



Universidad Nacional Autónoma de México
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**ANÁLISIS PSICOSOCIAL DE CONDUCTAS SALUDABLES Y NO SALUDABLES
EN NIÑOS DE UNA COMUNIDAD URBANA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN COMUNICACIÓN,
CRIMINOLOGÍA Y PODER (*TRAYECTORIA COMUNICACIÓN, CULTURA Y
PSICOLOGÍA POLÍTICA*)**

PRESENTA:

LIZ ALEJANDRINA BUGARINI DÍAZ GONZÁLEZ

DIRECTORA:

DR. ADRIÁN MEDINA LIBERTY
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ
LIC. JESÚS SEGURA HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. JUAN CARLOS HUIDOBRO MÁRQUEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

México D.F.

Junio 2015



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.

Agradecimientos.

A mis padres, por darme la vida y con sus enseñanzas, las ganas de luchar por un lugar mejor:

Luis Jaime Bugarini Rodríguez que me enseñó el valor del trabajo diario y de la vocación por amor.

María Estela Díaz González López que me enseñó que el amor es un motor importante para realizar todos mis sueños.

A mi *miShi* **Héctor Humberto Micheo Sánchez**, mi compañero de vida que me alegra con su sentido del humor, su amor, paciencia y su apoyo a lo largo de nuestro caminar juntos.

A mi familia **Micheo Sánchez** que con su amor y alegría me apoyan siempre:

Eugenia del Carmen Sánchez Romero por su cariño y sus consejos, además de apoyarme en mi camino profesional y crecimiento personal.

Laura Gabriela Micheo Sánchez por su alegría y sus porras siempre, por creer en mí ante mis ideas *locuachas*

A mi hermana **Perla Guadalupe Bugarini Díaz González** por ser un soporte emocional a lo largo de mi crecimiento.

A mis niñas hermosas que quiero ver crecer con gusto para tener un mundo mejor igual que yo.

Diana Laura Ramírez Bugarini
Vanessa Stefanía Ramírez Bugarini
Olivia Vera Micheo
Fátima Huerta López
María Teresas Huerta López.

A mis amigas **Ingrid Juárez Rodríguez** y **Anahí Espinosa Vaeza** por siempre estar conmigo en las buenas y en las malas.

A todos mis maestros de Psicología Social, quien cada uno me mostró la belleza de ser psicólogo y el gusto de ayudar a las personas desde nuestra *trinchera*.

A mis maestros y amigos **Erik Salazar Flores** y **Jesús Segura** quién hicieron enamorarme de la Psicología Social Comunitaria y profesionalmente *peinar la zona*

A la **Mtra. Guillermina Natera Rey** por su orientación para realizar el trabajo y a la **Srita. Ana María** por su paciencia y apoyo dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”

A los niños y habitantes de “La Cueva del Tigre” por su participación, apoyo y motivación para hacer este trabajo posible.

A los facilitadores que trabajaron dentro de este proyecto:

Aguilar Aguilar Alondra
Aguilar Landín Karina
Alendar Castillo Jazmín
Arévalo Trujillo Dania Izamar
Avelar Martínez Alfonso
Barriga Díaz Teresa
Bizarro Guzmán Valeria Guadalupe
García Escalona Aurea Lilián
León Arnaíz Carolina
Melesio Velázquez Fernando
Vázquez Hernández Adriana Verónica
Vázquez Velázquez Viridiana
Velasco Suárez Jessica Berenice
Reimers Nausikaa Geraldine
Ruíz Pérez Mindy Deniss

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1. Salud y Estilo de Vida.....	9
1.a) Estilo de vida: Factores de riesgo y protección.....	10
1.b) Educación para la salud: ¿Por qué trabajar con niños?.....	11
1. b.1) Nutrición y hábitos alimentarios.....	12
1. b.2) Actividad física.....	13
1. b.3) Consumo de sustancias.....	14
1. b.4) Sexualidad y Género.....	15
1. b.5) Violencia e Interacciones Sociales.....	17
1. b.6) Salud emocional.....	18
Capítulo 2. Psicología Social en el mantenimiento de la salud.....	21
2.a) Psicología Social en la intervención de la salud.....	22
2.b) El Modelo de Salud tradicional y el modelo de Psicología Social Comunitaria....	23
2.c) Fases de intervención en Psicología Social Comunitaria.....	26
2.c.1) Diagnóstico de comunidad.....	26
2.c.2) Evaluación de necesidades del grupo.....	26
2.c.3) Diseño y Planificación de la intervención.....	27
2.c.4) Realización de actividades.....	27
2.c.5) Evaluación, retroalimentación e interpretación.....	28
2. d) Técnicas de Registro.....	28
2.d.1) Guías de Observación y Libreta de Campo.....	28
2.d.2) Entrevistas Semiestructuradas o Guías de Entrevista.....	29
2.d.3) Diario de Campo.....	30
2.d.4) Técnicas Participativas.....	31

Capítulo 3. Programa de intervención del Programa de Becas de Inicio a la Investigación (PROBEII)	33
3.a) Antecedentes	34
3.b) Protocolo de intervención a partir de la investigación	34
3.c) Observación Participante en el análisis de conductas de salud	35
Capítulo 4. Condiciones generales de salud en Adolfo Ruíz Cortínes	37
4.a) Antecedentes y características generales	38
4.b) Acceso a Servicios de Salud y Seguridad Social	40
4.c) “La Cueva del Tigre” dentro de Adolfo Ruiz Cortínes	41
4.c.1) Breve historia.....	42
4.c.2) Utilización Actual.....	42
Capítulo 5. Método	44
5.a) Planteamiento del Problema	45
5.a.1) Objetivo General.....	46
5.a.2) Objetivos Específicos.....	46
5.b) Procedimiento	46
5.b.1) Diagnóstico de comunidad.....	46
5.b.2) Evaluación de las necesidades del grupo de “La Cueva del Tigre”	47
5.b.3) Diseño y planificación de la intervención.....	48
5.b.4) Realización de actividades.....	49
5.b.5) Evaluación, retroalimentación e interpretación.....	50
5.c) Instrumentos	50
5.d) Participantes	50
5.e) Aspectos éticos	50
Capítulo 6. Resultados e interpretación	52
6.a) Entrevistas	53
6.b) Diario de campo	57
6. b.1) Nutrición y hábitos alimentarios.....	58
6. b.2) Actividad física.....	61

6. b.3) Consumo de sustancias.....	64
6. b.4) Sexualidad y Género.....	67
6. b.5) Violencia e Interacciones Sociales.....	71
6. b.6) Salud emocional.....	74
Capítulo 7. Discusión y conclusiones.....	77
Referencias.....	84
Apéndices.....	88
A. Imágenes.....	89
B. Diario de campo.....	90
C. Técnicas participativas.....	92
D. Cartas descriptivas.....	95

Resumen

Se realizó, a partir de un diagnóstico de necesidades previo y por medio de técnicas participativas desde un enfoque cualitativo, un análisis de las conductas saludables y no saludables en niños de un espacio recreativo llamado “La Cueva del Tigre” que se encuentra en la colonia Adolfo Ruiz Cortínes, Coyoacán, Ciudad de México. Las conductas que se tomaron en cuenta para el análisis fueron agrupadas en seis áreas: Nutrición y hábitos alimentarios, Actividad física, Consumo de sustancias, Sexualidad y género, Violencia e interacciones sociales y Salud emocional.

El trabajo se desarrolló con niños que habitan la colonia de edades entre 7 a 12 años por medio de talleres y juegos relacionados con las áreas propuestas dos veces por semana. Estos talleres fueron planeados con un equipo de trabajo formado por estudiantes de la facultad que cursaban desde 5to semestre como parte de sus prácticas en licenciatura. Se concluye que por medio de este modelo se puede generar un espacio de reflexión, tomando en cuenta como elementos principales el generar vínculos de confianza para acercar a mayor población, socialización para romper el estilo de vida individualista y la constancia para fortalecer no sólo la participación sino encaminarla al cambio del estilo de vida en salud y asociar el espacio como punto de transformación psicosocial. Finalmente demostrar que se pueden utilizar espacios públicos estratégicos y significativos para las personas, llegando a la conclusión de que los apoyos institucionales en programas sociales deben ser dirigidos más a los materiales de trabajo y al personal que a la infraestructura.

Palabras Clave: niños, psicología, educación de la salud, comunidad.

Abstract.

An analysis of healthy and unhealthy behaviors in children was conducted in the recreational space called "La Cueva del Tigre", located in the colony "Adolfo Ruiz Cortines", in Coyoacán, Mexico City. This analysis is based on a previous diagnosis of needs and makes use of participatory techniques from a qualitative approach. The behaviors that were considered for analysis were grouped into six areas: nutrition and eating habits, physical activity, substance use, sexuality and gender, violence and social interactions, and emotional health.

The subjects of analysis were children living in the colony, ages 7-12 years, and were analyzed through workshops and games related to the proposed areas twice a week. These workshops were planned with a team formed by students of the Faculty of Psychology of the National Autonomous University of Mexico (UNAM) cursing the 5th semester as part of their professional practices. We conclude that through this model a space for reflection can be generated, considering as the main goals to generate bonds of trust are to bring population, to promote socializing in order to break the individualistic lifestyle, to persevere to strengthen not only the participation but lead it to change the lifestyle and associate the space as a point of psychosocial transformation, and finally, to demonstrate the use of strategic and significant public spaces for people is possible, coming to the conclusion that institutional support for social programs should be aimed more at working materials and personnel than to infrastructure.

Keywords: children, psychology, health education, community

Introducción

Desde hace más de tres años estudiantes y académicos de la Facultad de Psicología de la UNAM bajo el modelo de Psicología social comunitaria llevan a cabo una serie de prácticas como parte de la licenciatura dentro de Adolfo Ruiz Cortines, una colonia que se encuentra en la Delegación Coyoacán, Ciudad de México y dentro de ella existe un espacio público comunitario llamado "La Cueva del Tigre". Desde 1999 además de haberse convertido en un espacio de recreación, durante un tiempo se organizaban actividades que fortalecían algunas relaciones sociales dentro de la colonia, desde celebraciones religiosas cada mes hasta torneos deportivos; sin embargo, con el tiempo se convirtió en un centro de riesgo de consumo de sustancias entre los jóvenes, desde alcohol como lo más común hasta otras sustancias ilegales, además de darse con frecuencia peleas de pandillas.

Se realizó en 2011 una monografía sobre la colonia y a partir de las necesidades detectadas, sobre todo en salud, se está llevando a cabo proyecto de investigación por parte del *Programa de Becas al Inicio de Investigación* (PROBEII) organizada por la *Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad* (C.C.I.N.S.H.A.E.) la cual pertenece a la Secretaría de Salud. Esta investigación se encuentra actualmente en curso y se desarrolla bajo la tutela del *Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales* dentro del *Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón de la Fuente Muñiz"*

Este trabajo dividido en seis capítulos; contiene cómo hacer un análisis cualitativo sobre las conductas saludables y no saludables, ya que se ha mantenido el modelo tradicional para la promoción de salud, que si bien ha tenido sus progresos, ahora existe una tendencia comunitaria para lograr estos objetivos (Restrepo, 2000 y ONU, 2002). Por otro lado, más que juzgar las conductas saludables o no, el objetivo es describir y comprender la funcionalidad de estas acciones, de tal manera que a partir de esta reconstrucción significativa, proponer estrategias más adecuadas que permitan el equilibrio de la salud en futuros programas de diagnóstico e intervención. El grupo con el que se trabajó fue con niños debido principalmente a dos razones. La primera es que en la educación para la salud los niños se encuentran en una etapa clave para desarrollar un estilo de vida más saludable; en segunda, durante el tiempo que se ha desarrollado la investigación fue el grupo social más participativo de la colonia.

En el primer capítulo se hace una revisión sobre la salud y el estilo de vida. Como seres humanos complejos, la salud no sólo puede ser mantenida desde un enfoque biológico, sino también de otros

como psicológicos, social y cultural. Por otro lado la salud en México ha tenido cambios importantes como tener altos índices de enfermedades crónicas como diabetes y enfermedades incapacitantes como la depresión unipolar (DGIS; 2007) lo cual implica una distribución de recursos a tratamientos costosos para el sistema y las personas. Los riesgos para la salud detectados dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND; 2007) fueron el estilo de vida sedentario, la violencia familiar, el consumo de sustancias ilegales y la conducta sexual irresponsable, además de destacar que existe una prevalencia importante de depresión unipolar sobre todo en mujeres. Finalmente aunque se sabe que la salud es una temática compleja y extensa, se trató en este trabajo de considerar las áreas más importantes que deben procurarse para tener un estilo de vida saludable.

En el segundo capítulo se presenta el modelo de trabajo en *psicología social comunitaria* así como su importancia de participación en la temática de la salud, pues este modelo en general busca principalmente realizar un trabajo dialéctico, donde el investigador así como participantes construyan el conocimiento sin ser estos últimos vistos como algo inferior. Otro de sus objetivos es que las temáticas que sean importantes para el investigador y la comunidad tengan sentido, pues muchas veces sólo se considera lo que el investigador visualiza, por lo que éste permite conocer cómo algunas acciones son más funcionales en algunos espacios que en otros, de tal manera que se puedan presentar soluciones en conjunto y mejorar las condiciones de vida de las personas. Por lo tanto, lograr un estilo de vida saludable debe ser un proceso horizontal y reflexivo y este modelo es el indicado.

En el tercer capítulo se describe brevemente el protocolo de investigación aceptado dentro del programa, pues ante las problemáticas de salud expuestas dentro del PND y aunque remarca que las temáticas que requieren de un programa de prevención son sobrepeso, obesidad, consumo de sustancias, violencia y vida sexual irresponsable, no considera totalmente que muchas de las conductas de riesgo relacionadas con estas temáticas tienen relación con factores sociales, psicológicos y culturales, por lo que el *Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñiz”* ha abierto espacios para mejorar la salud mental (y como consecuencia la salud en general) de la población mexicana a partir de la creación del *Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales* así como su participación activa dentro del programa.

En el cuarto capítulo se describe el espacio de trabajo conocido como “La Cueva del Tigre”, datos que incluyen su historia, población, problemáticas y finalmente los servicios de salud disponibles dentro de la colonia. La razón principal de haber escogido este sitio para trabajar es debido a que es una

colonia donde las problemáticas de salud diagnosticadas en el plan se encuentran presentes. En segundo lugar, es una colonia donde los compañeros de prácticas de psicología social han estado trabajando varios años, por lo que es importante darle seguimiento y construir vínculos sociales más fuertes entre las instituciones y la población en general. Por último, otra razón es la posibilidad de participación presentada entre los vecinos de la zona, pues durante la monografía realizada en 2011 se encontró este sitio como un lugar donde los habitantes y transeúntes mostraron voluntad para participar, lo que es uno de los puntos clave para que este modelo funcione adecuadamente.

En el quinto capítulo se describe el método que se llevó a cabo para esta investigación; como resultado del procedimiento se encuentra en el capítulo seis, donde se hizo una sistematización de la información recolectada, a partir de las cuatro lecturas propuesta por Martí y retomada de Ibáñez (2010) y por la reconstrucción epistemológica de Bertely (2000). Se decidió usar el primero debido a que como seres subjetivos, al presenciar un fenómeno social, no fácilmente podemos observar fácilmente las implicaciones y resultados que se presentan junto con el fenómeno; por otro lado como científicos psicosociales no podemos considerar una conducta como una situación simple, sino como el resultado de una serie de factores que de manera directa o indirecta influyen para que suceda; en el segundo, estos factores según Bertely pueden ser vistos desde distintos niveles: el del intérprete, el de las técnicas usadas y las sociales que nos construyen como sujetos. En el caso de la salud el objetivo de registrar lo que es saludable o no para los participantes es comprender la funcionalidad de sus acciones además de las diferencias y convergencias entre la educación formal en salud y lo que se hace día a día.

Finalmente en el capítulo siete se pueden encontrar las conclusiones en las que se trata de analizar cómo son utilizados estos conocimientos formales y qué beneficios les trae para su salud. Además se analizó si el método de I.A.P. puede ser útil y funcional para la educación para la salud, sobre todo considerando que este modelo requiere de mucho tiempo y recursos.

Capítulo 1

Salud y Estilo de Vida

1.a) Estilo de vida: Factores de riesgo y protección

La salud es un estado en pleno equilibrio dentro del área biológica, psicosocial y ecológica de las personas (Pick; 2001). Al tener consciente que el promover y mantener la salud es multifactorial, el riesgo de contraer y desarrollar una enfermedad resultaría una situación impredecible. Sin embargo, a lo largo de los últimos años se han estudiado algunos factores que pueden mejorar o dañar la calidad de salud y su equilibrio. Incursionar en la temática de estilos de vida y salud no es posible hacerlo únicamente través a un conjunto de comportamientos individuales y colectivos que definen el qué hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se viven únicamente, sino también es necesario entender que existen factores de riesgo o de protección que pueden apoyar u obstaculizar el desarrollo de estilos de vida saludables.

Los factores de riesgo definidos por la OMS refiere a *todas las condiciones sociales económicas o biológicas, conductas o ambientales que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones* (1998); por lo que las políticas de salud pública buscan estrategias preventivas (más que remediales) basadas en el conocimiento de los factores de riesgo y lograr disminuir las probabilidades del desarrollo de las enfermedades. Retomando a Donas Burak (1998), se pueden analizar los factores de riesgo considerados como de *amplio espectro y los que son específicos para un daño*. Los primeros refieren a que son factores que no afectan directamente la salud (pobreza, desempleo, deserción escolar, marginación, violencia, etc.) pero son desencadenadores de acciones concretas o conductas que pueden afectar la salud; a estas acciones se les consideran como los factores de riesgo específicos (consumo de drogas, sexo sin protección, uso de armas de fuego, alcoholismo, golpes y peleas, etc.)

Mientras que los factores protectores son aquellos *que favorecen el desarrollo de un estilo de vida saludable* (Cardozo y Dubini, 2005), de aquí se pueden catalogar como externos, es decir, aquellos que provienen del medio ambiente en el que los individuos interactúan como por ejemplo el apoyo familiar, situación económica estable, etc. Los factores de protección internos son aquellos que se refieren a atributos del sujeto o del grupo tales como autoestima, adaptabilidad, confianza, cooperación, solidaridad, entre otros.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y cols. 1985). En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de

la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. Desde esta perspectiva, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y los programas o planes para lograr un estilo de vida saludable deben ser contruidos a partir de la vida cotidiana de las personas dentro de un contexto determinado.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como *estilos de vida saludables* definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (Maya, 1997).

1.b) Educación para la salud: ¿Por qué trabajar con niños?

La educación para la salud surge ante la necesidad de proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud. Esta tendencia no es nueva, pues desde finales del s. XIX (García; 1998) se pueden encontrar modelos con un enfoque salubrista y especialmente en ámbitos escolares. Tiene como objetivo principal diseñar programas de intervención destinados a modificar creencias, costumbres y hábitos no saludables por un lado mientras que por el otro busca promover, proteger y fomentar la salud. Se sabe que tiene resultados en el largo plazo y que requiere de un trabajo en conjunto de las autoridades de salud en sus distintos niveles con la población, además de una coordinación con fuertes influencias como los medios de comunicación y la legislación (Ruiz, 2012), si no, los programas diseñados con este propósito no funcionan adecuadamente.

Es importante llevarla a cabo en todas las edades pero sobre todo en la población infantil, debido principalmente a que durante esa etapa se fomenta el estilo de vida, hábitos y conductas de riesgo o protección para la salud. Según la UNICEF (s/f) en México a pesar de los grandes avances en calidad de salud los niños aún padecen problemáticas de desnutrición u obesidad (éste último con un indicador de primer lugar mundial). Por otro lado, en los diagnósticos del Plan Nacional de Desarrollo en los últimos dos sexenios se ha reportado que la población infantil se encuentra como sector poblacional

con mayor índice de casos de obesidad en zonas donde se presentan niveles de marginación media y baja (2006) pues argumenta que existe posibilidades económicas de alimentación pero una educación en salud decadente.

Sostienen algunos autores (Ruiz, 2012 y García; 1998) que aunque la escuela representa un sitio crítico para el desarrollo de un estilo de vida saludable, si no existe cooperación de sus círculos sociales cercanos como familia, vecinos, amigos y comunidad, las posibilidades de aprendizaje significativo es menos posible. Pues por ejemplo, muchos de los programas están diseñados desde una perspectiva de ser individualista o en el caso de los niños como están bajo la tutela de un adulto, se debe trabajar únicamente con este último para educar a sus menores. Sin embargo, al no generar acciones conjuntas con ellos y con sus pares o interacciones más cercanas, los conocimientos, recomendaciones y aprendizajes de los programas de prevención son olvidados.

Por lo tanto, al planear un programa de educación para la salud dirigida a los niños se tiene que pensar en detalles como la edad de los niños y el contexto socio económico en el que se encuentran principalmente; además de plantearse la idea de que la salud no sólo se puede conceptual únicamente desde el enfoque biológico, sino también del psicológico y social. A partir de esta premisa, la compleja relación entre el estilo de vida y la salud por la cantidad de factores presentes, se trató de considerar seis áreas de conocimiento que se considera que cubren lo principal para lograr un estilo de vida equilibrado. Estas áreas se expondrán a continuación de manera breve.

1. b. 1) Nutrición y hábitos alimentarios

En México existe una preocupación alarmante debido a que su población infantil tiene el más alto índice de obesidad en el mundo. Esta preocupación no sólo es por encabezar esta lista, sino por los costos que debe asumir el sistema de salud para apoyar durante las complicaciones que se presentan como enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial) en cualquier etapa de la vida. Entre las causas más importantes por las cuales se presenta, es por el estilo de vida más sedentario por múltiples factores (inseguridad, tecnología, ambos padres en ámbito laboral, etc.) y por el alto consumo de alimentos azucarados y carbohidratos, es decir una dieta poco balanceada.

Entendemos como nutrición el aprovechamiento de los componentes necesarios para el funcionamiento adecuado del organismo (Pick; 2001) y desde 2005 la llamada tridimensionalidad de

la nutrición establece las relaciones entre los alimentos y los sistemas biológicos, sociales y ambientales de cada sociedad (Macías; 2012); mientras que los hábitos alimentarios como aquella serie de conductas llevadas a cabo durante la ingesta de alimentos, desde la selección de los ingredientes, preparación y consumo de los mismos.

Los cambios que se van viviendo en los últimos cincuenta años sobre los hábitos alimentarios y la nutrición tales como el desarrollo económico, avances tecnológicos, la incorporación de la mujer al ámbito laboral, la gran influencia de la de los medios masivos de comunicación, la incorporación más temprana de los niños a la escuela, han permitido una mayor posibilidad por parte de los niños de elegir alimentos con muchas calorías y baja calidad nutricional, por lo que modificaron rápidamente sus funciones: la primera, conseguir un estado nutritivo óptimo, mantener un ritmo de crecimiento adecuado y tener una progresiva madurez biopsicosocial así como prevenir enfermedades; la segunda como una dinámica psicosocial que genera vínculos afectivos con quien los comparte. Para esta investigación nos basamos en lo siguiente:

1) Trastornos Alimenticios (del Rey Calero, 1998)

La mayoría de los trastornos que se presentan principalmente pueden ser desnutrición, sobrepeso obesidad y diabetes en casos extremos. Para indagar en el caso de los niños además de lo que nos puedan decir sobre sus hábitos de consumo, se pondrá atención ante signos como fatiga, ánimo decaído, poca participación, irritabilidad, heridas que tardan en cicatrizar (SSA;2000)

2) Conciencia entre el hambre (necesidad fisiológica) y apetito (sensación voluntaria)

Se indagó si los niños son capaces de identificar si la razón de consumir un alimento es por hambre, si es que no habían comido por ejemplo, antes de asistir a las actividades o simplemente es antojo al tener la disponibilidad de obtenerlos.

1. b.2) Actividad física

La actividad física es algo que los niños es muy atractivo cuando sus necesidades de divertirse y socializar se encuentran dentro de sus intereses; sin embargo, hoy en día existen otras plataformas que cumplen estas funciones como los espacios que el internet y dispositivos electrónicos (televisión, computadora, consolas de videojuegos y celulares) ofrecen. La cantidad de niños y jóvenes que pasan mucho tiempo en dispositivos electrónicos, así como la creciente inseguridad por los índices de la

delincuencia, ha provocado que las actividades físicas sean dejadas de lado pues los padres han preferido que pasen el tiempo en casa que realizar actividades fuera de ella. Por otro lado, existen actividades que son arriesgadas como los deportes extremos, sobre todo cuando no se cuenta con el equipo adecuado o se practican sin conocer las consecuencias negativas y los primeros auxilios en caso de un accidente. Lo que se busca es conocer qué conductas perciben arriesgadas durante actividades físicas y cómo actúan cuando se presenta algún accidente, además de la relación entre su percepción de imagen corporal con la socialización.

3) Actividad física general y deportiva (Pick, 2001)

- La resistencia física es un proceso gradual y de entrenamiento (Mito: “Si no duele no vale”).
- Realizar calentamiento y enfriamiento antes y después de las actividades para evitar accidentes.
- En caso de ser necesario utilizar equipo y ropa adecuada (casco, tobilleras, muñequeras, ropa brillante).
- Evitar los espacios mojados o con obstáculos (piedras, basura etc.).
- Tener disponible números de emergencia y equipo de primeros auxilios.
- Practicar de preferencia en grupo o con amigos.

1. b.3) Consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas de manera irresponsable no solo es un problema de salud pública serio, sino que se ha convertido en un concepto social que se ha naturalizado y en algunos casos aceptado como promoción de imagen ante los demás, lo cual a pesar de los artículos publicados sobre las consecuencias negativas que conlleva, no existe un cambio (Jenkins, 2005). Por otro lado, estas conductas están conectadas con otras como la delincuencia, narcotráfico, la transmisión de I.T.S. y embarazos no planeados, daños en la salud de los consumidores activos y pasivos así como afectaciones en las economías internacionales por la destinación de recursos para los servicios médicos a los pacientes crónicos.

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra el Delito y las Drogas (UNODC, 2007) en un programa de prevención dirigido a los niños, éstos deben ser capaces de identificar según sus edades lo siguiente:

- **5 a 7 años de edad:** enumerar los efectos negativos del consumo de sustancias y establecer diferencias entre éstas.

- **8 a 9 años de edad:** nombrar y reconocer drogas de las que han oído hablar y los peligros vinculados a su consumo, además de expresar cómo les afecta el consumo en el hogar y en la comunidad y también deben saber dónde se puede recibir ayuda más cercana.
- **10 a 12 años de edad:** determinar las razones por las que las personas consumen drogas y establecer la diferencia entre consumidores experimentales, ocasionales o casuales, habituales y consumidores dependientes las cuales son según Pick (2001):

Consumo experimental

1. Presión social de un grupo.
2. Imitación de los adultos ante situaciones sociales.
3. Curiosidad ante lo que se sabe cotidianamente sobre los efectos de las sustancias.
4. Disponibilidad de las sustancias (legales e ilegales).

Consumo ocasional.

1. Reducir la ansiedad ante crisis de la vida cotidiana.
2. Problemas emocionales que afectan el estado de ánimo.
3. Situaciones sociales donde se consume (fiestas).

Consumo por dependencia.

1. Para evadir realidades o situaciones adversas, ante las cuales han perdido el control.
2. Realizar actividades diarias sin conflicto.
3. Inhibir sensaciones como el hambre y el frío en situaciones de marginación.

Por lo tanto, el objetivo de esta área es que a partir de esta referencia, identificar el nivel de conocimiento que deben tener los niños según sus edades

1. b.4) Sexualidad y Género

Según la OPS la edad promedio en que los jóvenes inician su vida sexual activa se encuentra entre los 15 y 16 años (OMS, 2002) y se ha debatido mucho sobre si los mecanismos de información y educación han sido suficientes como para disminuir las consecuencias negativas de una vida sexual irresponsable. Sin embargo, se ha sabido que dependiendo de las tendencias culturales muchas veces

esta información es considerada como negativa, que promociona la promiscuidad y que en vez de disminuir, provoca que suba el índice de embarazos no deseados e I.T.S. por lo que no se acepta o se distribuye de manera discreta. Un ejemplo cercano es que en 2008 el GDF publicó el libro *Tu futuro en libertad. Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad* con el objetivo de que se tuviera información de especialistas sobre el tema. Sin embargo, debido a negativa de la Secretaría de Educación Pública (SEP) por distribuirlo (La jornada, 2008) se tuvo que organizar brigadas con jóvenes los fines de semana para obsequiar el ejemplar así como explicar el contenido del libro afuera de las escuelas o de espacios donde se reúnen los jóvenes, mientras que en instituciones como la UNAM, el Politécnico Nacional, Colegio de Bachilleres y los CONALEP los recibieron y los distribuyeron sin mayores dificultades. (El universal, 2008)

Ante la presente situación, se trabajó el tema de sexualidad tomando como referencia *el modelo de los Holones sexuales de Rubio-Aurioles* (CEP. 2010) en el que describe la sexualidad como una cualidad del ser humano intrínseca y compleja que implica no sólo cuestiones biológicas, sino también psicológicas y culturales. Su modelo contempla que la sexualidad tiene cuatro componentes que son: *la reproductividad*, que se refiere a la potencialidad de reproducirnos como seres humanos, no sólo en el hecho concreto de procrear, sino en otras formas en las que tienes el rol de padre o madre sin ser únicamente biológico; *el género*, que es el conjunto de ideas y conceptos de ser hombre o mujer, lo que individualmente se adquiere así como lo que socialmente está aceptado o no; *el erotismo*, es la capacidad de experimentar placer sexual a través de experiencias subjetivas vinculadas a las experiencias vividas; y *el vínculo afectivo*, es la capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos, estos afectos pueden ser como el amor o el dolor.

Con esta referencia, se trabajó con los niños en lo siguiente:

1) Diferencia entre sexo y género

Básicamente cuáles son sus referencias ante lo que nos constituye como machos o hembras (sexo) y ante lo que los hace niños y niñas según su vida diaria, tomando en cuenta referencias físicas como apariencia para ellos o para los demás

2) Elementos sociales que construyen su identidad de género

En este punto los elementos psicológicos como el comportamiento o la forma de responder a un estímulo y sociales como por ejemplo las actividades aceptadas dentro de un rol específico que consideran importante para decir que son niños o niñas y relacionarse con los demás con ello.

1. b.5) Violencia e Interacciones Sociales

El estudio de las conductas violentas ha tenido gran fascinación sobre todo por los actuales altos índices de fallecimientos en situaciones de confrontación fatal. Se han descrito muchas variables como la genética de los violentadores, impulsos descontrolados, consumo de sustancias, trastornos de personalidad como causas probables; también se ha descrito la carga que el contexto y la cultura tiene para convertir una agresión en un acto de violencia. Entendemos que la agresión es una conducta destructiva de manera individual/grupal hacia algo o alguien por motivos territoriales o de gen, es decir, de defensa de una especie frente a otra o ejemplares entre sí; mientras que la violencia puede ser desencadenada por motivos fuera de la naturaleza (artificiales) que llevan a conductas destructivas y que no son justificables o no tienen un motivo real de por medio. (Ruiz, 2011). Las áreas que se tomaron como pauta para identificar lo que los niños consideran agresión o violencia, en qué relaciones identifican que existen con mayor frecuencia y si ellos mismos repiten esos patrones son los siguientes:

1) La familia y pares

Como primer espacio de socialización, la manera de construir su interacción parte de este núcleo al mismo tiempo que factores como la cultura y la economía moldean y modifican el estilo de vida de las familias. La forma de resiliencia o habituación ante crisis como abandono, separación, divorcio, muerte o migración así como su estilo de comunicación son indispensables para entender el nivel de naturalización ante las conductas violentas.

El segundo espacio de socialización es generalmente la escuela, en donde comparten gran parte del tiempo con sus pares durante el día y es el espacio fuera de la familia donde conocen otros estilos de interacción sean violentas o no. Además es un espacio donde se desarrollan sus habilidades sociales y de comunicación con los otros, de tal manera que si se encuentran en un ambiente escolar hostil o poco comprensivo ante sus necesidades puede responder sean agresivas o ¿violentas?

2) Patrones de comunicación y estilos de socialización

Dependiendo de lo que se haya aprendido sobre los roles de socialización como la amistad, la familia, los compañeros dentro de la escuela/trabajo y la pareja por decir los más importantes, puede que habilidades comunicativas tales como hablar de manera clara y directa, la capacidad de negociar, ser empático ante las necesidades de los demás y la capacidad de resolver conflictos sin conductas antisociales pueden estar mal entendidos o no tomados en cuenta, lo que llevan a situaciones de conflicto violentos, por lo que se indagó si es que recurren a estos mecanismos o cómo es que resuelven los conflictos en sus interacciones.

3) Conductas antisociales

Las conductas antisociales (Pick, 2001) son entendidas como aquellas que perjudican la relaciones que se tienen con los demás son un factor que encamina al riesgo de convertirse en actos violentos, sea para uno mismo o para los que nos rodean. Romper con las redes sociales con hostilidad, ataques físicos (golpes, empujones, pellizcos, mordidas, etc.), ataques psicológicos (indiferencia, chantajes, rechazo, bromas pesadas, apodos) y sexuales (piropos ofensivos, manoseo y hostigamiento) etc., pueden ser consideradas en muchas ocasiones como parte de un juego o de algo sin importancia, pero se ha visto que son generadas por la falta de comunicación clara, escuchada y firme. Se tomó en cuenta cómo perciben los niños estas conductas en sus interacciones sociales.

1. b.6) Salud emocional

Lo que nos diferencia los adultos de los niños es la capacidad de autoreflexionar y autoconocer nuestras acciones y emociones. Este proceso comienza a adquirir sentido desde la adolescencia y desde entonces nos preocupa de manera tal que repercute en las situaciones vividas a diario.

Esta categoría es sumamente importante porque si se generan mecanismos de autoconciencia y comunicación sobre lo que sienten, desean, anhelan o afecta, es más probable que puedan darles un significado diferente y encontrar la solución a la misma, así como desarrollar empatía si se encuentran con otros y de esta manera desarrollar la confianza para resolverlas. Como pautas para conocer el nivel de autoreflexión sobre sus emociones se consideraron los siguientes

1) Identificación de sus emociones y la de los otros

El ser capaces de reconocer las emociones que vivimos nosotros mismos y que vemos vivir en los demás nos permite generar canales de comunicación más adecuados en las interacciones que tenemos a lo largo de nuestra vida. Los niños desde los seis años, pueden reconocer emociones a partir de los

otros y reaccionar ante sus propias emociones sin necesariamente identificar qué emoción es la que están experimentando ellos mismos. Se indagó sobre cómo identifican los niños las emociones básicas: el enojo, alegría, tristeza, miedo, sorpresa y asco, además de comprender cómo las identifican y reaccionan ante sus pares.

2) Verbalización de las emociones

Cuando entramos a la escuela, la posibilidad de desarrollar el lenguaje se potencializa rápidamente por las nuevas redes de socialización (maestros y pares) así como la enseñanza de nuevos términos para designar las cosas en la vida. Sin embargo, en el caso de las emociones se trabaja desde el modelo de regulación, es decir, controlar las reacciones emocionales ante un hecho, por ejemplo el enojo o la frustración cuando algo no sucede como se espera o algo nos molesta (Abarca, 2003). Entonces aunque puede ser adecuado este estilo, debe complementarse con la verbalización de las emociones sobre todo cuando se presentan en ese momento, de tal forma que se reconozcan, se hablen y la empatía aumente cuando alguien más las está viviendo. Para el caso de este trabajo se indagó sobre los términos y metáforas que utilizan los niños, su recurso poético por excelencia según Abarca (2003).

3) Comunicación a los demás sobre sus emociones

Finalmente, ya que se identifican y se verbalizan, las emociones se pueden comunicar fácilmente. Geertz (1973) menciona que para comprender la expresión comunicativa del otro, implican muchas posibilidades de interpretación, y si estamos hablando de algo intangible como una emoción la interpretación se vuelve más compleja. Sin embargo, se ha tratado de enlistar ciertos signos que nos permiten verificar si lo que estamos comunicando es comprendido por el otro, entonces más que indagar si los niños comunicaron sus emociones adecuadamente o no, se revisó sobre qué estrategias utilizan para comunicarlas.

En síntesis, la salud es un sistema delicado en el que no sólo la biología o la medicina tienen que intervenir para su equilibrio, sino otras áreas como la psicología, sociología, economía, política entre otras. El estilo de vida saludable implica varias condiciones: la primera es tener un comportamiento reflexivo y de consciencia ante cambios que nos pueden mejorar o perjudicar la salud. Hoy en día no existe como tal esta tendencia, debido principalmente a que se sigue pensando que la salud debe ser atendida por instituciones o en el momento en que uno se encuentra en condiciones agudas o con dolor insoportable se debe buscar ayuda. Por eso es indispensable replantear la educación para la salud (la segunda condición) que debe ser contextualizada, es decir, considerar el entorno en el que se

encuentran las personas, pues de esta manera no sólo ellas pueden aceptar las conductas para mejorar o identificar las que hacen daño en la salud, sino también para las instituciones de salud, pues permite que se planeen mejor las estrategias de salud y utilizar los fondos disponibles de manera más eficiente. Por último, la tercera condición es considerar que el grupo de edad tiene importancia, pues hay pocos trabajos que se enfoquen en los niños, lo cual debe ser repensado ya que se encuentran en la mejor etapa para inculcar no sólo el estilo de vida saludable, sino además bajo un modelo reflexivo que sea más flexible a sus necesidades y a su entorno además de que puede ser aceptado con mayor motivación.

Capítulo 2.
Psicología Social en la educación de la
salud

2.a) Introducción

Los programas de educación de la salud han demostrado ser inefectivos si solo se dedican a transmitir información (Alfaro, 2000), en cambio, son efectivos en la medida en que se centren en el desarrollo de estrategias para que las personas adquieran y modifiquen conductas. Alfaro refiere que dos son los objetivos genéricos de la educación para la salud que se mencionan en la mayoría de las definiciones:

1. Enseñar conocimientos adecuados para la salud.
2. Propiciar conductas o comportamientos facilitadores de la salud.

Las cuestiones que implican estos objetivos, están relacionadas con el desarrollo o modificación de las costumbres de las personas, promover la modificación de factores externos que influyen negativamente en la salud en conjunto con personas o grupos organizados e instituciones, de tal manera que se motive significativamente:

- Cambiar la concepción medicalizada e individualista de la salud.
- Cambiar los estilos de distribución de servicios de cuidado de la salud.

Para lograr esta situación en el largo plazo, se tiene que llevar previamente a cabo un proceso de concientización y en este caso retomaremos el concepto de consciencia desde Freire (Alfaro, 2000) quien la describe como un plano desde donde se conforma el sujeto individual, lo que podríamos llamar al sí mismo, complementada con una “praxis” que dialécticamente en un mismo movimiento hace parte la construcción del mundo y se establece una unión entre seres humanos. Es histórica, en el sentido de ser una producción cognoscitiva situada y fechada en un orden social específica y expresa las significaciones de las relaciones, conflictos y tensiones sociales. Para ser consciente, se tiene que conocer primero, el acto de conocer está mediado por los vínculos entre los hombres, en cuanto ella es interindividual y no existe fuera de la intersubjetividad y la comunicación.

Como resultado de la exploración de la consciencia en personas de un contexto determinado, finalmente se presenta la reflexión. Este proceso descrito por Freire (1974) dentro del modelo de *educación popular* es un proceso de descubrimiento y reconocimiento de su propia situación existencial, es decir, la toma de posición de una manera de actuar a partir de la ideología y de la consciencia y propone los siguientes pasos:

1. La capacidad de decir sobre el mundo para generar consciencia de lo que existe alrededor en objetos y personas.
2. Usar la propia consciencia para problematizarla y cuestionarla, de esta manera se pone en duda si las acciones que se han realizado benefician a la realidad social que se vive.
3. Fomentar esta problematización crítica, con el objetivo de que se haga una visión crítica de la realidad para transformarla (acción-reflexión-acción). Además de fomentar el diálogo entre las personas para obtener retroalimentación y una reflexión más consciente.
4. Finalmente se busca una postura horizontal donde se diluya la alienación y el diálogo activo. De manera que los significados de la realidad social sean dichos, reapropiados y finalmente transformados.

No necesariamente tienen que ser llevados al pie de la letra y depende del grupo con el que se busca esta transformación sin embargo, esta propuesta sostiene que en el momento en que las personas reapropien de manera significativa las conductas de un estilo de vida, modificarán su conducta hacia ella. Por lo tanto en el proceso de desarrollo y modificación de conductas de salud, con esta premisa y el estilo de trabajo que se practica en la psicología social comunitaria se considera como integral y comprensiva ante el contexto de desarrollo además con las herramientas necesarias para lograr una transformación del estilo de vida saludable de las personas.

2.b) El Modelo de Salud tradicional y el modelo en psicología social comunitaria

La Psicología Social Comunitaria en América Latina surge a partir de la *convulsionada realidad latinoamericana de los años sesenta* donde se vivía violencia en general, regímenes totalitarios, pobreza, miseria e indiferencia gubernamental así como desempleo, distribución de drogas, crisis económica entre otras (Sánchez, 1998). Por su parte la psicología individual inconforme de tener un modelo de práctica descontextualizada y curativa, en lugar de un modelo preventivo de salud mental, llegó a tener un importante interés en la familia y las comunidades. Básicamente según Aguilar Morales (2000) algunas de las diferencias que se pueden ver entre el modelo de intervención tradicional y las propuestas de la psicología social comunitaria son las siguientes (Tabla 1.):

Tabla 1. Comparación de características entre dos modelos de intervención comunitaria

Modelo Tradicional	Modelo de Psicología Social Comunitaria
Énfasis en la observación en el Diagnóstico y en la clasificación.	Énfasis en la intervención.
El Modelo es clínico.	El Modelo es comunitario.
La intervención es sobre las personas.	La intervención es ecológica, sobre organizaciones comunidades y contextos.
El tratamiento es reparador y se enfoca en problemas y enfermedades.	La intervención es preventiva, de promoción de la salud y de educación para la salud.
El Modelo es de espera y de despacho.	El Modelo es de búsqueda.
El hincapié se hace en la enfermedad y en la insuficiencia.	El énfasis se hace en la suficiencia, en la habilidad y en la competencia.
El interés se centra en la transformación de mentes y de conciencias.	El interés se centra en el cambio de comportamientos y condiciones sociales.
La intervención se sustenta en el modelo médico de enfermedad.	La intervención se sustenta en modelos teóricos y aplicados de la ciencia del comportamiento.
Las intervención es limitada al terreno de los problemas de conducta y de salud mental.	La intervención se amplía al ámbito de la salud en general.
Existe separación entre lo teórico y lo práctico.	Las intervenciones asocian estrechamente, lo teórico y lo aplicado, lo científico y lo técnico, la investigación y la acción.
Existe la prevalencia de monopolios Profesionales.	Se busca que todas las personas participen en el cuidado de su propia salud.
Las intervenciones son parciales y divididas por área de conocimiento.	Se busca que las intervenciones sean multidisciplinarias.

Tomado de: Aguilar Morales, 2000

Como podemos ver aquí, tienen que ver con **espacio de trabajo**, es decir, en el comunitario se rompe el esquema y el estereotipo del profesional (en este caso de salud mental) que sólo se encuentra disponible dentro de un espacio cerrado, determinado por la institución en la que ejerce y con horarios institucionalizados, pues lo que busca es que la comunidad con la que se encuentra trabajando tenga mayor posibilidad de acceso a este servicio, sea ejercido por los mismos psicólogos sociales comunitarios o en conjunto con otros profesionales. Según las necesidades que se tenga, por lo que busca un espacio significativo para la comunidad y lo utiliza, por ejemplo una plaza, una cancha, un salón, un local desocupado o un punto de reunión al que se pueda tener acceso, pues generalmente existen dificultades para acudir por los horarios, sea por cuestiones económicas, de tiempo, distancia de los sitios designados para el servicio, por el trato que se reciba, y finalmente por el desfase significativo de las necesidades por las que se les solicita, pues en muchas ocasiones se percibe que son profesionales fríos, desinteresados y despersonalizados al no comprender el contexto del problema y de quién los solicita, por lo tanto muchos de sus tratamientos no son efectivos o las personas se sienten en desconfianza para solicitar el servicio.

Con la etapa de intervención, pues el modelo comunitario tiene como expectativa que si se previene una serie de acciones que pueden llevar a padecer una enfermedad o resolver problemáticas indirectamente relacionadas con el padecimiento que se esté teniendo, además de ser menos costo institucional para el tratamiento, se revierte la posibilidad de casos con trastornos graves. Con seguridad se puede afirmar que aunque requiere mucho tiempo para lograr este objetivo, han tenido buenos resultados, además, puede tener un seguimiento más cercano con los que estás trabajando y comprender mejor entre otras cosas lo que puede desarrollar más fácilmente una enfermedad, mientras que por razones de densidad de población y productividad hoy en día se invierte un poco más en intervenciones remediales y para casos graves, por lo que deja rezagarse la otra parte de la población.

La dinámica con el profesional, en psicología social comunitaria se trata de generar una participación horizontal sobre la intervención que se está realizando, pues tenemos bien entendido en la psicología que si la persona no tiene voluntad de llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento, los esfuerzos, tiempo y recursos serán desperdiciados, por lo que se busca que se trabajen problemáticas significativas para las personas. Puede suceder que en ocasiones las necesidades que solicitan no son precisamente psicológicas, pero con el conocimiento que tenemos, hay que analizar detenidamente si tendrá un impacto psicológico importante esta necesidad para buscar la satisfacción de éste y por último. **La complejización de las problemáticas**, donde en comunitaria, se tiene entendido que las

problemáticas psicológicas muchas veces no dependen intrínsecamente de las personas, sino de condiciones sociales, económicas, políticas, históricas, culturales, etc, por lo que su detección, análisis e intervención son complejos y que un tratamiento bajo el modelo reduccionista médico es menos efectivo que uno afectivo significativo.

2.c) Fases de intervención en psicología social comunitaria.

2.c.1) Diagnóstico de comunidad

En este primer paso, procede una búsqueda documental de lo que se conoce del espacio en el que se va a trabajar, como **su Ubicación geográfica, Datos Sociodemográficos, Características socioculturales, Educación, Salud, Recursos, Problemas y Necesidades** que describen documentos formales (reportes de instituciones públicas y privadas, noticias, reportes estadísticos, etc.) e informales (carteles vecinales, anuncios locales, fotografías, etc.) Este paso se divide en dos etapas: La primera *Evaluación preliminar* es en la que nos dedicamos a buscar documentos, índices estadísticos, informes oficiales, periódicos, trabajos previos u algún otro documento que nos aporte información sobre lo que hay dentro de ese espacio; la segunda etapa *Diagnóstico Participativo* en el cual se realizan recorridos de familiarización, con el objetivo de identificar sitios e informantes clave y conocer la rutina del día a día en ese lugar.

Además se realizan entrevistas con el fin de comparar si la información que se obtuvo de los documentos realizados concuerda con lo que las personas perciben de su entorno con el apoyo de los habitantes del espacio, se realice un diagnóstico en conjunto sobre lo percibido, observado, sentido y vivido en ese espacio. Se utiliza diagnóstico en el sentido de detectar las problemáticas. Sin embargo a diferencia de la perspectiva médica, no se busca patologizar, sino comprender el porqué se considera un problema bajo los factores psicológicos, sociales, ecológicos, económicos, culturales etc. La idea de sensibilizar a los habitantes es identificar si existen puntos en común sobre lo detectado entre los dos grupos, de tal manera que se pueda empezar a identificar las necesidades que son más importantes para planear una intervención adecuada y significativa.

2.c.2) Evaluación de necesidades del grupo.

Ya que se hizo una identificación de necesidades tanto por la población como por el investigador, se evalúa cuáles son las más importantes para realizar un trabajo de intervención. En esta etapa se considera: *el nivel de importancia o significatividad que tiene la necesidad y los recursos disponibles*

para darle una posible solución. En el primero nos referimos a cuáles son las necesidades que son significativas para la comunidad presentada dentro del diagnóstico. Aquí se toma en cuenta si esta necesidad implica juicios de valor, pues las personas con valores distintos, verán necesidades distintas; el contexto en el que se detecta esta necesidad, pues puede ser una necesidad emergente p.e. una fuga de agua o una constante p.e. el robo de autos; en el segundo nos referimos a que si existen recursos humanos, materiales, económicos, ideológicos y sociales para llegar a la realización de una solución en conjunto, pues si es una necesidad es que existan sitios de apoyo académico para los niños que habitan en la zona habría que considerar el espacio, materiales, profesores etc. así como buscar fuentes de recursos que lo permita.

2.c.3) Diseño y planificación de la intervención.

Ya que se tienen jerarquizadas las necesidades, se planea la intervención, la cual debe considerar la **Justificación** en la que tenemos que indicar el **porqué de la intervención**, es decir, contextualizar a partir de las necesidades enumeradas; los **objetivos** que son los indicadores de los efectos que se buscan tener a partir de la intervención, responde a la pregunta **¿Para qué?**; un **sistema de evaluación** que nos permita visualizar **si lo que vamos a hacer, estamos haciendo o se hizo tiene los efectos esperados** y en caso de que no, detectarlos y modificarlos. Para visualizarlo, se recomienda una evaluación constante, esto conlleva a llevar un proceso de **monitoreo**, en el cual utilizando instrumentos como el diario de campo nos permiten **vigilar los procesos que se llevan a cabo dentro de la intervención**; **Los recursos** aquí se consideran los **humanos, materiales, técnicos y financieros**. En este último rubro, se elabora un presupuesto, el cual abarca los costos de los recursos al plazo establecido y finalmente el **plan de acción** el conjunto de actividades que se realizarán sobre el plazo establecido, guiándose con un cronograma de cada sesión planeada.

2.c.4) Realización de la intervención.

Con la información recolectada previamente y la planeación de la intervención, de acuerdo con las posibilidades de la comunidad y del investigador, se realizan cronogramas y esquemas que nos permiten sistematizar las actividades que se realizarán. En cada actividad se tiene que registrar con el objetivo de que se pueda evaluar y retroalimentar según la interpretación de los participantes. Cada cierto tiempo se debe revisar si las actividades realizadas son adecuadas de esa forma o requiere modificación.

2.c.5) Evaluación, retroalimentación e interpretación.

La evaluación aunque se describa al último, se realiza en cada acción, técnica participativa, evento y proyecto en conjunto para contemplar y analizar los resultados. Sin embargo podemos considerar final de forma definitiva sólo en el caso de que se haya cumplido el objetivo con la comunidad y ya no se requiere de nuestra facilitación o se tenga que cancelar por distintos motivos.

Con este modelo los académicos del área de psicología social de la facultad tienen como objetivo que sus estudiantes participen dentro de las prácticas, desarrollen las habilidades necesarias dentro de esta disciplina así como apliquen sus conocimientos en beneficio de la sociedad, en este caso de la colonia Ruiz Cortines por lo que se utilizó para este trabajo.

2.d) Técnicas de Registro.

Aunque aparentemente no tiene sistematicidad, existe la dificultad de que si no existe una posición clara de lo que se quiere investigar, la cantidad de información recabada y obtenida se puede convertir en un montón de paja. Para evitar eso se tiene que utilizar algunas técnicas de registro. Las que se utilizan en esta investigación son la guía de observación, las entrevistas semiestructuradas, la libreta y diario de campo así como técnicas participativas que se desarrollaron con los niños. La información que se registra generalmente con estas técnicas son:

- a. Lugar, fecha y hora de registro.
- b. Escenario: ambiente físico, características espaciales, geográficas, formas etc.
- c. Actores que intervienen.
- d. Actitudes de los actores.
- e. Gestos y manejo del cuerpo.
- f. La vestimenta.
- g. Lo que se habla o se calla.
- h. Las interacciones entre actores.

2.d.1) Guías de observación y libreta de campo.

La guía de observación es un instrumento que nos sirve cuando entramos por primera vez en el contexto que queremos describir. Con ella y tomando en cuenta las características del punto anterior

podemos conocer los recursos que tienen los participantes, el contexto y su dinámica (sin interpretar profundamente todavía).

Mientras que la libreta de campo (Montero, 2003) consiste en las anotaciones que hacemos durante los recorridos de reconocimiento y descripción superficial del contexto. Hacemos anotaciones de lo que nos pareció relevante a la investigación así como disonancias sobre nuestro estilo de vida y la del contexto. Sucede comúnmente que cuando entramos a un espacio diferente al nuestro (sobre todo principiantes) se juzgan las acciones como adecuadas o inadecuadas, lo que muchas veces puede llegar a utilizarse cuando se desea realizar una intervención, que como consecuencia puede no tener el resultado deseado y la resistencia o rechazo de los actores dentro del contexto. Por lo tanto, que cuando se hace la siguiente etapa de análisis (diario de campo) se toman en cuenta estos juicios y se pone en seria duda si son relevantes para la investigación o no.

2.d.2) Entrevistas Semiestructuradas o Guías de Entrevista.

Las entrevistas son un recurso muy utilizado en las ciencias humanas. Se usan para conocer las opiniones de los actores dentro de un contexto sobre el tema que nos interesa dentro de la investigación. Martí (2010) menciona como objetivo de conocer estas opiniones principalmente para: a) conocer el territorio vivido por los entrevistados y su percepción ante la temática de interés y b) la percepción de los entrevistados ante alguna minoría dirigente si existe. Se utilizan las semiestructuradas debido a que la información que queremos recabar no es una respuesta concreta ni cerrada, sino que las preguntas que formulamos nos sirven como guía para obtener la información que necesitamos sin que se desvíe la entrevista ni se frene la participación del entrevistado o grupo de entrevistados. Según Montero (2007) se requieren de ciertos requisitos para cumplir con este objetivo:

1. Las personas que serán entrevistadas deben aceptar de manera consciente, esto incluye las razones y propósito así como el cómo se va a utilizar esta información.
2. Además del entrevistado debe haber presentes uno o dos personas que registren la información; esto permite que además de no perder información, se puede enriquecer por las distintas perspectivas e interpretaciones de la misma entrevista.
3. Una guía de temáticas para evitar la paja de información, es decir que se desvíe y no se obtenga lo que se quiere en la investigación.

4. Evitar la controversia y los debates del tema, sobre todo si el objetivo es únicamente recabar información.
5. Evitar dirigir la entrevista con respuestas o formulaciones que den respuestas esperadas.
6. En caso de que las entrevistas sean grabadas, avisar previamente a los entrevistados para que se permita y en el caso de que sí, después deben ser transcritas para su análisis.

Para Martí (2010) la selección de las personas a entrevistar debe cubrir el abanico más amplio de opiniones y puntos de vista. Para evitar el principio de saturación (Glaser y Strauss, 1967) es decir que los discursos de los entrevistados sean reiterativos puede ser entre 8 y 10 entrevistas como un número óptimo. Los posicionamientos principales que hay que considerar son los de las instituciones locales y oficiales, en este caso serían los centros de salud que se encuentran dentro de la colonia; los grupos organizados o personas influyentes dentro de la zona y finalmente los propios habitantes. Lo ideal es que sean máximo dos personas entrevistadoras por entrevistado, de tal manera que se pueda generar un ambiente de empatía fácilmente, así como que el otro entrevistador tome las notas necesarias que no se notan a primera vista.

2.d.3) Diario de Campo.

Su origen se remonta a los estudios antropológicos de Malinowsky (Guber, 2011) y es una técnica de registro que nos permite además de describir los fenómenos sociales percibidos en un espacio específico reflexionarlos, en el que incluyen las ideas, pensamientos, dudas y las reflexiones (tanto personales como teóricas) mientras observa.

No existe como tal un formato universal de realizar diarios de campo. Sin embargo, para sistematizar la cantidad de información que se obtiene en la libreta de campo, guía de observación y las entrevistas nos puede ser muy útil durante todo el proceso de investigación ya que:

1. Permite analizar de una manera más detallada la información obtenida durante la investigación.

2. Se vive el proceso reflexivo además del descriptivo, en el cual se puede analizar el porqué son importantes los sucesos considerados dentro del diario, tanto para el investigador como para la comunidad.
3. Puede ser utilizado como una estrategia didáctica-pedagógica sobre todo si los investigadores se encuentran en formación.
4. Enriquece los resultados obtenidos dentro de la investigación, pues cada diario es diferente por lo que las observaciones y reflexiones aportan información evaluativa durante y después del proceso. Además para futuras intervenciones son importantes y útiles como referencia.

2.d.4) Técnicas Participativas.

Las técnicas como aquellos instrumentos y herramientas concretas que permitirán hacer viable cada paso del proceso (Holliday, 2012). La metodología participativa es una forma de trabajo en la que se procura la participación activa de todas las personas involucradas en el proceso de construcción y reconstrucción del conocimiento, promueve el aprendizaje y estimula un mayor involucramiento entre las personas participantes y la temática que se estudia (Fallas y Valverde, 2000: en INA, 2012).

Los métodos y técnicas participativos se basan en el incentivo del principio activo del conocimiento y el aprendizaje: el conocimiento crítico se construye, se elabora, por medio de una serie de procesos intelectuales y motrices que implican realizar asociaciones, relaciones, abstracciones, formular conclusiones, análisis o síntesis, de forma activa y consciente. En segundo lugar, porque como se busca relacionar la teoría con la práctica, es indispensable estructurar los procesos de formación en función de las situaciones concretas que viven quienes se involucran en estos procesos. Esto sólo es posible si estas personas son efectivamente participantes del proceso y no sólo "asistentes" a las actividades, y por tanto pueden compartir sus inquietudes, problemas, conocimientos y comportamientos. Los métodos y técnicas activos y participativos permiten desarrollar procesos de formación que se enriquecen con los aportes de todas y cada una de las personas que intervienen, contribuyen a construir colectivamente nuevos conocimientos y habilidades, a conformar identidades colectivas a la vez que fortalecen la identidad y autoestima individual; permiten encontrar alternativas y pistas de respuesta comunes y solidarias, posibilitan la objetivación de la propia problemática; permiten el encuentro y articulación entre iniciativas distintas; refuerzan una visión estructural de la realidad, etc. (Holliday, 2012).

Según Jalda (2003) existen dos clasificaciones de las técnicas, una que considera *según los sentidos que utilizamos para comunicarnos*, y otra que es más una agrupación de técnicas *según el objetivo principal* de las técnicas participativas. ([Apéndice C](#))

Para sintetizar, las técnicas de registro ayudan a la memoria humana a mantener las evidencias (en este caso de comportamiento) que podemos describir y analizar para en este caso mejoras o cambios. Dentro del estudio de los fenómenos sociales, la aproximación cualitativa nos permite aprehender de mejor manera la complejidad de los fenómenos. Es importante considerar además la perspectiva desde varios lugares, en este caso específico estaríamos hablando de las población que participa, los facilitadores que trabajan en conjunto con la población y el investigador. Aunque la cantidad de información resulta abundante, como psicólogos debemos ser capaces de -como bien dice el refrán *encontrar la aguja dentro del pajar*.- Además permite que todos los que se involucran en el proceso sean considerados en una relación de interdependencia que no jerarquiza, sino en donde cada uno contribuye con sus conocimientos, comparte y genera transformación, objetivo principal de la psicología social comunitaria.

Capítulo 3.

Programa de intervención a partir del

Programa de Becas de Inicio a la

Investigación (PROBEII)

3.a) Antecedentes.

El Programa de Becas de Inicio a la Investigación (PROBEII) es un programa organizado por la Comisión Coordinadora de e Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) que permite apoyar a estudiantes de licenciaturas ligadas a las ciencias de la salud para que desarrollen trabajos de investigación dentro de los institutos nacionales y hospitales de alta especialidad, que permita la innovación del conocimiento multidisciplinar y científico, así como capacitar a los futuros profesionales en su ejercicio sea dentro de la investigación como en la intervención dentro del ámbito de la salud.

Como se mencionó anteriormente, el PND contempla entre sus ejes de acción la prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud en enfermedades como la diabetes, obesidad, salud sexual y reproductiva, así como la prevalencia de consumo de sustancias legales e ilegales, los cuales actualmente son temas críticos y emergentes, por lo tanto dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría existe el Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales que tiene como objetivo:

“Desarrollar proyectos de investigación que estudian los aspectos socioculturales que inciden en el origen y curso de los trastornos mentales y de la conducta, incluyendo a las adicciones, la violencia, y la manera en que la población y las instituciones enfrentan estos problemas; busca traducir los resultados de estas investigaciones en modelos de intervención y en sugerencias que impacten las políticas públicas”
(INPRFM, 2012)

Por lo que a partir de esta gran necesidad, de los objetivos del departamento y programa, se desarrolla una investigación que tiene como objetivo principal demostrar si un modelo comunitario puede facilitar el que disminuyan conductas de riesgo como el consumo de sustancias y la violencia, problemáticas presentes en la colonia Adolfo Ruiz Cortines.

3.b) Modelo de Psicología social comunitaria dentro del programa

Como mencionamos en el apartado anterior, las fases de intervención comienzan desde el diagnóstico previo (con información institucional y de la población) hasta la evaluación de las actividades realizadas en la intervención. Para esta investigación el protocolo que se siguió para su realización fue el siguiente.

1. Diagnóstico de Comunidad

Etapa 1. *Evaluación Preliminar* (análisis de datos, revisión de archivos, mapeo, construcción de instrumento y aplicación de entrevistas).

Etapa 2. *Diagnóstico Participativo* (sensibilización y taller participativo).

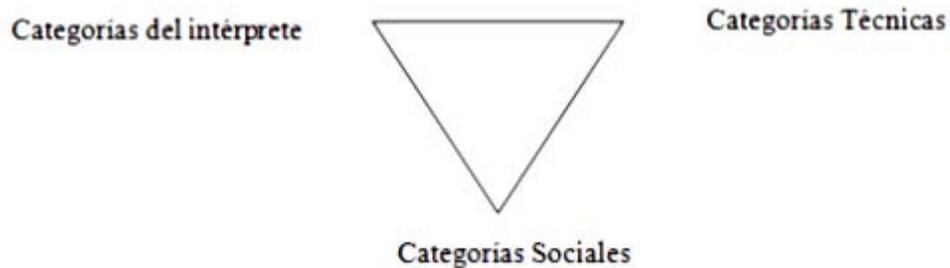
2. Características de Grupo (recolección de datos de la población de la comunidad)
3. Evaluación de las necesidades del grupo (dialéctica entre profesional y miembros de la comunidad)
4. Diseño y Planificación de la Intervención.
5. Evaluación Final.

3.e) Análisis de conductas de salud.

Por ello para conocer las conductas saludables y no saludables no es suficiente tomar como referencia el proceso salud- enfermedad solamente, sino que siguiendo a Martí (2010) quien propone desde los trabajos de Ibáñez (1985) un análisis dividido en cuatro lecturas: *la primera lectura* se refiere básicamente en conocer lo que es notoriamente importante dentro de la transcripción; *la segunda lectura* está relacionada con cómo se presenta el discurso, es decir, la forma en que se habla y se toman en cuenta elementos como sus categorías de la realidad ante lo que consideran “bueno” o “malo”; uso de metáforas o elementos poéticos, encadenamientos lógicos o morales que quieren justificar diagnósticos o promesas (p. ej. "trabajador formado, trabajador ocupado") estereotipos, tópicos, verdades últimas indiscutibles (p. ej. "los jóvenes que vienen siempre están tomando o drogándose "). En *la tercera lectura* nos tenemos que fijar en las interacciones sociales a las que se refieren, pues en muchas ocasiones no se habla de las acciones individuales solamente, sino también de las redes a las que pertenecen, su rol social y posicionamiento comparado con el de los demás (“ellos y nosotros”); y finalmente *la cuarta lectura* es integrar todo lo analizado anteriormente para analizar la percepción de los entrevistados, considerar lo que no se dijo, las contradicciones y las determinaciones

A partir de este primer análisis, se puede hacer la reconstrucción epistemológica que propone Bertely (2000) en la cual se puede ver en varios niveles y enfoques interpretativos, de tal manera que aunque la subjetividad se encuentra presente, el análisis es más completo y éste configura a partir de una triangulación de tres aspectos.(Figura 1.)

Figura 1. Categorías de la reconstrucción epidemiológica



Tomado de Bertely (2000)

En las *Categorías del intérprete* es básicamente lo que los investigadores construyen ante el suceso o fenómeno al que se encuentran presentes. De aquí se puede considerar al investigador como persona, es decir, actor social, en donde involucra su personalidad, afectos, habilidades y actitudes. Por otro se encuentra el epistemocentrismo, es decir, la corriente teórica y académica a la que se encuentra adscrito (Guber, 2011). Por ejemplo en el caso de la entrevista, el investigador lo considera importante porque estamos hablando de salud, sobre todo la apertura que tuvo la persona en compartir la razón por la cual fuma aunque considera que es inadecuado. En las *Categorías técnicas* consisten en aquellos conocimientos, habilidades, herramientas y tecnología que el investigador tiene disponibles para realizar la investigación, por ejemplo el utilizar las entrevistas semiestructuradas, el diario de campo, etc. Y finalmente en las *Categorías Sociales* que a un nivel más abstracto son el conjunto de valores, expectativas, actitudes, acciones y pensamientos que llevan a una sociedad en conjunto a interpretar y reinterpretar la realidad social.

Así que considerando todo lo anterior, la construcción de estrategias para un estilo de vida saludable depende desde el momento en que se nombran las cosas, de cómo se entiende y finalmente cómo se vive la realidad por lo tanto, para lograr una transformación, este análisis es muy importante, pues no se trata de sólo juzgar si las conductas son adecuadas o no (en este caso saludable o no) sino comprender hasta donde es posible la funcionalidad, su motivación y el impacto que tienen en el etilo de vida.

Capítulo 4.
Condiciones generales de salud en
Adolfo Ruíz Cortínes

4.a) Antecedentes y características generales.

La colonia Adolfo Ruíz Cortines se encuentra en la zona de Pedregales, una de las zonas más densamente pobladas y con una carencia importante de servicios e infraestructura. Los límites de la Colonia comprenden al norte con Parque Huayamilpas. Al sur con la Colonia Santa Úrsula, al Occidente con División del Norte, Calzada de Tlalpan y la Colonia del Reloj y al Oriente se encuentra Av. Aztecas y el Eje central (Imagen 1). Se encuentra dividida en dos secciones, la primera Adolfo Ruiz Cortines I que comprende desde la calle Itzcóatl hasta Xiuhnel y Adolfo Ruiz Cortines II desde Xiuhnel hasta Moctezuma. Como pueden apreciar la imagen el círculo **naranja** indica la ubicación del Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Julián Navarro, de la Facultad de Psicología de la UNAM, ubicado en la calle de Tecacalo. Mientras que en círculo **verde** se indica la ubicación de “La Cueva del Tigre”. La colonia se puede considerar como de bajo desarrollo social según el Consejo de Evaluación de Desarrollo Social Del Distrito Federal (Imagen 2.). Se tomaron en cuenta las siguientes características para calcular el nivel de desarrollo social:

- Calidad y espacio de la vivienda
- Acceso a Salud y Seguridad Social
- Rezago educativo
- Bienes Durables
- Adecuación sanitaria
- Adecuación energética

Imagen 1. Mapa de la colonia Adolfo Ruiz Cortines

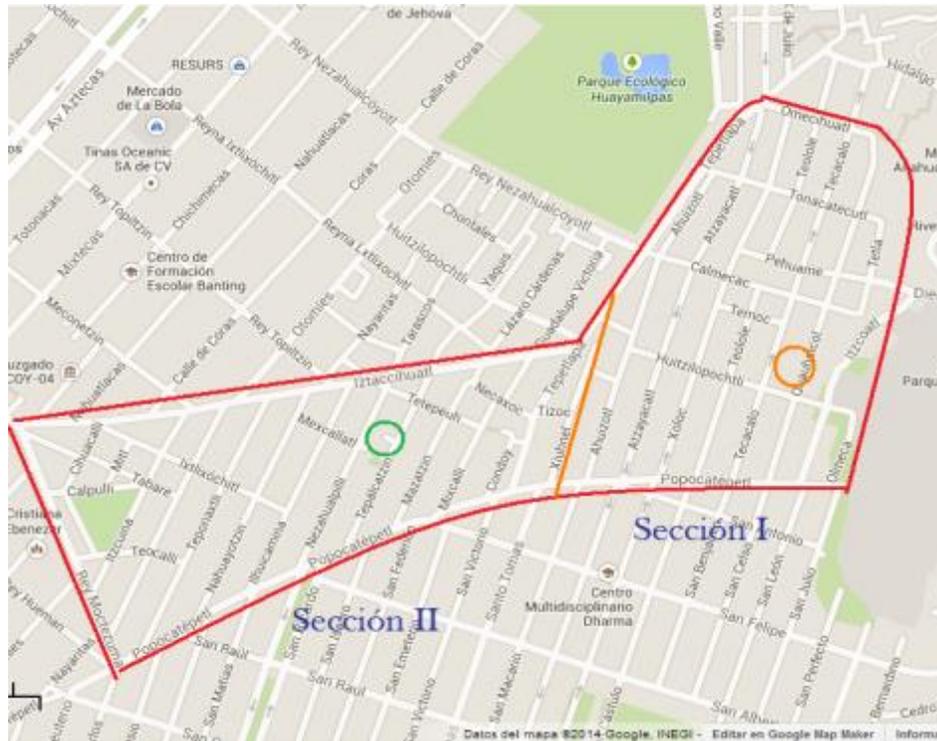
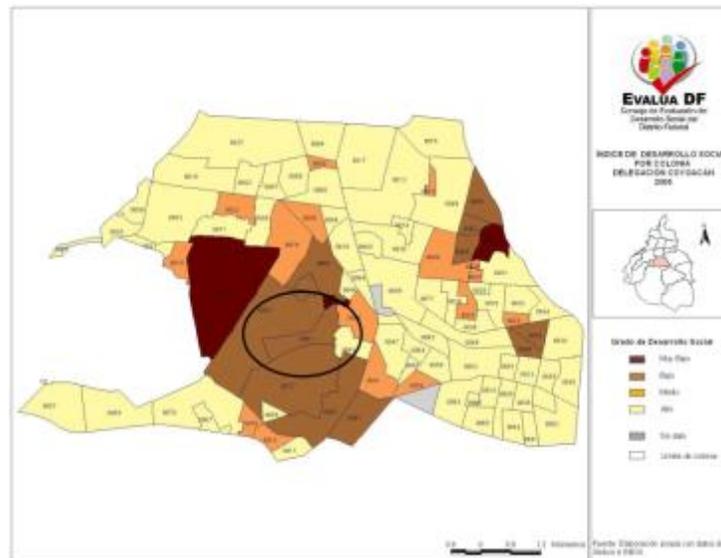


Imagen 2. Índice de desarrollo Social de la colonia y población.

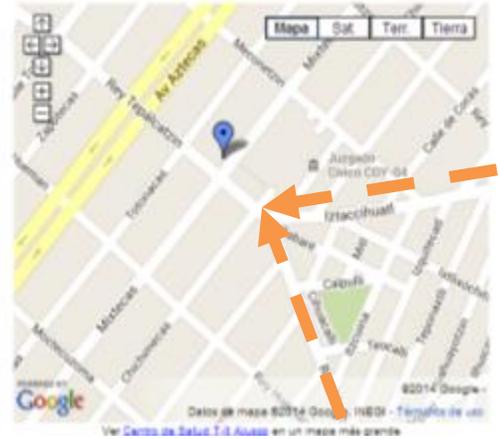


COLONIA CATASTRAL	SUPERFICIE HA.	POBLACIÓN HAB.	ALTURA MÁXIMA NIV.	ALT. PROM. NIVELES	LOTE TIPO M2	ÁREA LIBRE
A. RUIZ CORTINES	58.91	15.425	3	2	125	20

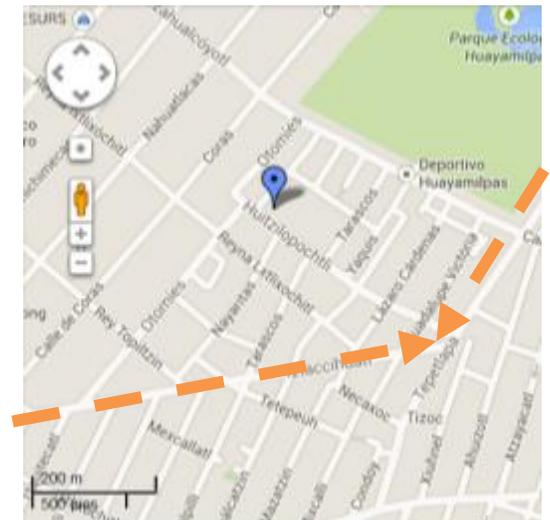
4.b) Acceso a Servicios de Salud y Seguridad Social.

Como ya se mencionó anteriormente, se realizó una monografía donde se describen las condiciones psicosociales de la colonia y el caso de salud se encontró que de los servicios del Distrito Federal hay algunos centros de salud que son parte del programa Seguro Popular. Su ubicación son las siguientes:

1. Centro de Salud T-II Ajusco que se encuentra Ubicado en Tepalcatzin s/n esq. Mixtecas, Col. Ajusco, C.P. 04300, Delegación Coyoacán (Punto azul) fuera del límite de la colonia (Delimitado en naranja)



2. Centro de Salud T-II Nayaritas Ubicado en Huitzilopochtli s/n esq. Nayaritas, Col. Ampliación Ajusco, C.P. 04300, Delegación Coyoacán (Punto azul) fuera del límite de la colonia (Delimitado en naranja)



Además de estos servicios se pueden encontrar locales de consulta particular en odontología, farmacias y laboratorio (Imagen 3 y 4)

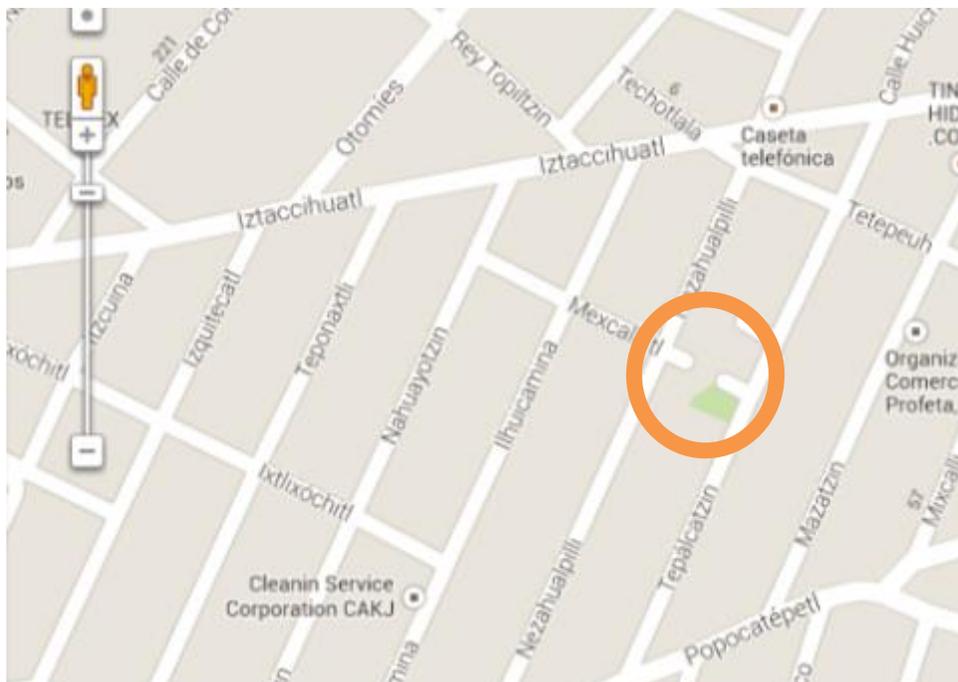


Imagen 3. Farmacia



Imagen 4. Consultorio odontológico.

4.c) “La Cueva del Tigre” dentro de Adolfo Ruiz Cortines



4. c.1) Breve historia.

“La Cueva del Tigre” es un espacio recreativo único dentro de la colonia, tanto por su historia como por su utilización. Se encuentra en la Adolfo Ruiz Cortines II en la calle de Tepalcatzin, es decir en medio de esta sección de la colonia. Desde 1999 se convirtió en una zona recreativa. Los estudiantes y maestros de la facultad empezaron a trabajar esta zona desde el 2011.



Según cuentan las narraciones del texto *Memoria Histórica: Comunidad Adolfo Ruiz Cortines 1947-1997* (Rodríguez, 1998) era un sitio dentro de la zona de Los Pedregales existía un personaje conocido como *Tigre del Pedregal*, se llamaba Isaac Mendoza y era originario de Santa Úrsula. Es un personaje popular famoso pues se dedicaba a asaltar a los aboneros y cuando quería esconderse de la policía o quería guardar lo que se robaba, se escondía entre las cuevas aún existentes. Sin embargo con la desaparición del ladrón y sus fechorías, la zona se convirtió en un basurero, según cuentan los vecinos mayores que por medio de la organización vecinal junto con el gobierno de la ciudad, se construyó el espacio recreativo sobre lo que quedaba de la cueva.



4.c.2) Utilización Actual.

Actualmente este espacio recreativo ha sido punto de reunión no sólo para los vecinos cercanos, sino para personas que vienen de otras colonias como Santo Domingo, Ajusco y Huayamilpas. Las actividades que se realizan son generalmente partidos de futbol y uso del área de juegos; sin embargo, se ha observado y reportado en las entrevistas un cierto temor a utilizar el espacio debido a varias razones. La primera es la presencia de grupos juveniles que acuden a reunirse para consumir sustancias legales (alcohol y tabaco) así como ilegales (marihuana). Además de ser un punto de encuentro, lo utilizan para guardar parte del alcohol o drogas que consumen en las zonas con jardinera.

Para evitar esta situación, los vecinos solicitan a la Delegación que vayan a cortar las zonas verdes o ellos mismos lo hacen. Pero desde julio del 2012, el Gobierno del Distrito Federal por medio del “Programa de rescate a espacios públicos” se colocó un área de juegos y ejercicio físico para reutilizar

este espacio y evitar de manera indirecta que se sigan reuniendo estos grupos juveniles con la presencia de las familias con sus hijos; Sin embargo, este programa tuvo algunas consecuencias negativas. En primera se presentó un conflicto entre los vecinos debido a que en la zona donde quedaron era utilizado como estacionamiento para algunos y, en segunda, los juegos se convirtieron en un lugar donde los grupos juveniles guardan sus sustancias en caso de que no lo puedan hacer en la jardinera.

Los criterios para elegir este espacio para la intervención son que se encontraron varias redes sociales comunitarias que mantenían los vecinos, desde que este era un basurero y que ellos se organizaran para convertirlo en un espacio recreativo, lo anterior representa un excelente caldo de cultivo para una organización y transformación. En veinte años, aunque con diferentes personas se mantienen otras actividades para no perder la idea original del espacio: como punto de reunión comunitario; sin embargo, se ha dirigido este significado a ser un espacio recreativo para consumo de sustancias, por lo que el trabajo del psicólogo es estar capacitado para encontrar espacios con estas características para facilitar la organización y que las necesidades de tranquilidad y convivencia puedan ser recuperadas. En este caso particular, se puede decir que la “Cueva del Tigre” es un lugar donde se puede realizar este ejercicio a pesar de las dificultades que representa trabajar con una larga tradición de asistencialismo en los programas sociales y la apatía hacia la participación que se vive en estos días.

Por otro lado, el que la educación para la salud se realice en espacios públicos es una estrategia resignificativa, pues esta educación no debe seguir siendo exclusiva de instituciones y que se imparta teóricamente en las instituciones, sino debe de impregnar la vida diaria y se practicarse diariamente. Por lo tanto se espera que este trabajo sea el inicio de una nueva forma de compartir conocimiento y resolver problemas de manera más expedita.

Capítulo 5.

Método

5.a) Planteamiento del Problema.

En la Colonia Adolfo Ruiz Cortines existe una situación relacionada con la calidad de salud, principalmente porque a pesar de los centros de salud disponibles, la irregularidad del terreno de construcción y el nivel de marginación, los habitantes han instalado consultorios particulares con servicios de medicina general y consulta externa, algunas farmacias, consultorios odontológicos etc. para cubrir este rubro y para el latente de consumo de sustancias, centros del grupo conocido como Alcohólicos Anónimos “AA”, además de constantes situaciones de violencia y problemas alimenticios (desnutrición y obesidad).

En la teoría se podría considerar esta forma de organización social como una situación alarmante y como indicador de una falla institucional o de un entorno rezagado de lo que idealmente se requiere para la salud, pero primero hay conocer de los habitantes qué se necesita para tener un estilo de vida saludable y qué hacen para conseguirlo a través de lo que dicen y realizan día a día. Por lo tanto se requiere de un proceso en el que se identifique lo que teóricamente se conoce, comparado con lo que es funcional dentro del entorno y así gestionar más adelante un programa significativo de problematización del estilo de vida saludable. Sin embargo, para poder realizar este tipo de intervención, lo primero que se debe conocer es qué es significativo e indispensable para la población para decir que se tiene un estilo de vida saludable, que si bien existe bastante información teórica al respecto, su funcionalidad existe bajo el contexto histórico, social, económico y cultural.

Entonces para empezar esta investigación se encontró dentro de la colonia un espacio público llamado "La Cueva del Tigre". En este espacio existe una activa participación de niños que viven día a día problemáticas de salud pública como la violencia y consumo de sustancias, por lo que se consideró como el sitio indicado. En primer lugar pues aunque son demográficamente un grupo pequeño dentro de la colonia (16 -26% de la población total) es el grupo más accesible y participativo ante este modelo y en segundo lugar porque no sólo a través del lenguaje se puede conocer el estilo de vida de una persona, sino a través de otros elementos simbólicos como el juego, dinámicas grupales, representaciones físicas o artísticas, entre otras y los niños son expertos en estos medios de comunicación.

5.a.1) Objetivo General.

Identificar las conductas saludables y no saludables que se llevan a cabo día a día por los niños que frecuentan “La Cueva del Tigre” a partir de una intervención bajo el modelo de psicología social comunitaria realizada en ese lugar. La población en la que se va a enfocar es principalmente en niños pues aunque es un sector poblacional de los más pequeños según datos de la SEDESOL, el cual dice que de la población total (16, 256 habitantes) entre el 16% y 26% se encuentran en las edades de 0 a 14 años, ha sido el sector más participativo y receptivo ante el modelo de trabajo.

5.a.2) Objetivos Específicos.

- Comparar la información que tienen los niños con la institucional, en este caso, la aprendida en la escuela a partir de la información acerca de las conductas saludables y no saludables.
- Realizar un análisis interpretativo sobre las conductas saludables y no saludables. Es decir, más que juzgar o clasificarlas, comprender la funcionalidad que tienen dentro de la vida cotidiana que viven los niños.
- Interpretar el significado de un estado de salud equilibrado a partir de las técnicas participativas, pues los niños cuentan con más recursos simbólicos además de los lingüísticos.

5.b) Procedimiento.

5.b.1) Diagnóstico de Comunidad.

Durante el semestre escolar del 2012-1 se realizó una monografía de la colonia Adolfo Ruiz Cortines en la cual se realizó investigación documental sobre las problemáticas presentes. Además se realizó una serie de observaciones periódicas en grupos de la colonia Adolfo Ruíz Cortines (practicada todos los miércoles entre las 15:00 y 18:00 horas). Se observaban características como:

- Calidad de vivienda.
- Grupos de población.

- Situación socioeconómica.
- Disponibilidad y calidad de servicios (agua, electricidad, gas, etc.)
- Servicios de salud y educativos.
- Situación de áreas públicas.
- Problemáticas y conflictos presentes.

A partir de ello se recolectó de información acerca de la comunidad y entre las temáticas sobresalientes de la investigación documental así como de las entrevistas realizadas a la población se encontraron:

Investigación Documental	Población entrevistada
<ul style="list-style-type: none"> ○ Consumo de sustancias legales e ilegales en población juvenil. ○ Delitos de robo a casa habitación, auto y transeúnte. ○ Sobrepoblación. ○ Irregularidad del terreno. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consumo de sustancias legales e ilegales en población juvenil ○ Embarazo adolescente. ○ Poca seguridad (falta de policías) ○ Grupos juveniles pandilleros. ○ Problema de servicio del agua. ○ Servicios de salud poco accesibles.

Con esta información se realizó el protocolo que fue presentado y aceptado para el programa de investigación PROBEII, por lo que se solicitó la colaboración de estudiantes de 5° y 6° semestre de las materias del área de *Procesos psicosociales y colectivos* en donde tienen que llevar a cabo ciertas horas de práctica. En convenio del responsable de las materias, se abrió la convocatoria para que aquellos estudiantes interesados en la temática y en la realización de la investigación, se incorporaran cubriendo sus materias de práctica. Este equipo fue conformado por trece estudiantes.

5.b.2) Evaluación de las necesidades del grupo en la zona de “La Cueva del Tigre”

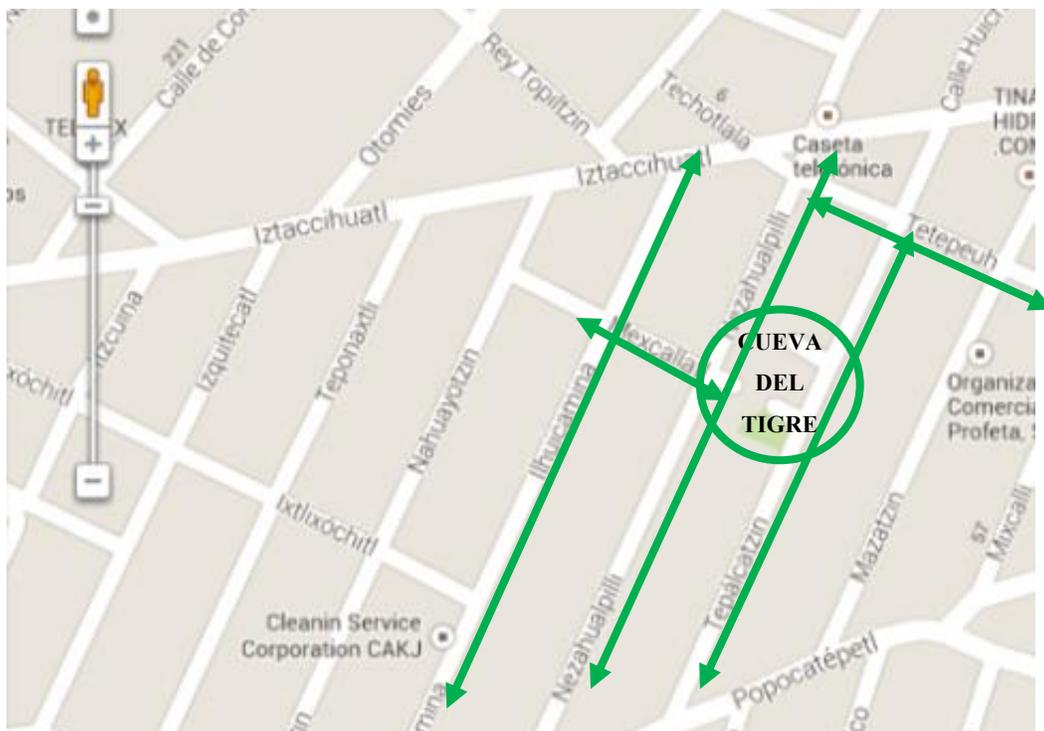
Se hicieron una serie de entrevistas a los que habitan cerca de la Cueva del Tigre así como quienes pasan regularmente por ahí a realizar actividades lúdicas y deportivas. Se realizó mediante un instrumento que nos sirvió de guía a partir de las categorías mencionadas para que se pudieran delimitar con cuáles se trabajarían de manera directa. Este instrumento consta de 18 afirmaciones en total (3 por cada categoría) sobre posibles conductas consideradas saludables y no saludables; se

tomaron fotografías del lugar conforme se fue realizando el trabajo y se desarrollaron diarios de campo con la información recolectada.

Con las entrevistas, las fotografías y los diarios de campo se determinó que en los días viernes y sábado desde las 16:00 existe mayor participación por parte de los vecinos. Aunque se hicieron entrevistas con adultos, los participantes principales fueron los niños, sobre todo por una de las necesidades más mencionadas el cual era que sus niños no podían salir por miedo ante extraños y consumidores de sustancias. Se realizaron volantes e invitaciones presenciales por la zona que rodea “La Cueva del Tigre”, el cual se muestra en la Imagen 3.

5.b.3) Diseño y planificación de la intervención.

Ya teniendo contemplado lo anterior, se realizó un cronograma con las actividades que se realizaron cada fin de semana, así como los facilitadores entregaron reportes que se hicieran según la categoría que les correspondía. Cada temporada de actividades fueron de 12 sesiones cada una y según las temáticas se distribuyeron el número de sesiones por cada una.



5.b.4) Realización de las Actividades.

El equipo de facilitadores fue previamente capacitado y en conjunto se desarrollaron las actividades cada semana según la categoría de salud que correspondiera. Las actividades fueron reportadas en cartas descriptivas y cada semana se hacían reuniones para retroalimentar lo que se había realizado durante el fin de semana anterior, días en que se realizaban.

5.b.5) Evaluación, retroalimentación e interpretación.

Como dijimos anteriormente, en las reuniones con el equipo de facilitadores se buscaba retroalimentar, analizar los avances y modificar actividades poco funcionales. Con la información recolectada y las actividades realizadas se hizo un análisis a través de las cuatro lecturas propuesto por Martí (2010) y a partir de la reconstrucción epistemológica propuesto por Bertley (2000).

5.c) Instrumentos.

Se utilizaron:

- Entrevista semiestructurada (con guía incluida)
- Diario de Campo.
- Técnicas Participativas.
- Imágenes registradas.

5.d) Participantes.

Las personas que participaron en este proyecto, indirectamente fueron vecinos de la comunidad junto con sus hijos. Directamente fueron los niños que acudieron constantemente y que no rebasaban los diez, en ocasiones en las que se trabajó con 15 como máximo y en otras con tres como lo mínimo. Por otro lado se contó con el apoyo de 13 facilitadores durante el tiempo de trabajo. A las personas que se entrevistaron durante el trabajo fueron 25, entre vecinos, usuarios y personal del centro.

5.e) Aspectos éticas.

Antes de intervenir en cualquier escenario, se debe considerar las implicaciones éticas que conlleva y entre las más importantes se encuentran:

- **Asentimiento y consentimiento para participar.**

En este punto no referimos a que si las personas no tienen disposición ni disponibilidad para participar en cualquier actividad, no se puede llevar a cabo ninguna investigación, esto desde el momento de entrevistarlas hasta invitarlas a realizar actividades. En el caso específico de trabajar con niños, además de lo anterior, se debe tener un consentimiento informado hacia los padres sobre los objetivos, actividades y beneficios que van a obtener en la investigación. Por lo que es muy importante consultar si están en la disposición, ya que esto nos permite tener mayor acceso a información útil así como mayor motivación para trabajar.

- **Confidencialidad de la información y datos personales.**

Cuando se manejan datos personales dentro de una investigación, se debe contar con la autorización de las personas mismas o de sus tutores en el caso de los niños para utilizar los datos con fines académicos y científicos. En el caso de que se publiquen, se debe contar con una carta que de la autorización. En caso de que no haber autorización, utilizar seudónimos o nombres claves para respetar la identidad de los participantes. Para este caso, se solicitó la autorización de presentación de fotografías de los niños y del uso de su primer nombre y edad para este análisis.

- **Libertad para abandonar o abstenerse de participar en alguna actividad.**

Antes se había comentado que antes de realizar cualquier paso de la investigación, se indaga sobre su interés por participar, sin embargo esto no quiere decir que tengan la obligación de permanecer durante todo el programa (objetivo ideal). Aunque esta libertad puede afectar los resultados sobre todo en casos de investigaciones longitudinales, siempre se debe tomar en cuenta esta libertad y prever las consecuencias.

- **Cuidado para preservar la seguridad e integridad de los participantes (especialmente en el caso de trabajo con niños)**

Cuando se trabaja con niños se debe tener un protocolo de protección para ellos y para los investigadores. Este protocolo incluye reglas de seguridad que deben ser acatados por todos y en cualquier paso de la investigación. También incluye tener disponible un directorio donde se tenga información de contacto de cada integrante del equipo de trabajo, de algún padre de familia de cada niño así como números de emergencia en caso de cualquier incidente y finalmente contar con un botiquín básico para cualquier incidente no grave que suceda.

Para preservar la integridad de los niños dentro de la investigación, es importante evitar conductas agresivas o abuso entre los niños y el equipo de trabajo, se debe de mantener un ambiente de respeto, equidad y comunicación constante.

- **Búsqueda de obtención de los mayores beneficios posibles para los participantes.**

Cuando se realiza investigación de campo, se debe tener una relación con reciprocidad y retroalimentación, es decir, una relación en la que se da y recibe beneficios por los investigadores y la población. No se trata de sólo realizar el trabajo y abandonar, sino mantener acciones que puedan cubrir las necesidades de cada uno sin llegar a una postura asistencialista.

- **Supervisión por parte de profesionales capacitados en el trabajo en comunidad.**

Es importante en investigaciones donde se trabaje con estudiantes en formación, contar con la supervisión y apoyo de personas capacitadas o con experiencia previa en el contacto con las personas, persuasión, manejo de crisis o conflictos, cuidadosa relación entre grupos políticos o sociales que se encuentren presentes en comunidad así como conocimiento de programas, instituciones o espacios donde se puede canalizar en caso de necesitarse.

Capítulo 6.

Resultados e interpretación

6.a) Entrevistas.

Las entrevistas fueron realizadas con el objetivo de en primer lugar indagar las temáticas de salud que eran importantes para la población dentro de la Cueva del Tigre, sus alrededores y en los centros de salud así como construir a partir de estas temáticas en conjunto con la teoría, las áreas de conocimiento para este trabajo de investigación.

Las respuestas que se encontraron fueron las siguientes:

Vecinos cercanos a la Cueva del Tigre:

1ra. Lectura (Transcripción concreta)	2da. Lectura. (Herramientas Lingüísticos y juicios)	3ra. Lectura (Interacciones)
<p>“Durante todo el día te encuentras con los chavos drogándose y no son de la colonia y cuando llamas a la patrulla, se los llevan un ratito y luego regresan o no hacen nada” (María Eugenia; 58 años)</p> <p>“Me gustaría que hubiera de actividades de conducta para los más pequeños” (María Eugenia; 58 años)</p> <p>“Los que vienen de bachilleres llegan aquí a <i>fajarse</i>” (Mujer; 45 años)</p> <p>“Los vecinos si saben de los verdaderos problemas que hay en la comunidad pero son <i>borregos</i> ya que prefieren callarse para según ellos no meterse en problemas” (Sr. Vicente; 60 años)</p>	<p>Frases cortas con anécdotas largas.</p> <p>Términos despectivos para llamar a los vecinos</p> <p>Diálogo indirecto entre autoridades y ciudadanos: Mediante acciones, no palabras ni acuerdos</p> <p>Tiempo libre en los jóvenes percibida como espacio para realizar actividades socialmente rechazables.</p>	<p>Jóvenes considerados como problema de convivencia.</p> <p>Autoridades en seguridad responsables de la falta de orden en la zona.</p> <p>Desconfianza ante la participación ciudadana.</p> <p>Visión enfocada en el individuo en sus acciones y consecuencias.</p>

<p>“Los vecinos no respetan, son chismosos y metiches, se meten en los problemas de los demás, por eso no asisto a las juntas vecinales, yo con sólo verlos me doy cuenta quienes son chismosos” (Sr. Vicente; 60 años)</p> <p>“Las autoridades sólo engañan a la gente, disque hacen algo para la comunidad, sólo porque pusieron el parque, pero no se encargan del verdadero problema” (Sr. Vicente; 60 años)</p> <p>“Si vienen los drogadictos a jugar en la cancha no me molesta, pero el que molesten a los niños si, por eso estoy siempre con ellos” (Bladimir; 38 años.)</p> <p>“Desde que arreglaron el parque, han venido las patrullas, ojalá no se les olvide después de un tiempo” (Sra. Magdalena; 48 años.)</p> <p>“Hay muchas muchachas que se embarazan chicas, ojalá les dieran un taller sobre eso” (Mujer; 65 años.)</p>	<p>Molestia y resignación ante apatía de los vecinos y de las autoridades.</p> <p>Participación política y social poca o nula.</p> <p>Sensación de inseguridad</p> <p>Prejuicio de la participación ciudadana como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Convivencia negativa. ○ Pérdida de tiempo. ○ No soluciona los problemas. 	<p>Desresponsabilización social ante las problemáticas: El otro hace las cosas mal, no yo.</p> <p>Autoridades vistas como grupos distantes a la población.</p>
---	--	--

Entrevistas en los centros de salud

Mientras que en los centros de salud tuvieron como objetivo las entrevistas realizadas corroborar la práctica del conocimiento formal en salud en sus instalaciones, se entrevistó a usuarios del servicio así como personal y lo que se encontró fue lo siguiente:

Usuarios de los centros de salud.

1ra. Lectura (Transcripción concreta)	2da. Lectura. (Herramientas Lingüísticas y juicios)	3ra. Lectura (Interacciones)
<p>“Acudo sólo cuando me enfermo” (Hombre; 23 años)</p> <p>“Por la gripa tanto de mi hija y mía, o la presión arterial” (Mujer; 32 años)</p> <p>“Cuando están los programas de vacunación llevo a mi hijo” (Mujer; 23 años)</p> <p>“Sólo sé que hay talleres, yoga, algo de psicología, y demás, pero sólo es una idea realmente no me he metido mucho en eso.” (Mujer; 32 años)</p> <p>“Los medicamentos te los dan gratuitamente con la consulta, aunque se tardan mucho.” (Mujer; 40 años)</p> <p>“Como te digo luego se tardan mucho en atenderte en el centro de salud y necesitamos que los chicos se curen pronto.” (Mujer; 40 años)</p> <p>“Más médicos, que atiendan y que den las consultas.” (Mujer; 40 años.)</p> <p>“Mejor equipo médico, urgencias, ultrasonidos, rayos X, es decir pues más tecnologías.” (Hombre; 35 años)</p>	<p>Frases cortas y directas.</p> <p>Prevención en salud biológica, no psicológica ni social.</p> <p>Personal insuficiente para atender a la población.</p> <p>Indiferencia ante los programas que el centro de salud ofrece.</p>	<p>Relación lejana entre el personal y los usuarios del centro de salud.</p> <p>Cuidado de la salud como responsabilidad individual o de autoridades.</p> <p>Comunicación instrumental.</p>

Personal de los centros de salud.

1ra. Lectura (Transcripción concreta)	2da. Lectura. (Herramientas Lingüísticos y juicios)	3ra. Lectura (Interacciones)
<p>“Los servicios son gratuitos y no necesitan algún documento en específico.” (Enfermera; 45 años.)</p> <p>“Quienes más acuden son niños, embarazadas y adultos mayores” (Médico Gral.; 30 años)</p> <p>“Existen programas de planificación familiar, presión arterial, vacunación y niño sano” (Trabajador social; 29 años)</p> <p>“Sólo contamos con un psicólogo por colonia en el mejor de los casos por centro.” (Trabajador social; 29 años)</p> <p>“El Psicólogo que tenemos atiende a 50 personas diariamente” (Médico Gral.; 30 años)</p> <p>“La verdad no sé qué programas tiene el centro” (Guardia de centro de salud; 50 años)</p> <p>“Los jóvenes sólo acuden cuando quieren condones” (Trabajador social; 29 años)</p>	<p>Uso de lenguaje formal y con frases cortas. (sensación de distancia)</p> <p>Tono de lenguaje con resignación y en algunos casos desdén.</p> <p>Servicio psicológico individual saturado e insuficiente.</p> <p>Comunicación entre el centro y los usuarios de manera limitada.</p>	<p>Uso instrumental del centro por falta de confianza</p>

4ta Lectura (Interpretación Integral)

Lo que nos comentaron los usuarios en el centro es que es únicamente como un lugar de emergencias y para los más pequeños. Con respecto a la prevención o a actividades que afectan indirectamente la salud no es significativa pues mencionaron poco sobre ello o tenían poco interés sobre ello. Lo que más pedían era material de diagnóstico médico, que nos da como pauta que la salud no puede ser

tratada de otra forma, por lo que a pesar del conocimiento formal que considera la complejidad de la salud, no se lleva a la práctica.

Las respuestas que nos arrojaron las personas entrevistadas expresan la escasa relación con los vecinos además de un rechazo a la participación ciudadana. En el tema relacionado con la salud, se piensa como una situación individual y que debe ser resuelto por lo demás, esto por la desesperanza aprendida en el sentido de que a pesar de los esfuerzos para resolver un problema, personas de jerarquías más altas o con un poco de protección, no van a permitir que se resuelva o al menos que se escuchen a las personas inconformes. Otras evidencias de esta desesperanza es cuando refieren que necesitan orientación para poner disciplina a los más pequeños y la drogadicción de los jóvenes. En primera porque suponen que estos grupos sociales tienen mayor jerarquía por lo que aunque tratan de poner límites y disciplina, no consiguen resultados positivos y en segunda porque las autoridades mismas se comportan de la misma manera; en el caso de los jóvenes específicamente al ser menores de edad, no pueden proceder de la misma manera que un adulto.

Por lo tanto, ante estas respuestas se planearon las técnicas participativas con el objetivo principal de generar el reconocimiento de que el cuidado de la salud no sólo es responsabilidad de otros, sino de la interacción y vinculación entre sus pares (en el caso de los niños) y con los vecinos (en el caso de niños y adultos.)

6.b) Diario de campo

Los diarios de campo como ya dijimos son una herramienta sistemática que nos permite condensar lo que se registró durante el trabajo de campo. A continuación se presentan las conductas registradas por cada categoría de salud considerada previamente.

6.b.1) Nutrición y hábitos alimentarios.

Conducta	Breve descripción	Recomendaciones del Centro
Trastornos alimenticios	<p>La mayoría de los niños presentan signos de sobrepeso y obesidad. (Imagen 1)</p> <p>Niños se burlan de otra llamándola “gordita”</p> <p>Había niños que al terminar un juego o actividad, iban directamente a la tienda de abarrotes más cercano a comprar refrescos, dulces o chocolates e inclusive los compartían con los facilitadores en ocasiones.</p> <p>Algunos comían cerca entre las 17 y 18 horas, mientras que otros los llamaban hasta la cena.</p> <p>Alta cantidad de energía y participación de las actividades.</p>	<p>Acudir al centro a planes de nutrición para los padres.</p> <p>Comer sanamente de 3 a 5 veces al día.</p> <p>Evitar el alto consumo de dulces y alimentos fritos.</p> <p>Hacer ejercicio 30 min al día.</p>
<p>Hambre (necesidad fisiológica) v.s. Apetito (sensación voluntaria)</p>	<p>Hablaban de que sus padres al no tener tiempo ni recursos consumían alimentos procesados como pastas precocidas “Maruchan” o traían comida hecha en la calle argumentando que lo importante es que tengan algo que comer.</p> <p>Uno de ellos llegando de la escuela siempre con una paleta o raspado de sabor, por lo que aunque su madre intentaba convencerlo de comer, se negaba.</p> <p>Negocios familiares de comida poco saludable como forma de vivir. (Puede haber hasta cuatro en una misma calle)</p> <p>Cohesión social al encontrar grupos de alimentos en común (dulces, comida rápida, algunas frutas, etc.)</p> <p>“Es que a mí me gusta más el agua de sabor que la simple” (Hugo; 6 años)</p>	<p>Comer únicamente cuando se tiene hambre en pocas cantidades.</p> <p>Comer alimentos sanos de acuerdo a sus necesidades calóricas.</p> <p>Evitar comer a altas horas de la noche.</p> <p>Cocinar alimentos sanos con ingredientes preferidos.</p>

Interpretación de los registros.

Con la información recolectada podemos decir desde la categoría del intérprete que existe la noción de un estilo de alimentación dirigido principalmente hacia el que no se deje de comer aunque no nutra lo suficiente, por lo tanto, la calidad y cantidad de alimentos generalmente es dudosa y variable. Esta situación es preocupante, pues corrobora en una escala pequeña que existen problemas de nutrición fuertes, el sobrepeso y obesidad son las principales enfermedades crónicas que se detectaron durante el trabajo de investigación.

Por otro lado, la economía de los habitantes, el que muchos rentan las viviendas o quienes son dueños, viven varias generaciones en el mismo terreno, facilitan uno de los negocios más rentables: los alimentos chatarra. Primero porque al tener suficientes conservadores para durar mucho más tiempo, es difícil que tengan grandes pérdidas a comparación de vender alimentos como frutas y verduras. En segunda, los altos contenidos de azúcar les da la sensación de rendir ante otras actividades que requieran alta cantidad de energía por lo que es fácil de vender a los que pasan por ahí o a los propios vecinos, esto incluye la accesibilidad de los productos, pues como la colonia está construida de manera irregular, existen pocos negocios grandes cercanos, por lo que el que se tienen disponibles varios pequeños negocios (dentro de la misma calle puede haber tres o cuatro negocios) que incitan al consumidor sin reflexionar si se necesita o no. Y tercero los sabores artificiales agregados generan cierta adicción a estos alimentos, el cual al consumir un alimento más saludable pero con un sabor menos atractivo o insípido, sea rechazado de la dieta diaria.

Dentro de la categoría técnica, una actividad que permitió reafirmar estas interpretaciones fue desarrollada por dos facilitadores en el cual les pidieron armar a los niños, su pirámide alimentaria según creyeran que era adecuada (previamente se les preguntó si la conocían y se introdujo de manera general a los más pequeños) para que construyeran su pirámide. Con esto se encontró en su mayoría alimentos azucarados (dulces, refrescos, algunas frutas), cereales en distintas presentaciones (pan de caja, cereal, tortillas, frijoles, etc.), embutidos y lácteos (salchichas, leche, huevo, yogurt) pocos mencionaron la carne y sólo uno mencionó pescado. Al cuestionar el porqué decidieron armarla de esta manera, contestaban que les gustaba o que era lo que le daban en su casa. Finalmente se les mostró cómo se supone que se debe construir y los niños al comparar las dos versiones, se sorprendieron y una adolescente menciona el consumo de la sopa pre-cocida al ser muchos hermanos.

Otro factor dentro de esta categoría es que la mayoría de los padres de familia que participaron en las entrevistas tienen horarios de trabajo variables, es decir, que pueden tener varios empleos durante el día, por lo que la vigilancia de alimentación sobre sus hijos es poca, sea que coman con otros familiares como los abuelos o tíos o también que coman en los mismos horarios de la familia, por lo que al educar a un niño con el mismo horario alimenticio que un adulto, es probable que por su metabolismo, sienta hambre en más ocasiones y consuma alimentos chatarra.

Mientras que en las entrevistas que se realizaron en el centro de salud se encontró que las recomendaciones de la teoría en la salud son bajo una política de concientización voluntaria, es decir, la persona es quien decide cuándo acudir a recibir estos servicios. Sin embargo, no mencionaron si existe algún plan de difusión o un diagnóstico sobre el estilo de vida de las colonias que atiende, por lo que como resultado no existe un proceso de motivación para reflexionar sobre su alimentación. Además las recomendaciones en muchos casos son poco escuchadas por no considerar el contexto psicosocial del usuario y prefieren no regresar al consultorio. En el tema de educación para la salud en los niños no mencionaron ningún programa de reflexión o de orientación para ellos, únicamente talleres para padres y esporádicamente por el ausentismo.

Finalmente en la categoría social se encontró que la alimentación tiene un valor más de supervivencia que de calidad de vida, es decir, se considera como una conducta de necesidad más que de bienestar personal, familiar y social, por lo que el consumo de alimentos benéficos para el organismo no es una prioridad real, en el sentido de que se encuentra en el discurso pero no se lleva a la práctica. Esto se presenta por distintos factores, entre ellos se encuentra como referimos antes al estilo de vida laboral de los padres, las facilidades y rentabilidad en negocios de comida chatarra y agregaría que no existen programas de concientización atractivos o motivantes respecto a la alimentación desde un enfoque integral y dirigido no sólo a los adultos, sino también a los niños.

Imagen 3. Negocios familiares de abarrotes, licores y comida chatarra.



6.b.2) Actividad física y peso corporal.

Áreas de Registro	Breve descripción/anécdota	Recomendaciones del Centro
Actividad física general y deportiva	<p>Los niños al salir se dedicaban más a practicar deporte, principalmente el soccer, mientras que las niñas aunque les gustaba correr, algunas preferían quedarse cuidando a alguien más pequeño o realizando otra actividad como dibujar o platicar entre ellas.</p> <p>Los niños tienen una gran cantidad de energía para hacer actividades físicas, nos comentan que en pocas ocasiones salen fuera de casa por inseguridad.</p> <p>Llegaron a dejar actividades de tendencia sedentaria como videojuegos por salir a jugar.</p> <p>Relación de la actividad física con socialización, pues aunque hay familias con muchos hijos se sienten solos.</p> <p>No utilizan accesorios especiales para jugar soccer y aquél que los tenga es considerado superior.</p> <p>Algunos jóvenes acompañan las partidas que tienen con sus amigos con consumo de alcohol</p> <p>Un joven de 13 años sufrió un accidente en la que se lastimó la clavícula, por lo que a pesar de que se le pidieron al menos 6 semanas de reposo, salía a jugar soccer.</p>	<p>Realizar actividad física 30 min diarios.</p> <p>Evitar consumir sustancias que alteren la actividad física.</p> <p>Evitar pasar mucho tiempo en actividades sedentarias.</p>

Interpretación de los registros.

En la categoría del intérprete se encontró antes de la intervención que los niños tenían pocas posibilidades disponibles para salir, esto principalmente al ambiente de inseguridad que perciben los padres de familia. Sin embargo, conforme se fue desarrollando el trabajo las posibilidades de

participación activa, aumentaron y las ocasiones de encontrar tanto niños como jóvenes practicando deporte en la cancha también.

Sin embargo cuando practican estas actividades, las aprovechan como oportunidades en los que se puede consumir alcohol o alimentos con alta cantidad de calorías, debido a que al no realizar entrenamiento diario, se cansan más rápido y empiezan a consumir, por lo que existe un desbalance entre las calorías que consumen y el tiempo que le pueden dedicar a ejercitarse. Además, al no practicar regularmente, no tienen conocido cómo se debe realizar un calentamiento previo y muchos no cuentan con los accesorios mínimos necesarios para su seguridad en el momento de practicar deporte. Esto se debe en primera a que se tiene la creencia de que al ser niños y jóvenes, son lo suficiente fuertes por lo que no se puedan lastimar gravemente y si llegan a lastimarse puedan recuperarse rápido; en segunda porque no existe como tal una organización en la que puedan ser equipos, por lo que los materiales pueden ser muy costosos de manera individual y aquél que los logre conseguir puede convertirse en alguien socialmente superior y esto puede dañar las relaciones entre compañeros.

Con respecto al género, las niñas aunque también practican deportes como el soccer, son menos participativas que los niños y prefieren quedarse a platicar con otras compañeras. Pudimos encontrar este patrón sobre todo por parte de sus madres, tías y abuelas, quienes cuando tienen un tiempo entre sus actividades, se sientan a platicar fuera de sus casas o visitan a sus amigas, como forma de relajación ante su vida diaria. Por el contrario, en el caso de los niños es una forma de socialización el que puedan jugar juntos, por lo que se podría decir que las actividades físicas son un recurso socializador que permite la vinculación entre vecinos.

En la categoría técnica, a través de las actividades realizadas durante el tiempo de intervención se encontraron estas tendencias de actividad física de manera irregular y sin entrenamiento con un profesional o conocimiento para practicar adecuadamente las actividades. No se encontró que tuvieran conocimiento de prevención de accidentes, por lo que en casos de accidentes, los jóvenes aún con la restricción de que deban tener autocuidados del organismo, seguían practicando soccer para no perder la oportunidad (como en el caso reportado) de socializar con sus amigos. Por otro lado, la actividad física se considera como una forma de entretenimiento pasivo desde el momento en las que ante partidos importantes de soccer, las familias enteras acudían a los partidos, adornaban sus casas con los

colores de sus equipos favoritos y fomentaban a familiares y amigos a convivir alrededor del evento, además de incitar a sus hijos a practicarlo.

Mientras que en la categoría social se puede decir que la actividad física sea que se practique o sea que se disfrute pasivamente, no es considerada como una tendencia para el cuidado de la salud física, sino más bien hacia la salud mental, debido a que al ser un elemento socializador y de entretenimiento que permite que las situaciones estresantes de la vida pueden ser minimizadas o descargadas durante estas actividades. Sin embargo, también como elemento socializador, se toma como oportunidad para el consumo de alcohol o productos chatarra, lo cual se cuestiona ante las medidas que se han tomado a niveles institucionales de cómo darle significado a las actividades físicas.

Lo que se encontró en el centro es que aunque este es un eje de solución indispensable para contrarrestar los altos índices de sobrepeso y obesidad, no existe una construcción de sentido que puedan las personas asociar la actividad física como un elemento para la buena salud y aunque, al igual que en la categoría anterior, en el discurso se encuentra la noción, la asociación real no se encuentra presente en las personas.

6.b.3) Consumo de sustancias.

Registro	Breve descripción/ anécdotas	Recomendaciones del Centro
Conocimientos sobre las drogas según sus edades.	<p>“Alguna vez mi tío al estar borracho, llegó a la casa muy enojado y con un cuchillo de la cocina quería lastimar a mi papá” (Jorge, 8 años)</p> <p>“Yo no quisiera tomar porque me correrían de la casa” (Hugo, 5 años)</p> <p>“Cuando toma mi papá, prefiero irme a otro lado porque se pone de malas” (Ana, 7 años)</p> <p>“Sé que si te drogas, te puedes morir o volverte loco” (Niña, 7 años)</p> <p>Las sustancias que mencionan de manera más común entre los más pequeños (5 a 7 años) son la cerveza y la marihuana, mientras que los más grandes (de 8 en adelante) conocen además la cocaína.</p>	<p>Evitar hablar o mantener cerca a sus hijos de las drogas.</p> <p>En caso de detectar algún síntoma de consumo o exposición de drogas acudir al centro para orientación (de los padres) y canalización con terapeuta.</p>
Diferencias entre tipos de consumo.	No lograron identificar las diferencias de consumo más que por apariencia física.	Evitar exponer a los menores de edad a las drogas para no animar al consumo.

Interpretación de los registros.

Como una de las temáticas más importantes detectadas dentro de la colonia y presentado en esta investigación, se trató de indagar con los niños cómo percibían la situación y posibles acciones de solución propuestas por ellos. En la categoría del intérprete se encontró que los niños tienen una opinión variable, pues por un lado, mostraron rechazo importante al consumo por las consecuencias vistas en los adultos y jóvenes, sobre todo en las ocasiones en las que se llegó a trabajar cerca de

grupos de adolescentes que consumían alcohol pero, por el otro, mencionaban lo atractivo de consumirlas por las experiencias de familiares cercanos que se veían contentos al hacerlo.

También se reflexionó sobre la reacción ante una persona bajo el influjo del consumo y respondieron con simpatía y con deseos de ayudar a que dejara el consumo. Cuando se trabajaba el tema siempre lo hablaban en un principio como una problemática de los adultos, pero cuando se reflexionaba sobre las consecuencias que los relacionaba a ellos, rápidamente mostraban disgusto.

Cuando se trató de trabajar el tema sobre todo en el tipo de consumo (experimental, ocasional y dependencia) no se lograron grandes avances, pues sólo reconocen a las personas consumidoras a través de que lo están haciendo en ese momento y su estado bajo el influjo únicamente. Además en la identificación de elementos característicos de una persona que consume, sólo lo identifican hasta el momento en que se convierte en alguien dependiente.

Para la categoría técnica a partir de las actividades que se realizaron, se encontró que es más funcional tratar el tema con ejemplos de personas cercanas. Cuando se presentaban imágenes de personas bajo el influjo de sustancias, los niños reaccionaban con risas y burlándose de las imágenes, pero cuando se recreó un ejemplo de una persona que consume o recordando familiares que consumen, la respuesta era completamente diferente, incluso algunos mostraron intención de hablar con los familiares y preguntarles por qué siguen consumiendo estas sustancias. Este avance es importante destacar, debido a que a pesar de la naturalización del fenómeno, se localizó una forma de sensibilización para la reflexión del consumo de estas sustancias.

Cuando se cuestionó sobre el tema en el centro, las recomendaciones eran principalmente evitar la exposición de los menores a este tipo de situaciones y en el caso de que se consuman por parte de los adolescentes, considerado como el grupo más vulnerable, acudir a orientación psicológica. Es comprensible que ante un fenómeno tan difícil de manipular sobre todo en este entorno donde es una actividad económica importante para la población se pueda contrarrestar. Sin embargo, el exponer a los niños de una manera consciente, crítica y reflexiva sobre el consumo de sustancias, es la clave para que más adelante sean capaces de tomar sus propias decisiones y evitar en todo caso su consumo desmedido.

Finalmente en la categoría social el consumo del tabaco y el alcohol, existe como dinámica socializadora exclusivamente para jóvenes trabajadores y adultos, pues se considera como una recompensa a la cantidad de tiempo invertido en el trabajo y, por lo tanto, es una recompensa. Sin embargo en los grupos de jóvenes estudiantes, vagos, niños y mujeres es condenable por utilizarlo como forma de escape a sus responsabilidades o como una conducta de riesgo que puede conllevar a consecuencias como embarazos prematuros, consumo de sustancias más peligrosas y accidentes con consecuencias mortales y fatales. Esta separación de grupos ante la misma conducta sólo es debido a la edad y la actividad económica que desarrollan, por lo que es preocupante ya que genera confusión en los niños y por ello tienen posturas variadas. En este tema, los centros de salud lo consideran como temática foco que se debe trabajar constantemente, sin embargo, los programas están dirigidos únicamente a los jóvenes (cuando se encuentran en situación crítica y rehabilitación) o en los adultos bajo la terapia psicológica individual únicamente.

En el caso de la entrevista está socializado que el tabaco es dañino para la salud pero es una estrategia remedial contra el estrés de la vida cotidiana además de que en México la crianza de los hijos no sólo queda a cargo de los padres, sino de los abuelos que en muchas ocasiones ya no están dispuestas a cumplir con ese rol, por lo que para evitar la frustración constante que conlleva se consume el tabaco. Otro aspecto a considerar es que el hecho de que fume afuera de la casa no sólo implica el conocimiento de que está socialmente y médicamente mal visto fumar en espacios cerrados, puede interpretarse que se considera como la necesidad de mantener una imagen firme ante los otros y no puede expresar su frustración.

Un ejemplo que tuvimos fue el de una entrevista con una persona durante el diagnóstico (a quién mantendremos el anonimato) que vive a unas casas cerca de “La Cueva del Tigre”. Nos mencionaba que acostumbra a fumar todas las tardes afuera de su casa. La mujer era mayor y algo apenada me comentó: ---Sé que fumar está mal, pero cada vez que lo hago me relaja y me hace olvidar que tengo nietos por un ratito (se ríe) ---. Si quisiéramos interpretar desde el marco institucional, se podría considerar la conducta como reprobable, sin embargo considerando su edad, la responsabilidad que ella menciona (sus nietos) y la costumbre de fumar todas las tardes nos habla de que la manera en que puede mantener su salud emocional y tal vez un espacio con menos violencia (si es que la hay) y de esta manera pondría en duda si sería recomendable de buenas a primeras (y si lo solicitara) que entrara a un programa de dejar de fumar.

Fuera del centro los propios habitantes para resolver las consecuencias negativas del consumo han abierto varios centros de rehabilitación conocidos como “AA” (se llegaron a encontrar en una misma calle hasta cuatro centros abiertos) que si bien se mantienen en funcionamiento, no parece que hayan disminuido las consecuencias y esto puede ser por varias razones: la economía de los centros, es decir, que no cuentan muchas veces con los recursos necesarios pues no están apoyados bajo ninguna institución, sino por los recursos de la gente; la calidad de los tratamientos, que en este caso, la mayoría de los centros no cuentan con personal capacitado para atender a las personas en tratamiento, sino la propia población es la que se encarga, por lo que la efectividad de su intervención tiene menos posibilidades de ser exitosa; la percepción de la situación, es decir, que es vista como una enfermedad individual en la que los afectados son los únicos responsables de la falta de control ante el consumo, Entonces no existe una reflexión sobre la fuerza social que motiva al consumo y generar estrategias diferentes de socialización que no siempre sean acompañadas por el alcohol y/o tabaco y finalmente que no existe una educación informal a los niños sobre el consumo de estas sustancias, pues se piensa que lo niños jamás deben ser expuestos hasta que sean legalmente adultos, lo cual, incita al consumo prematuro sin reflexión y sólo por retar a la autoridad.

6.b.4) Sexualidad y Género

Áreas de Registro	Breve descripción/ anécdota	Recomendaciones del Centro
Diferencia entre sexo y género.	<p>Perciben que elementos superficiales como el cabello, las uñas, maquillaje o estilo de ropa define si son hombres o mujeres. A un facilitador hombre se le cuestionaba su sexo debido a su cabello largo.</p> <p>Sorpresa de los niños ante el corte de cabello de dos niñas.</p> <p>Los niños delimitan más estrictamente lo que son niños y niñas en base a las actividades y su apariencia, mientras que las niñas son más flexibles.</p> <p>“Las mujeres sólo utilizan colores como el rosa, morado y amarillo” (Mariana, 5 años)</p>	<p>Cursos de orientación en planificación familiar para padres y adolescentes.</p> <p>Entrega de preservativos gratuitos dentro de los centros.</p> <p>Servicio de terapia con el psicólogo del centro.</p>

	<p>“Las mujeres tienen el cabello largo y el pecho descubierto” (Niña, 6 años)</p> <p>Temen decir los nombres de los genitales masculinos y femeninos, tanto por miedo a desconocerlos como por miedo a ser castigados.</p> <p>Hermana de niño participante (17 años aprox.) se refugia en su casa debido a su embarazo. El niño lo considera como algo normal de las mujeres.</p> <p>Los niños y niñas referían a los órganos sexuales por sobrenombre o tenían dificultades para mencionarlos</p>	
<p>Elementos sociales que construyen su identidad de género.</p>	<p>“Ese juego es para niñas ¿Qué haces ahí Hugo?” (Edwin, 7 años)</p> <p>“Las niñas son tontas” (Edwin, 7 años)</p> <p>“Yo quiero jugar algo de hombres, no <i>mariconadas</i>” (Edwin, 7 años)</p> <p>“Las niñas no pueden jugar fútbol u otro deporte, porque se les puede golpear y gritan mucho” (Daniel, 11 años)</p> <p>“Un hombre es feliz con una mujer y un bebé” (Niño, 7 años)</p> <p>Los niños asumen un rol protector o destructor ante las niñas, según su vínculo (sanguíneo o social)</p> <p>Hermanas fungen como extensión de mamá cuando no está presente.</p>	<p>Terapia con el psicólogo.</p>

Interpretación de los registros.

En la categoría del intérprete durante este tema, lo que se trabajó básicamente fue cómo se identifican como seres sexuados, cómo se construye su identidad y su relación con los demás por ello. Lo que se encontró fue que su marco de referencia para diferenciarse es la apariencia física pero sin considerar totalmente los genitales, pues la forma en que respondían al mencionarlos era con vergüenza o les generaba dificultades para llamarlos por su nombre y utilizaban otros términos populares (*bubis, chichis, pajarito, etc.*) que principalmente lo hacían más los varones que las mujeres. Por otro lado tienen como otros marcos de referencia elementos sociales como los roles o como los colores, de hecho, les causaba extrañeza cuando alguno de los facilitadores o facilitadoras utilizaba estos códigos de manera inversa, incluso tuvimos varios incidentes con un facilitador quién traía cabello largo y uñas largas, por lo que los niños constantemente le preguntaban sobre su sexo pues aprendieron que son características que pueden traer las mujeres.

En la categoría técnica se encontró que en la mayoría de las actividades hubo resistencia de trabajo en grupos mixtos, sobre todo por parte de los varones, mientras que las mujeres aceptaban e incluso organizaban en ocasiones los equipos cuando era necesario. Entre las razones principales que daban a esta resistencia, es que no querían ser molestados bajo los prejuicios de convivir con mujeres (que serían vistos como *maricas, débiles y sensibles*), además de que en la escuela formal se siguen presentando estrategias de organización separando los sexos y esto queda demostrado a partir de dinámicas donde tenían que hacer filas y se separaban por sexo. Otra de las actividades se les mostró imágenes de mujeres con atuendo de hombres y viceversa, a lo que se mostraron confundidos sobre su sexo de las personas de las imágenes.

En el momento en que se trabajó el concepto del género con base en los roles sociales, también existieron confusiones, pues por las experiencias vividas pensaban que las mujeres pueden ser en su mayoría madres de familia y los hombres sólo dedicarse al trabajo. Cuando se mostraron perfiles, por ejemplo, de mujeres desarrollando actividades en el campo laboral y hombres dedicados al hogar, reaccionaron los varones inconformes al respecto. Por citar otro ejemplo, una facilitadora relató la historia del *Ceniciento*, el mismo cuento de hadas clásico pero invirtiendo el sexo de los personajes y los niños comentaron que era una injusticia para el personaje principal.

En general, las actividades que se planearon durante la investigación fueron neutras con el propósito de conocer su inclinación por la noción social de lo que se considera como *juego de niñas* o *juegos de niños*. Lo que encontramos es que las niñas son más participativas en los dos campos de juego, lo que es más importante para ellas es la posibilidad de que todos puedan jugar, mientras que los varones son más exclusivos y consideran a las niñas menos aptas para jugar cualquier tipo de juego, por lo que notamos que la resistencia está más presente.

Dentro de las actividades realizadas en el centro de salud, relacionada con el tema, se encontró que está dirigido básicamente a la planificación familiar, pues como existe una alta incidencia de adolescentes embarazadas han tratado de revertir la situación con dar anticonceptivos de manera gratuita y algunos talleres para jóvenes y adultos sobre el tema. Sin embargo, también nos comentaron que aunque está este derecho abierto, las personas en general no acuden y como vimos en algunas entrevistas, es por vergüenza de solicitar el servicio y porque en algunos casos el personal de centro de salud juzga la edad de los solicitantes y se los niega, por lo que este sesgo no ha permitido que la incidencia disminuya. Al final comentaron que no existen talleres o ejercicios dirigidos para niños sobre el tema, debido a que los padres en general se angustian por ser expuestos al tema pues temen que se les incite a actividades sexuales prematuras y prefieren que conforme crezcan por ellos mismos se vayan informando, lo cual sigue siendo una situación delicada de manejar y por el momento poco realizable.

Por último, en la categoría social podemos encontrar que en la educación sexual durante la infancia existe una imposición de separar los sexos sin explicación alguna, sobre todo por parte de los varones, lo cual genera el prejuicio de que los hombres desde el principio son peligrosos o que deben mantenerse alejados de las niñas para no causarles daño. Esto genera una dinámica de opresión y de desconfianza entre sexos que no permite relaciones de equidad ni posibilidades de conocer las diferencias del otro más allá de las separaciones sociales; esto también se presenta con el rol de interacción, pues se considera todavía que los hombres deben ser los protectores y proveedores del hogar, mientras que las mujeres deben ser las administradoras y procuradoras de vida a través de los hijos y del cuidado de la pareja, por lo tanto, el que se presenten hombres o mujeres desarrollando otro tipo de actividades, les genera conflicto e incluso indignación. Es preocupante esta situación debido a que al construir un ambiente de desconfianza entre los dos sexos pueden generarse relaciones de violencia y no reflexionar sobre las necesidades de cada uno para relacionarse mejor.

6.b.5) Violencia e Interacciones Sociales.

Áreas de registro	Breve descripción/anécdota	Recomendaciones del Centro
Familia y pares.	<p>Una dinámica que se les pedía que dibujaran una cárcel y nos contaran a quién meterían en ella.</p> <p>Los delitos que mencionaban era:</p> <p style="padding-left: 40px;">Homicidio.</p> <p style="padding-left: 40px;">Robo.</p> <p style="padding-left: 40px;">Infidelidad.</p> <p>Maltrato a mujeres de la tercera edad.</p> <p>Las madres de los niños ante malas acciones de sus hijos les pegan o los meten a sus casas.</p> <p>Relación con los padres en algunos casos cercana aunque estricta y en otras ausente.</p> <p>Hermanos mayores percibidos como agresores.</p>	<p>Cursos de orientación a los padres.</p> <p>Terapia con el psicólogo.</p>
Patrones de comunicación y estilos de socialización.	<p>Cuando eran dinámicas grupales existía cooperación siempre y cuando tuvieran parentesco o fueran del mismo sexo.</p> <p>Los niños quieren ser ladrones porque “son mejores” (Ana, 7 años)</p> <p>Una niña se molesta al no hacerse lo que pide y se va.</p> <p>Algunos de ellos se hablan gritando.</p> <p>Relacionan la responsabilidad con la socialización (Si no hago la tarea, me pongo triste porque mi mamá me pega.)</p>	<p>Terapia con el psicólogo.</p>

<p>Conductas antisociales</p>	<p>Una botella de plástico arrojada por un joven cerca de la “Cueva del Tigre” hacia una facilitadora.</p> <p>Un chico alcoholizado se confronta con otra facilitadora al notar que ella toma una fotografía.</p> <p>“Me cae mal y es bien presumido, quiero pegarle” (Edwin, 8 años)</p> <p>Un niño escupe a un facilitador además de llamarlo “mugroso y tramposo” por no hacer caso a lo que le pedía.</p> <p>Niño es criticado por dos adolescentes por participar en las dinámicas realizadas.</p>	<p>Terapia con el psicólogo.</p> <p>Cursos de prevención de consumo de drogas</p>
-------------------------------	---	---

Interpretación de los registros.

Los niños conforme crecen adquieren el vocabulario lingüístico suficiente para que puedan expresar de la manera más adecuada lo que están pensando, esto nos lleva a que se tiene que interpretar (podría decir incluso más detenidamente que en un adulto) las conductas no verbales cuando se relacionan con otros y esto es lo que más encontramos al interpretar sus estilos de socialización.

Como primer elemento desde la categoría del intérprete, es que los niños ante el disgusto reaccionan rápidamente y ya sea que responden agresivamente en contra del otro o dejan de realizar lo que estaban haciendo, por lo que se pudo notar que muchos de ellos no han desarrollado la confianza suficiente para expresar sus malestares. Las relaciones con los padres de familia y los niños que trabajaron con nosotros se podrían describir entre ausentes y autoritarias, por un lado porque la mayoría de sus padres trabajan en horarios extensos no conviven mucho con ellos y cuando hemos visto cómo conviven con ellos, les gritan, los jalonean o empujan sobre todo si hicieron algo que está mal. Entonces a partir de esta influencia se puede ver reflejada con su interacción con sus pares.

Además de esto, encontramos que ante personas nuevas de la zona o quienes no viven en la colonia pueden generar actitudes negativas y de rechazo en los vecinos, como lo mostrado en el registro de la tabla de arriba. Como equipo de trabajo tuvimos al principio dificultades para generar confianza hacia

nuestro trabajo, en primera porque la Cueva del Tigre es conocido como un espacio donde generalmente grupos políticos van para buscar votantes a partir de brindarles servicios que son obligación del Estado; en segunda porque generalmente los jóvenes de la zona y algunos foráneos llegan a tomar alcohol y finalmente por un conflicto con una académica anteriormente. Sin embargo durante el tiempo de trabajo se pudo notar que la confianza fue creciendo de tal forma que algunos padres de familia llegaron a participar en contadas ocasiones o venían más vecinos a utilizar el espacio con fines lúdicos.

Mientras que en la categoría técnica se trabajaron con estrategias principalmente de comunicación para que los niños fueran capaces de escucharse a sí mismos, escuchar a los demás y comunicarse de mejor manera, al principio fue difícil, pues en general se comunicaban con gritos, malas palabras o empujones (sobre todo cuando no recibían atención efectiva). En situaciones donde los niños tenían la intención de agredir a otro compañero, más que reprimir directamente la conducta, se buscó que los niños reflexionaran y expresaran las razones de ello para entonces tratar de comunicar su inconformidad con el otro, lamentablemente esta segunda parte no funcionó, pues tienen miedo de confrontar verbalmente a los demás y esto se refleja en cómo los padres solucionan los problemas, es decir, a través de indirectas o discusiones fuertes que asustan a los niños. Podemos decir que en esta categoría todavía hay mucho por hacer.

Finalmente en la categoría social se encontró que las relaciones de violencia son utilizadas con fines de jerarquía, defensa de los suyos y como muestra de fuerza ante los demás. Por otro lado, estas relaciones son generalmente por medio de conductas indirectas además de las físicas como desquites, arranques emocionales, castigos además de agresiones verbales y físicas. También se encontró que la solución de conflictos a través del diálogo es algo temido por niños y por adultos, por lo que se prefiere dar entender la molestia desde una conducta implícita antes que la confrontación por lo que en esta categoría es importante trabajar con más profundidad, pues inclusive en el centro de salud esta temática no se trabaja por temor a confrontaciones directas con la población y el personal, por lo tanto, este canal más que ser una posibilidad de conocer las necesidades y generar estrategias que faciliten soluciones, incita al miedo, desconfianza y agresiones ante acciones de los otros. Como vimos en la dinámica de la cárcel, las ofensas consideradas como violentas para ellos se encontraban el atacar a personas vulnerables (ancianos y robos) privar de la vida y la infidelidad, la cual resaltó por que los niños la mencionaron porque *lastimas a la persona que te quiere* (Dafne; 11 años) entonces en este caso se puede decir que relacionan que la violencia no sólo afecta a nivel físico, sino emocional. Como

veremos en la siguiente categoría, este tipo de afirmaciones permitieron que los niños expresaran sus opiniones ante temas que aunque conviven con ellas día a día, no las concientizan o las reflexionan

6.b.6) Salud emocional.

Registro	Breve descripción/ anécdota.	Recomendaciones del Centro
<p>Identificación de sus emociones y la de los otros.</p>	<p>“Ahora entiendo lo que significa estar frustrado” (Mauricio, 10 años)</p> <p>“Me siento triste cuando no hago la tarea y mi mamá me pega con la chancla” (Hugo, 5 años)</p> <p>“Me siento bien cuando estoy en las albercas” (Prima de Edwin, 9 años)</p> <p>Alberto de 11 años se integra a las actividades sin embargo se muestra autoritario y antipático con el resto de los niños y niñas, particularmente se molesta si las cosas no salen como él quería por lo que tiende a golpear y a gritar cuando algo no le parece.</p> <p>Identifican como una situación angustiante cuando los padres se pelean.</p>	<p>Terapia con el psicólogo para orientación.</p>
<p>Verbalización de las emociones.</p>	<p>Niña expresa enojo ante la injusticia (Prima de Edwin, 9 años)</p> <p>Atziri de 16 años expresa que no le gusta estudiar, por tanto no asiste a la escuela, se encuentra frustrada ya que ella quería ser parte de la milicia pero debido a sus pocas ganas de estudiar los niveles educativos requeridos no puede hacerlo.</p>	<p>Terapia del psicólogo.</p>

	En el piso y paredes de la parte trasera del parque “Cueva del tigre” se encontraron “grafitis”, los cuales eran principalmente eran frase tales como: “Te Amo Atziri”, “Te Amo Mixer”, “Abi Te Amo”, “Te Amo Sergio”, “Vania Te Amo”, entre otros	
Comunicación a los demás sobre sus emociones.	Edwin de 8 años abandona las actividades porque dice que Mauricio le cae mal y con él no trabaja. Cuando se frustran, rápidamente reaccionan y prefieren evitar el conflicto antes que entender lo que les afecta. Niños con necesidad de atención y de ser escuchados se comportan como sujetos competitivos e impositivos.	Terapia del psicólogo.

Interpretación de los registros.

En este punto se considera desde la categoría del intérprete que fue aquel que tuvo más avances, pues en primer lugar los niños no tenían conocimiento de que las emociones se podían identificar, nombrar y comunicar, pues como dijimos en la sección anterior, habían aprendido a socializar a través de sus acciones, más que de las palabras. Además de esto, se empezaron con identificación de sus emociones dentro de su vida diaria y entre las más mencionadas era la tristeza, sobre todo en situaciones donde alguno de sus familiares estaba de mal humor y el miedo ante situaciones arriesgadas como presenciar un adulto alcoholizado, enojado o drogado, por lo que a petición de los participantes y actividades de los facilitadores se trabajó con algunas recomendaciones en caso de que los niños se encontraran en situación de riesgo frente a personas desconocidas o en situaciones alarmantes como las mencionadas anteriormente, por lo que la dinámica que se hizo fue una relacionada con el espacio personal, en la que identificaran cómo percibir que una persona estaba invadiendo su espacio y cómo podían actuar para pedir ayuda en caso de percibir esta situación.

Dentro de la técnica, además de la dinámica mencionada se trabajó a través de la proyección de imágenes de personas en un estado emocional diferente, se trabajaron con las seis emociones básicas (alegría, tristeza, enojo, miedo, sorpresa y asco) con el objetivo de que los niños se vieran reflejados

ante esa emoción y compartieran en qué situación les generaba. Entre las situaciones más comunes de alegría, se relacionaban por ejemplo con recibir regalos, socializar con sus amigos y familiares de edad, convivir con algún adulto (tío o abuelo) que no habían visto desde hace mucho tiempo con el que se llevan bien o regresaran a sus pueblos de origen a jugar; en tristeza, mencionaban principalmente cuando pelean los padres, cuando no les regalan cosas o cuando por circunstancias ajenas a nosotros (clima, viajes familiares o inseguridad) no podían acudir a las actividades con nosotros y cuando los castigaban cuando hacían algo mal; en el enojo reportaron más cuando convivían con personas egoístas (sobre todo en pares) cuando los regañaban o cuando no recibían atención; entre las situaciones que les hacía sentir miedo mencionaban más la soledad o abandono, por ejemplo, si los padres no estaban cerca, si se quedan en casa solos por mucho tiempo, si no tenían pares con quién jugar o cuando tenían que convivir con personas extrañas que les causara inseguridad (borrachos, policías, drogadictos y personas enojadas); finalmente en las emociones de sorpresa y asco tuvieron algunas dificultades para identificar las situaciones, pero las que llegaron a mencionar fue en aquellas donde se encontraran a alguien herido gravemente y animales muertos.

Finalmente, en la social se puede decir que las emociones aunque se sabe que son parte de las conductas del día a día, se dejan llevar fácilmente por ellas, es por eso que en muchas ocasiones (y en las entrevistas) mencionan su sorpresa con respecto de por qué suceden las cosas o por qué toman ciertas decisiones, en el caso de los adultos o que no entiendan las consecuencias de sus acciones en el caso de los niños, por lo tanto es importante destacar el avance que se tuvo con los niños para que se identificaran sus emociones, pues aunque se trató de llegar al punto en que se comunicaran con los demás, como dijimos antes, tienen temor ante la confrontación con quienes tienen el malestar y que los lleve a perder esta relación. (en ambos grupos) por lo que también queda mucho por trabajar en esta categoría.

En el centro de salud con respecto a este tema, sólo se enfocaron a una intervención terapéutica individual y en este caso, el hablar de las emociones se considera como algo poco relacionado con la salud aunque se sabe que en muchas enfermedades físicas, existe una razón emocional detrás, por lo que se debe impulsar de otra manera la comunicación emocional así como la resolución de estos malestares con un enfoque más psicosocial y grupal, para que las personas construyan mejores vínculos de confianza, resuelvan conflictos de mejor manera y su salud integral se mantenga y mejore.

Capítulo 7.

Discusión y conclusiones

¿Cuál es el papel del Psicólogo social comunitario en la educación para la salud?

Como psicólogos tenemos la responsabilidad profesional y social de facilitar que los entornos desde cualquier nivel; individual, grupal o colectivo, se encuentren en mejores condiciones posibles pero rompiendo con el esquema asistencialista utilizado en muchos entornos como el político. Debemos buscar que las personas con sus propios recursos, habilidades, capacidades y voluntades mejorar su calidad de vida, además de generar esquemas de participación en donde la salud se convierta (como debió ser desde hace mucho) en un derecho mantenido por ellos y por las instituciones que lo proveen como un trabajo en conjunto. La Psicología Social Comunitaria ha tenido este objetivo desde su nacimiento, por ello se considera como el adecuado para desarrollar este trabajo de investigación. Por otro lado, como profesional de la salud, debemos de ser capaces a partir de nuestra formación y conocimientos de la conducta humana, generar las estrategias necesarias para cumplir este objetivo y romper además la barrera del prejuicio social que se tiene del psicólogo como aquel que se encuentra únicamente en hospitales para tratar problemas crónicos o en instituciones de salud psiquiátrica, el cual hace que las personas desconfíen y prefieren dejar los problemas pasar antes de acudir a recibir orientación.

Lo que se encontró a lo largo de esta investigación fue que las personas al lograr un vínculo de confianza con los facilitadores, pudieron abrirse para expresar sus problemáticas y en relación con los niños aunque al principio con angustia, solicitaron asesoría de cómo relacionarse mejor con sus hijos y en algunos casos información de instituciones de confianza que les permita dar seguimiento por más tiempo. En relación con el tema de la salud, se debe de utilizar la socialización como motivador principal para llevar a cabo una reflexión del estilo de vida. Esto principalmente porque se encontró que también dentro de este espacio de diálogo se compartieron preocupaciones y miedos con respecto a las conductas no saludables y se propuso cómo mejorar estas condiciones. Además la población ha utilizado este recurso para mejorar su entorno desde el momento en que existen varios espacios de rehabilitación AA en el caso de consumo de sustancias; y finalmente con los niños hay una alta posibilidad de generar un cambio en la reflexión de sus acciones a un nivel muy concreto, por ejemplo, en la identificación de las emociones y cómo afecta esta situación en la vida diaria y con sus seres queridos. Por lo tanto el explorar y potencializar más la socialización dentro de la colonia podría generar más cambios de los que ha están y mejorar las condiciones de salud.

Uso de métodos cualitativos para la interpretación de conductas en salud.

Se ha visto que el tema de la salud no es únicamente una cuestión de cuántos acudieron a recibir los servicios médicos, sino también es un asunto subjetivo desde nivel individual a nivel colectivo. Estos niveles de subjetividad no se deben tomar a la ligera, pues es una de las tantas razones por las cuales los programas de salud no han tenido éxito, son por no considerar el contexto donde se realiza la intervención como las herramientas y recursos disponibles con quienes se va a intervenir. Por lo tanto llevar a cabo este tipo de trabajos analizándolos desde la perspectiva de las personas y de los investigadores permite una postura dialéctica más integral, con una mayor disposición para buscar soluciones y que afortunadamente se ha tomado más en serio. Hacia estos marcos de interpretación aunque tiene mucho que demostrar en la práctica, ya existe disposición a nivel institucional y académico como el *Instituto Nacional de Psiquiatría* y en la *Universidad Nacional Autónoma de México*.

La interpretación cualitativa es un estilo de entender al mundo y sus fenómenos desde una perspectiva más amplia y comprensiva, permite formular soluciones más adaptables al contexto donde se interpretó además es un modelo menos agresivo para las personas, pues como se ha mencionado, no busca imponer sino comprender cómo y por qué se presentan ciertos patrones de conducta, reflexionar sobre las problemáticas y encontrar soluciones entre el investigador y la población. Entender la funcionalidad de estos patrones de conducta no quiere decir que se deba pasar al otro lado, es decir, que se le otorgue toda la razón a la población, sino utilizar sus recursos para que en conjunto se propongan mejores soluciones y más fácilmente se pueden llevar a cabo.

Finalmente se espera que como es un trabajo pionero en este espacio y con este tema que no se pierda el seguimiento de las generaciones siguientes no sólo para que haya mayor psicólogos mejor capacitados, sino que los beneficios y avances que se presentaron sean más duraderos y con mayor participación activa no sólo con los niños, sino con adolescentes y adultos.

¿Cuál es el impacto que la comunidad percibió a lo largo del trabajo?

La población que estuvo en contacto de manera directa e indirecta con el proyecto en general presentó dos tendencias: la primera es de aceptación tardía, pues en un principio se presentaron con desconfianza hacia el equipo de trabajo sobre todo por el comportamiento que tienen los políticos cuando promueven programas similares a éste y es que muchos mencionaron si existía algún fin

político, no tenían intenciones de participar, pero como se demostró que era con fines de investigación y apoyo a la comunidad se fueron acercando y reconocieron la importancia de este trabajo:

“Al principio no quería dejar ir a mis hijos por miedo a que tuviera que regalar mi voto o que les pase algo, pero me di cuenta que estuve en un error y gracias a ustedes, mis niños pueden salir y aprender cosas diferentes”

Sra. Norma; 38 años

Por otro lado, la otra tendencia se presentó en resistencia firme ante el trabajo realizado. Este grupo se compone generalmente de los usuarios y personal del centro de salud así como algunos que fueron entrevistados en otras partes de la colonia. Entre las razones está que el cuidado de salud o resolución de las problemáticas que se mencionaron en el diagnóstico vienen de otras autoridades superiores o por voluntad de las personas que reciben el servicio (de los centros específicamente). La desesperanza aprendida se encuentra muy marcada en los usuarios y el personal ante la propuesta de una participación ciudadana por lo que una intervención de este tipo requiere mayor esfuerzo y constancia. Gran parte de la situación se presenta por la falta de inversión material y personal de generar un vínculo entre las instituciones con la población general y las relaciones existentes son con fines instrumentales y con intereses personalizados de cada grupo, por lo que no conocen ni las necesidades en común ni hay acuerdos donde se beneficien las dos partes.

Esto nos lleva a la conclusión de que un trabajo con este modelo tiene éxito desde el principio si se es constante pues aunque llevó tiempo tener aceptación, la constancia generó un vínculo de confianza entre la primera tendencia y que se reconociera el trabajo. Por otro lado el que se puedan gestionar en espacios públicos ejercicios de reflexión es posible incitar la necesidad de cambiar de hábitos de conducta. Esto se sostiene a partir de algunos razonamientos o respuestas que nos presentaron los niños dentro del trabajo, por lo que aunque no encontramos programas ni espacios donde se reflexionara con los niños sobre los temas tratados, en ellos quedó la curiosidad de saber más y con ganas de mantener este proyecto. Más que decir que este es el fin de este proyecto, es una pausa para que las siguientes generaciones o personas interesadas puedan tener acceso a un espacio donde se puede seguir construyendo y transformando.

Avances y dificultades del método de trabajo.

Entre los avances que se reconocen a lo largo del trabajo es que el método utilizado permite que las personas puedan relacionar a la psicología no como un área que se dedica únicamente a tratar a personas con trastornos graves, sino también en situaciones diarias. Además permitió que se asociara la Cueva del Tigre como un punto donde se está realizando un trabajo diferente y no sólo como centro de consumo de sustancias, incluso se trató de que se trabajara con los adolescentes que acudían a consumir alcohol o marihuana. Sin embargo, lo que se obtuvo es que los jóvenes se sintieran invadidos y se alejaron del espacio pues sentían *vergüenza* por comportarse de esa manera ante los niños, por lo que lo podríamos considerar como primera dificultad y punto pendiente para los siguientes trabajos que se desarrollen en el lugar.

Otro avance que se logró, es que a partir del planteamiento del nuevo plan de estudios en psicología, permite a los estudiantes, enfrentar situaciones que podrían vivir dentro del campo laboral, sea el área o espacio en el que trabajen al recibirse, por lo que es importante reconocer que este sistema permite no sólo capacitar mejor a los futuros profesionistas, sino también realizar proyectos y adquirir experiencias útiles que generen confianza para aplicar mejor los conocimientos. Esto se demuestra a partir de la experiencia con los facilitadores pues desarrollaron habilidades de observación, análisis y sensibilidad ante contextos diferentes o situaciones ajenas a lo visto dentro de las aulas, de tal manera que tiene dos beneficios este resultado: el primero es que después de esta experiencia los facilitadores son capaces de intervenir de una mejor forma en campo y el segundo como un beneficio para las personas al toparse con psicólogos mejor capacitados y un desarrollo de empatía necesario para aplicar sus conocimientos de mejor manera.

Además, como se sustentó en el marco teórico tanto instituciones internacionales como nacionales el trabajo comunitario es una vía más adecuada para intervenir ante problemas de salud, desde un enfoque integral, equitativo y considerando a las personas como sujetos de transformación ante sus dificultades. Por eso queda entre las primeras sugerencias, que se le dé seguimiento a este trabajo además de fomentar bajo este método intervenciones psicológicas futuras.

Por otro lado, que la participación de los niños se diera en esta investigación se logró que se empezara a generar reflexión de su estilo de vida de manera más consciente y esto queda demostrado ante algunas afirmaciones que nos comunicaban así como en la motivación cada vez mayor de participar en

el trabajo, que si bien, no se pudo lograr una mayor población participante, se generó una población constante donde se pudo ver la evolución de los resultados ante las dinámicas realizadas.

Entre las dificultades que se encontraron principalmente además de las mencionadas fue la falta de recursos, tales como el tiempo, materiales y de personal. En el primero, debido a que aunque se logró poner un horario fijo, muchas veces era poco para desarrollar lo que se tenía planeado, además de que las actividades tanto de los facilitadores como de los participantes no siempre congeniaron y muchas veces se tuvo que replantear las actividades. Incluido en esta dificultad, como La Cueva del Tigre es un espacio abierto diseñado para realizar principalmente actividades físicas, las condiciones climáticas no permitía terminar las actividades, en primera para protección de los niños y en segunda para la protección de los materiales diseñados, que en ocasiones se echaban a perder o se maltrataban a tal grado que no duraban mucho. De aquí entramos a dificultades en los materiales, debido a que al ver pocas posibilidades económicas para conseguir los materiales de trabajo, se adaptaron distintas estrategias para reutilizarlas y conservarlas el mayor tiempo que se pudiera. Se trató incluso, con la confianza que nos empezaron a tener los padres de familia solicitar refugio para los materiales; sin embargo, por la variabilidad de actividades que tenían se tuvo que cancelar, pues a veces no se encontraban y nos quedábamos sin ellos. Finalmente en los personales, aunque los equipos de trabajo lograron desarrollar las actividades con profesionalismo, en la difusión hizo mucha falta, que aunado a las dificultades materiales y de tiempo no se pudo lograr mucha difusión, por lo que explica el por qué no creció mucho la población participante.

Otra de las dificultades es que el conocimiento formal actualmente no está adaptándose a las nuevas generaciones por lo que los conflictos son más difíciles de evitar. Esto lo podemos encontrar en las estrategias de comunicación y negociación; en las dinámicas donde se separen a los niños por sexo y en la identificación de las emociones. En el primero porque todavía está presente la creencia social que los niños no son capaces de conocerse, reflexionar o tomar decisiones sobre sí mismos, por lo tanto no utilizan estrategias que comuniquen lo que pasa o de negociar cuando existe un conflicto. Esto tiene varias implicaciones: La primera es que si no existe esta necesidad de identificar lo que sucede con ellos mismos, con los demás menos, y se perpetúan las relaciones de violencia ante frustraciones de la vida diaria. La segunda es con respecto a la construcción de responsabilidad individual y social, pues al mantener esta postura hace que en el cuidado de la salud, se siga percibiendo como responsabilidad de las instituciones o que debe ser comunicada cuando se encuentra enfermo; por lo tanto la prevención no es considerada una opción y las consecuencias son más graves.

Si se analiza desde problemáticas de salud pública, la participación ciudadana no es viable porque las autoridades son los responsables de dar solución aunque no lo puedan hacer y esto compromete más al sistema de salud, económica, política y socialmente. En el segundo, el que los niños sean separados por sexo para realizar sus actividades mantiene el desconocimiento del otro y por lo tanto relaciones sociales y de comunicación basadas en creencias y prejuicios que no siempre son aplicables. Y esto se relaciona directamente con la tercera, en la que el que no se les enseñe a identificar sus emociones se comunica a base de suposiciones y reacciones sin pensar detenidamente, lo que trae como consecuencia que sus estrategias de socialización pueden ser deficientes y llevarlos a situaciones de violencia.

La psicología como ciencia humana puede estar involucrada en toda actividad humana y su importante intervención ha sido recientemente considerada. En el campo de la salud originalmente a cargo de la medicina ha logrado tales avances que la esperanza de vida en México se ha duplicado según el censo del INEGI (2010). Sin embargo se han presentado otras problemáticas de salud que requieren de más perspectivas para intervenir. Como dijimos antes, la ONU desde hace bastante tiempo reconoce que los modelos comunitarios son la vía más adecuada para que mejoren las condiciones de vida y el modelo de I.A.P. es uno de ellos. Lo que se presentó aquí es una alternativa que aunque ya ha sido reconocida como necesaria en intervenir para mejorar las condiciones de salud, pocos se han dedicado a ello. El que se haga un análisis de lo que significa estar saludable para las personas de una comunidad es un paso crucial para que cualquier programa social tenga éxito o se mantenga lo más que se pueda según los beneficios que lleve a la población, el pensar en estos significados permite que se planee y que lo que se invierte (material, recursos y personal) sean mejor aprovechados. El trabajo con los niños es un espacio que no se debe desaprovechar o sólo tomarlo como entretenimiento, sino como el mejor momento en el que como profesionales de la salud debemos estar, por lo tanto aunque en este contexto se presentó como una coincidencia contextual, trajo más beneficios de los que se esperaba.

Referencias.

Berra M., Dueñas R. (2011) Educación para la salud: Conductas de Riesgo en los adolescentes y Jóvenes. *Revista científica electrónica de psicología*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y CELMA. Recuperado de:

<http://recursos.salonesvirtuales.com/assets/bloques/conductas.pdf>

Bertely B. M. (2000) *Conociendo nuestras escuelas: Un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*, México Paidós

Breinbauer C. (2008) *Jóvenes, opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes*, Washington D.C.: OPS Publicación Científica y Técnica No 594.

Calero J. del Rey y Calvo J. R. (1998) *Cómo cuidar la salud: su educación y promoción*, España: Hacourt Brace.

Cardozo, G. y Dubini, P. (2005) *Adolescencia: promoción de salud y resiliencia*. Argentina: Brujas

Chamorro P. A. y Tocornal M.C. (2005) Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios atacameños*, (30), 117-134. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/315/31503007.pdf>

Carrera, P; Caballero A; Sánchez F. y Blanco A. (2005) Emociones mixtas y conductas de riesgo, *Revista Latinoamericana de Psicología* (37), N° 1, 119-130, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537107

Casilla M. D. e Inicarte G. A. (2004) La naturaleza de la acción participativa y la formación para participar; *Cuaderno Venezolano de Sociología*. p-p 249-275. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12213204>

Celis, R. y Vargas, C. (2004) Estilo de vida y conductas de riesgo. *Revista Electrónica Sinéctica*, pp. 108-113. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99815899015>

Gobierno del Distrito Federal (2008) *Tu futuro en libertad. Por una sexualidad, salud reproductiva con responsabilidad*. Recuperado de: <http://www.educacion.df.gob.mx/images/libros/tufuturoenlibertad.pdf>

González, R. (Agosto 05 2008) Dan maestros espaldarazo al libro del GDF sobre sexualidad; *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2008/08/08/index.php?section=capital&article=042n1cap>

Guerrero M. L. y León S. A. (2010) Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. *Antecedentes. Educere*, pp. 287-295. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102005>

Gutiérrez, N. (Agosto 05 2008) Distribuirán en la UNAM, Politécnico y Conalep libro de sexualidad del GDF. México, D.F, El Universal. Recuperado de:

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/527803.html>

Hernández T. I, Arenas Monreal, M, Valdéz S. R. Sentirse mal "así les tocó vivir": las mujeres y su percepción de salud en México. *Cultura de los cuidados*. Año VIII, n° 16, 2. semestre 2004, pp. 37-40. Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/1021>

Higashida B. (2006) *Educación para la Salud*, Segunda Edición, México D.F. Mc Graw Hill.

Holliday O. J. (2012) *La Concepción Metodológica Dialéctica, los Métodos y as Técnicas Participativas en la Educación Popuar*. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Recuperado de:

http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/Metodologia_Metodos_y_Tecnicas_EP_Oscar_Jara.pdf

Ibáñez ,J. (1985). Análisis sociológico de textos y discursos: *Revista Internacional de Sociología* 43; Madrid

Instituto Naciona de Aprendizaje (2012). *Asesoría para la Igualdad de Género de Manual de Técnicas Participativas para la Estimulación de las Capacidades del Ser en la Formación Profesional*. Recuperado de:

http://www.ina.ac.cr/asesoria_genero/manual_tecnicas_participativas_1.pdf

Jalda, P. (2003). Estudio de Validación del Desarrollo Rural Participativo Basado en la Conservación de Suelos y Aguas. Sucre, Bolivia. Recuperado de:

http://www.green.go.jp/green/gyoumu/kaigai/manual/bolivia/02technical_guide/spanish/01guia.pdf

Jenkins, C. D; (2005) *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*, Washington D.C. OPS, Publicación Científica y Técnica No. 590.

Kafrouni, R. (2013). The role of subjectivity category in understanding the community context and the transforming intervention. *Estudios de Psicología (Campinas)* p-p 121-129.

Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2013000100013&script=sci_arttext

León Cedeño y Alejandra Astrid. (2010) Danzando la Psicología Social Comunitaria: revisitando la IAP a partir de un curso de danza en una asociación cultural de barrio. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, p-p 255-270. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/537/53712938016.pdf>

Ludueña, A, Olson, J. K. y Pasco, A. C. Y. (2005) Promoción de la salud y calidad de vida entre madres de preadolescentes: una etnografía enfocada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, pp. 1127-1134. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000800005

Macias M, Adriana Ivette, Gordillo S, Lucero Guadalupe, & Camacho R, Esteban Jaime (2012) Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, pp. 40-43. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300006

Martínez, A. M. (2011) Fortalecimiento comunitario desde el rol de las madres lideresas: apuntes preliminares, en *Revista Pensando Psicología*, vol.7, núm. 12, pp. 75-84.

Recuperado de: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2011/09/art007-vol7-n12.pdf>

Martínez-Hernández, A. (2010) Dialogics, ethnography and health education. *Revista de Salud Pública*, 44(3), 399-405. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000300003&script=sci_arttext&tlng=en

Montero; M. (2004) El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Psychosocial Intervention*, pp. 5-19, *Colegio Oficial de Psicólogos en Madrid*, España Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817825001>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC (2007) *Vivir sin drogas, Información para maestros*. Acción Mundial en pro de comunidades saludables libres de drogas. Recuperado de: http://www.unodc.org/pdf/26june0709/26June07_schoolA4_S.pdf

Organización de las Naciones Unidas, Oficina contra las Drogas y el Delito en Viena (ONU) y Red mundial de la Juventud (2002) *Escuelas: Educación de base escolar para la prevención del uso indebido de drogas* Recuperado de:

https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2000). *Quinta conferencia sobre promoción de salud: Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud*. México, D.F., México Restrepo, E. H Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0576.pdf>

Peñaranda, F. (2011) La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), pp. 945 - 956. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/773/77321592030.pdf>

Pintor, M. T. (2010) *Innovación y experiencias Educativas de Métodos y Técnicas Participativas en el Proceso de Enseñanza Aprendizaje en la Materia de Tecnología.*

Recuperado

de:http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_26/MARIATERESA_TORRES_PINTOR_01.pdf

Pick, S. (2001) *Formación Cívica y Ética II. Yo quiero, Yo puedo*, México D.F. Editorial Limusa.

Rodríguez, C. y Villavicencio, A. E. (1998) *Memoria Histórica: Comunidad Adolfo Ruiz Cortines*, Movime.

Ruiz A. (2011) *Apuntes de la materia Neurocognición*. Facultad de Psicología UNAM.

Sánchez E, Wiesenfeld E y Raiza L. B. (1998) *Trayectoria y perspectivas de la psicología social comunitaria en América Latina Localización: Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones / coord. por Antonio Martín González*, págs. 159-172

Turián, R. (2010) *Los jóvenes y la educación. Encuesta Nacional de la Juventud 2010*. SEP, Subsecretaría de Educación Media Superior, México D.F. Recuperado de: <http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/2249/1/images/vf-jovenes-educacion-ninis.pdf>

Vargas, L. (1984) *Técnicas participativas para la educación popular*, 1ª edición, Centro de estudios y Publicaciones Alforja, Santiago de Chile. Recuperado de:

<https://docenteslibresmdq.files.wordpress.com/2014/04/cide-tecnicas-participativas-para-la-educacion-popular-ilustradas.pdf>

Villamil F. O. L. (2003) *Investigación Cualitativa, como propuesta metodológica para el abordaje de investigaciones de terapia ocupacional en comunidad*. Umbral Científico (2) p. 0. Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30400207>

Apéndices

A. Imágenes.

(Por cuestiones de ética se solicitó a los padres de familia de los niños el permiso de publicar las fotografías)

Imagen 1. Primeras entrevistas y actividades



Imagen 5. Adolescente participante



Imagen 2. Equipos de trabajo por sexo



Imagen 6. Dinámica de expresión de emociones



Imagen 3. Ejemplo de actividad de Nutrición



Imagen 7. Actividad de pirámide alimentaria.



Imagen 8. Actividad sobre emociones.



Imagen11. Reflexión sobre emociones básicas

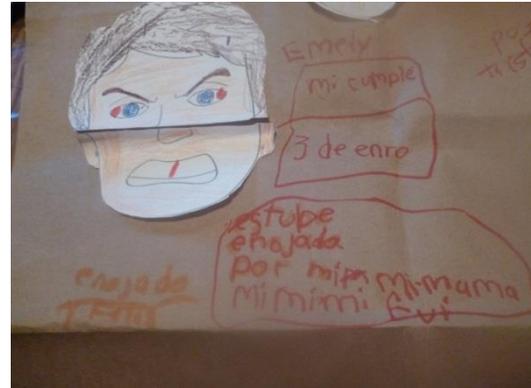


Imagen 9. Actividad de consumo de sustancias.



Imagen 12. Actividad sobre violencia

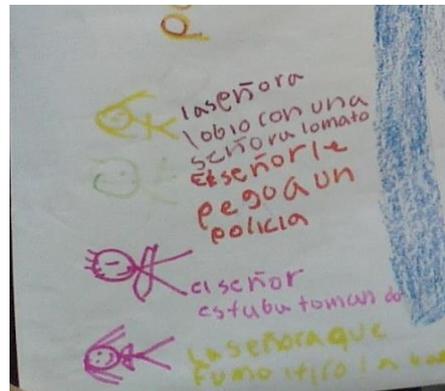


Imagen 10. Actividad sobre consumo de sustancias.



Imagen 13. Actividad física



Imagen 14. Actividad física.



Imagen 17. Antes de la intervención.



Imagen 15. Actividad de espacio personal



Imagen 18. Durante la investigación

Imagen 16. Población constante durante las actividades.



B. Diario de campo.

El diario de campo es una técnica de registro que nos permite sistematizar las observaciones que se obtuvieron en campo. El formato puede ser de distintas maneras pero el utilizado en esta investigación es la siguiente:

Fecha, hora y lugar: estos elementos nos permiten no sólo tener un contexto de tiempo cuando se registró lo sucedido, sino también poder contar con una secuencia y comparar los efectos que se han tenido durante el trabajo de investigación.

Suceso concreto: en éste se describe un suceso visto en el espacio que se está trabajando. Puede ser que haya llamado la atención por el etnocentrismo del investigador, corrobore o contradiga algún indicador en la investigación documental, entrevistas con los habitantes o son resultado de las técnicas participativas.

Personas que intervinieron: se enlista a los participantes del suceso concreto. En algunas ocasiones las personas involucradas no se encuentran presentes, pero sus acciones influyen lo suficiente para que el suceso se pueda llevar a cabo. También en la reflexión como tal se pueden considerar organizaciones, instituciones y políticas que están relacionadas con el suceso de forma más abstracta.

Teoría que lo sustenta: para hacer la reflexión, uno de los primeros aspectos a considerar es cuál teoría la puede explicar. Con frecuencia se presenta la dificultad de querer explicar la realidad a partir de una teoría o viceversa; Sin embargo lo que se busca es encontrar vías comprensivas e interpretativas que nos apoyen a entender el suceso que estamos analizando. Depende de la corriente teórica del investigador además del interés personal al escoger los sucesos concretos. Finalmente, pedagógicamente permite que los investigadores en formación pongan en práctica la capacidad de análisis y los conocimientos adquiridos hasta ese momento

Temáticas relacionadas: otra parte de realizar la reflexión es vincularlo no sólo con la psicología sino con otras disciplinas, debido principalmente a que no se puede observar y analizar un

fenómeno de manera reduccionista. Puede además ayudar a vincular la utilización de otras teorías como apoyo a las sustanciales en el cuadro anterior.

Análisis: con todo lo anterior se busca integrar con argumentos las razones del investigador al querer analizar ese suceso, la teoría o teorías que utiliza para interpretar el suceso así como reflexionar sobre lo realizado en ese día (si es alguna técnica participativa la que se analiza), de tal manera que el investigador puede visualizar los avances o dificultades que se ven ante su intervención o como parte de su diagnóstico elementos que sustenten la interpretación que le dé al espacio. Se puede ver en la imagen 1, un ejemplo de un diario realizado por uno de los facilitadores participantes de la investigación:

C. Técnicas Participativas.

Clasificación según los sentidos que se utilizan para comunicar según Jalda (2003)

a) Técnicas o dinámicas vivenciales, que se caracterizan por crear una situación ficticia donde las personas se involucran, reaccionan y adoptan actitudes espontáneas. Estas técnicas pueden ser para animar o para realizar un análisis.

b) Técnicas con actuación, que se caracterizan por la expresión corporal, a través de la cual se representa situaciones de comportamiento y formas de pensar.

c) Técnicas auditivas y audiovisuales, que se caracterizan por el uso del sonido o de la combinación con imágenes. Estas técnicas permiten aportar elementos de información adicional y/o enriquecer el análisis y reflexión sobre algún tema.

d) Técnicas visuales, que son las técnicas escritas y las técnicas gráficas. Las primeras se refieren a todo material que utiliza la escritura como elemento central, cuya característica es que el producto final es el resultado directo de lo que el grupo conoce, piensa o sabe de un determinado tema. Las técnicas gráficas se refieren a todo material que se expresa a través de dibujos y símbolos.

Clasificación según los objetivos de las técnicas según Jalda(2003)

Tomando en cuenta el objetivo general que se quiere lograr con el uso de las diferentes técnicas:

a) Técnicas o dinámicas de presentación y de animación

Las técnicas de presentación permiten que los participantes se presenten ante el grupo, conozcan a los otros participantes, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de formación. Generalmente estas técnicas son dinámicas vivenciales, porque participan todos los participantes de un evento.

Las técnicas rompehielos o de animación tienen la finalidad de mantener una atmósfera de confianza y seguridad en los participantes, que les permita participar activamente durante los procesos de enseñanza-aprendizaje. Generalmente las técnicas de este grupo se caracterizan por ser activas, que permiten relajar a los participantes, involucrar al conjunto y se hace notar que en el desarrollo de cada una de estas técnicas está presente el humor.

b) Técnicas o dinámicas de análisis y profundización

Este grupo de técnicas comprende una serie de técnicas vivenciales, de actuación, audiovisuales y visuales. La característica principal de estas técnicas es permitir analizar y reflexionar con mayor profundidad los conocimientos sobre un tema en desarrollo. De esta manera estas técnicas dan paso a los participantes a asimilar y comprender más objetivamente la importancia de un tema cualquiera, además de permitir a que los mismos expresen ideas propias sobre el tema.

c) Técnicas o dinámicas de evaluación

Estas técnicas permiten evaluar algunos indicadores de un evento desarrollado, con la finalidad de mejorar a futuro la organización de eventos similares. Entre los indicadores que son evaluados a través de estas técnicas figuran la participación de los asistentes, los métodos y técnicas empleadas, la actuación de los técnicos, la claridad y comprensión de los temas, el interés despertado por ellos, entre otros.

Las opiniones de los participantes giran alrededor de las cosas que les gustaron y que no les gustaron, las cosas que propondrían mejorar o incorporar, la utilidad del evento y el compromiso o actitud que tomará como consecuencia del mismo

D. Cartas Descriptivas.

Para la planeación de las técnicas participativas, existen formatos llamados cartas descriptivas, los cuales nos permiten la sistematización de las actividades que se realizarán en cada sesión. El formato contiene lo siguiente:

Nombre de la Técnica Participativa: ya sea que provengan de un libro de técnicas o algún juego conocido es importante para identificar y referirnos a la técnica si se requiere utilizar nuevamente o referir ante algún análisis pertinente.

Temática: para identificar el tema que se trató ese día además de vincular las actividades con ella.

Objetivos: lo que se espera hacer con la actividad o actividades propuestas.

Procedimiento: se incluyen los pasos a seguir en la técnica así como los materiales que se requieren.

Duración de la actividad: tener un tiempo aproximado para calcular cuántas actividades se van a aplicar ese día y evitar quedarnos sin actividades o sin terminar en una sola sesión (si es que no está contemplado)