ofrecen.

El programa IMSS-Solidaridad establece sus metas de acuerdo al presupuesto que se le otorga cada año, las cuales no siempre son acordes a las necesidades de la población, sin embargo éstas se deben cumplir para mostrar la eficacia y los alcances que tiene la institución así como el control que ejerce y mantiene con la población rural, considerando la demanda de servicios de salud y la obligación que tiene el gobierno federal se siguen destinado recursos para evitar problemas sanitarios que implicarían mayor costo y pondría en desequilibrio la economía del país, lo cual significa mantener la salud de la población para evitar una mayor inversión justificándolo con interés y preocupación por el mejoramiento de la calidad de vida, esto no implica que la misión de las personas que laboran en la institución sea la misma, de hecho algunas de ellas muestran interés real por llevar a cabo los programas para beneficio de la población, sin embargo las personas que están conscientes de los objetivos que pretenden los funcionarios toman actitudes que limitan el actuar de los subordinados, por lo que se generan distintos enfoques afectando directamente a la población limitando y condicionando la ayuda que pudiera recibir de ser un interés real en brindar los servicios de salud. Esto permite que se utilice frecuentemente a la comunidad en movimientos políticos generando conflicto de intereses entre los líderes que organizan y dirigen a la población rural, debido a que es muy fuerte el apoyo que

brindan a determinado partido político y el apoyo que se brinda a determinada comunidad está condicionado por la inclinación que tengan. En este sentido sería muy importante la función del psicólogo como catalizador de los intereses personales y comunitarios por medio de la institución y no mezclar la salud con la política para participar de manera integral sin anteponer su preferencia política, pudiera parecer un tanto difícil considerando que la misma institución está creada con estos fines, sin embargo en la operación se pueden implementar diversas estrategias utilizando los mismos programas que brinda la institución dándole un enfoque que permita generar beneficios reales y adecuados a lo que solicita la población.

La formación profesional que recibí en Iztacala me otorgó muchos conocimientos para desempeñarme en este ámbito laboral, principalmente para realizar los cursos de capacitación dirigidos al personal institucional y comunitario puesto que me brindaron los elementos teóricos y metodológicos lo bastante sólidos para enfrentarme a grupos de profesionistas y gente del área rural, con mucha seguridad y firmeza para transmitir la información, dirigir y organizar a la gente, resolver sus dudas y apoyarlos en la realización de dinámicas y trabajos en equipo. También me permitió resolver conflictos que solían generarse entre la gente de la comunidad y en ocasiones con los equipos de salud debido a diferencias personales que limitaban el desempeño de sus funciones, por lo que solicitaban mi intervención considerando que por ser psicóloga tendría una visión más amplia e imparcial que les ayudaría a resolver el problema.

Era frecuente que los médicos familiares solicitaran mi apoyo para brindar psicoterapia algunos de los pacientes que atendían, por lo que otorgaba psicoterapia breve debido a las múltiples funciones que debía cumplir como Promotor de Acción Comunitaria. Esto me permitió detectar que muchos de los casos que se atienden en la consulta externa presentan enfermedades psicosomáticas siendo frecuente que manifiesten dolores musculares, dolor de cabeza, cansancio, insomnio, etc. como resultado de problemas familiares, económicos o laborales, sin embargo al no existir el servicio de atención

psicológica buscan la atención médica, además de que aún no se tiene mucha presencia de la psicología en el ámbito rural.

Algo que también se me facilitó fue participar en la elaboración del diagnóstico situacional y el programa de trabajo así como en la redacción de los objetivos para las cartas descriptivas de capacitación.

El haber cursado una carrera profesional y saber lo que esto implica me permitió entender las actitudes y expectativas del personal pasante que presta su servicio social en la comunidad, así como relacionarme más fácilmente con los residentes del hospital para involucrarlos en el trabajo comunitario y conscientizarlos de las necesidades que tiene la población rural, así como la manera de comprenderla y apoyarla entablando un diálogo respetuoso hacia sus costumbres e ideas.

Algo que se me dificultó cuando laboré en el programa IMSS-Solidaridad fue entender el protocolo que se debe seguir dentro de una institución, puesto que en varias ocasiones se generaron ciertos problemas en la comunidad o con el personal de lo cual informé al director y eran situaciones que correspondía resolver al coordinador de enseñanza, esto me ocasionó conflictos que provocaban falta de apoyo o bloqueo en la programación de actividades limitando así mis funciones, por lo cual considero importante que durante la formación profesional que recibimos se abordaran temas respecto al protocolo que se debe llevar, esto nos daría más elementos para involucrarnos en el ámbito laboral y mayor seguridad para relacionarnos con el personal, aunque siempre será la experiencia con la que se podrán adquirir estos conocimientos de mejor manera así como el manejo de las relaciones laborales. Quizá durante el servicio social se podría dar una inducción acerca del protocolo a seguir y sería más fácil de entender y desempeñarse.

El psicólogo podría brindar su servicio social en el área rural para tener una visión más amplia y estar mejor preparado en todos los ámbitos, ya que nos sólo tendría los elementos para trabajar en el área urbana sino que desarrollaría habilidades para desempeñarse como un profesionista apto para involucrarse con la comunidad rural, beneficiando a ésta con la implementación de estrategias y

con la presencia permanente de la psicología, la cual es muy solicitada por varias instituciones debido a que no se cuenta con esta profesión dentro del área rural y los pocos que existen se desempeñan en el ámbito privado teniendo una gran demanda.

En el programa de IMSS-Solidaridad existen plazas de psicología para pasantes sin embargo nunca han sido ocupadas, probablemente si existiera coordinación entre esta institución y la UNAM se favorecería el que los psicólogos realizaran su servicio social en este programa, lo cual sería un gran apoyo para la institución puesto que últimamente se le está dando mucha importancia a las actividades relacionadas con la psicología a pesar de no contar con estos profesionistas, por lo que son delegadas a los médicos u otros profesionistas que no están inmersos en el área y se corre el riesgo de darle un manejo inadecuado a las situaciones originadas por una falta de conocimiento y experiencia en el área.

Son muchas las actividades que puede realizar el pasante en psicología a favor de las comunidades rurales como son: impartir temas, organizar a la comunidad, capacitar a los grupos voluntarios, programar actividades dirigidas a los adolescentes, trabajar con los alcohólicos, realizar proyectos que favorezcan la autonomía de la comunidad, realizar talleres vivenciales, dar cursos en las primarias y secundarias, capacitar al personal institucional, otorgar asesoría psicológica a quien lo requiera, dar estimulación temprana, fomentar la participación de la gente en los diferentes programas y servir de enlace entre los funcionarios y la comunidad a fin de obtener los mayores beneficios posibles. Esto abriría las expectativas permitiéndole insertarse en un campo distinto contribuyendo a una formación más completa y abierta al estudioso de la psicología. Para ello sería necesario implementar en el plan de estudios materias relacionadas con la psicología social comunitaria en donde se abordaran temas acerca de la función del psicólogo en el área rural.

La persona interesada en trabajar con la población del área rural es importante que tome en cuenta que es gente un tanto susceptibles y una vez ganada su confianza entrega su afecto de manera sincera, para ello se debe tener respeto a sus costumbres e ideas así como a su manera de expresarse, debe cuidarse no

utilizar un lenguaje técnico para que exista una buena comunicación y se facilite la relación interpersonal, es importante adaptarse a las condiciones del lugar para no ofender a la gente y estar preparado para vivir sin las comodidades que se tienen en el área urbana, así como adaptarse al ritmo de vida del área rural puesto que es mucho más tranquilo comparado con el del área urbana, lo cual en ocasiones suele ser desesperante cuando se está acostumbrado a que todo se haga más rápido y a vivir más aprisa, pero una vez que se entiende esta forma de conducirse termina uno adaptándose y finalmente disfrutando de todo el ambiente y de las condiciones del lugar, así como adquiriendo un aprendizaje sin reglas y normas como el escolarizado, sino más bien basado en la observación y en la relación cotidiana con la gente.

BIBLIOGRAFÍA

Blanco, A. (1987). **La psicología comunitaria**. Papeles del colegio, Psicólogos, V.

Camacho, P., Mendoza, P., Molina C., y Suárez C. (1997). **Coordinación interinstitucional en: La participación comunitaria en salud**. México, D.F.: Instituto Nacional del Seguro Social.

Costa, M. & López, E.(1982). **Salud Comunitaria**. Madrid.: Martínez Roca.

Hernández, L.(1989). **Medición de la incidencia de la pobreza y de la pobreza extrema en México**. México.: Universidad Autónoma Metropolitana.

Hombrados, M. (1996). **Introducción a la psicología comunitaria**. Granada.: Aljibe.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1996). **Bases para una estrategia de información, educación y comunicación en salud reproductiva para población rural**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano de Seguro Social. (1992). **Diagnóstico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales de México**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano de Seguro Social. (2000). **Diagnóstico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales de México**. México, D.F.: Autor.

Instituto Mexicano de Seguro Social. (1990). **Modelo de Atención Integral a la Salud: Bases jurídicas y conceptuales**. México, D.F.: Autor.

Klineberg, O. (1963). **Psicología Social**. México, D.F.: Fondo de cultura económica.

Martínez, M. & Barrón, A. (1993). ***Psicología comunitaria***. Sevilla. : Eudema.

Montero, M. (1987). ***La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos***. Barcelona.: Hora.

Rodríguez, A. (1983). ***Aplicaciones de la psicología social***. México.: Trillas.

Sánchez, A. (1991) ***Psicología comunitaria***. Barcelona.: PPU.

Salles, V. (1999). ***Sobre los grupos domésticos y las familias campesinas. Algo del análisis antropológico de los problemas rurales de México***. México.: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Whitaker, J. (1980). ***Psicología social***. México, D.F.: Trillas.

Zax M. & Specter G. (1979). ***Introducción a la psicología de la comunidad***. México, D.F.: Manual Moderno.