

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA**



Casa Abierta al Tiempo

CSH

**“VIOLENCIA Y FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN SALUD EN
JOVENES DEL CETIS 42, EN SAN MIGUEL TEOTONGO”**

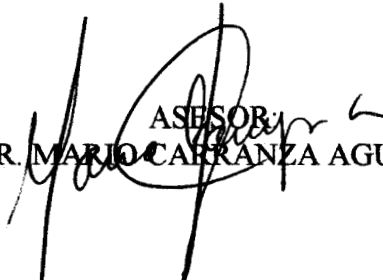
TESINA

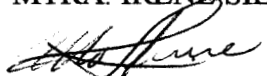
PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA SOCIAL.

PRESENTA:

V. JAVIER VALVERDE GALEANA

DANIEL ELIZALDE BARRON


ASESOR:
DR. MARIO CARRANZA AGUILAR

LECTOR:
MTRA. IRENE SILVA SILVA


MEXICO, D. F.

MAYO DE 1999

INDICE

	<i>pág.</i>
<i>abstract</i>	6
<i>introducción</i>	7
I. CONTEXTO	9
1.1 descripción geográfica	9
1.2 origen de la población	10
1.3 actividad económica	11
II. MARCO TEORICO	12
2.1 Violencia, Juventud y Salud	12
2.1.1 marco psicosocial	14
2.1.2 el estudio de la violencia en psicología social	15
2.1.3 los niveles de análisis de la violencia en psicología social.....	16
2.1.4 el nivel de análisis de los procesos intraindividuales	16
2.1.5 la violencia como instinto e impulso: el modelo etológico	16
2.1.6 la emoción como activación de la violencia	17
2.1.7 la violencia humana como pulsión: el modelo psicoanalítico	18
2.1.8 hipótesis clásica de la frustración-agresión	19
2.1.9 definición conductista de agresión	20
2.1.10 la agresión como habilidad: el modelo de Bandura	20
2.1.11 tipología de la violencia	22
2.1.12 agentes socializantes	23
2.2 Psicología Social de la Salud Comunitaria	27
2.2.1 enfoques psicológicos de salud	27
2.2.2 principios fundamentales de la salud	35
2.2.3 promoción de la salud	35
2.2.4 prevención de la enfermedad	36
2.2.5 atención primaria	36

	<i>pág.</i>
2.3 Variables Psicosociales asociadas al proceso Salud-Enfermedad.....	37
2.3.1 <i>calidad de vida</i>	38
2.3.2 <i>condiciones de vida</i>	38
2.3.3 <i>estilos de vida</i>	38
2.3.4 <i>habilidades sociales</i>	39
2.3.5 <i>estrés</i>	40
2.3.6 <i>personalidad</i>	44
2.3.7 <i>apoyo social</i>	46
2.4 Relación de Violencia - Salud	49
2.4.1 <i>el sector salud frente a la violencia</i>	49
2.4.2 <i>salud y prevención de la violencia</i>	50
III. METODOLOGIA	52
3.1 <i>planteamiento del problema</i>	52
3.2 <i>limitación del problema</i>	52
3.3 <i>objetivo general</i>	52
3.4 <i>objetivos específicos</i>	52
3.5 <i>hipótesis</i>	53
3.6 <i>variables</i>	53
3.7 <i>población</i>	54
3.8 <i>instrumento</i>	54
3.9 <i>procedimiento</i>	55
IV. RESULTADOS	56
4.1 <i>discusión de resultados</i>	65
V. CONCLUSION	66
<i>anexos</i>	68
<i>bibliografía</i>	83

DEDICATORIA

A mis padres:

Antonio M. Elizalde Juárez y Ma. Luisa Barrón de Elizalde

Mi más profundo agradecimiento porque con su apoyo, estímulo, desvelo y sobretodo amor, hicieron posible que me formaré profesionalmente y es una recompensa a tantos años de esfuerzos y sacrificios.

A mis hermanos:

Marco Antonio, el ejemplo a seguir.

José Luis, toda presencia y trabajo.

Marcela, respeto y admiración.

Blanca Rita, carácter y comprensión.

Por todo el afecto, ayuda y consejos que me han brindado para lograr mi formación.

A mis cuñados y sobrinos:

Liz y Fernanda, Jonathan y Samuel, Rafael y Quique, Juan Carlos y ...

Con respeto y cariño.

A nuestro Asesor y Lector de Seminario:

Dr. Mario Carranza Aguilar y Maestra Irene Silva Silva.

Por su ayuda y consejos que nos brindaron.

A mi compañero de tesis:

Javier Valverde Galeana.

Por su comprensión y paciencia.

Reconocimiento.

A la UAM-I

Por darme la oportunidad de formarme profesionalmente.

Así mismo al Depto. de Recursos Humanos.

Por toda la ayuda brindada, especialmente a mi buen amigo Jimmy.

Y al CETIS 42 por toda su ayuda y disponibilidad.

Gracias.
Daniel Elizalde Barrón.

ABSTRACT

El propósito de nuestro trabajo es dar solución a la problemática de la violencia juvenil en México. Es menester, dejar de subestimarla ya que a esta se le debe combatir de manera presta y eficaz con estrategias integrales y combinadas, para ganarle la batalla es necesario disparar el fusil en el blanco, con lo cual no debemos de prescindir de los instrumentos más sofisticados y vanguardistas de la salud como son por ejemplo: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria de la salud, encausándolos desde los distintos niveles y ámbitos, los cuales son: el físico, el psíquico y el social (*biopsicosocial*); para lo cual será dirigido desde una perspectiva holística, desde abajo y desde adentro, o sea, con la participación activa de la comunidad, así como también con los diversos sectores complementarios y concomitantes que la integran. Sin olvidar en ningún momento los determinantes psicosociales (estrés y apoyo social).

INTRODUCCION

En nuestra ciudad como en cualquier parte del mundo, no es menos compleja y apremiante el problema de la violencia juvenil.

En América latina y en el Caribe, es sobre todo, donde dicha violencia se manifiesta de manera más pronunciada debido a un añejo atraso social, político y económico.

Se hace hincapié en cuál es la relación que existe entre el estrés, apoyo social y los riesgos para la salud en grupos de jóvenes violentos y no violentos, ya que es la población mayoritaria en que se incide directamente, ya que no se tienen oportunidades claras y concretas en los distintos ámbitos, laborales, educativos, culturales, de salud, etcétera. Para complementar esta temática se analiza la relación que existe con respecto a la salud, esta a su vez servirá como regulador en sus distintas fases, como son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria de la salud.

Estas categorías están también, muy estrechamente vinculadas con los determinantes sociales tales como la calidad y estilo de vida, así como también, interactúan con otros factores psicosociales, ejemplo: el estrés, el apoyo social, entre otros.

El propósito de este proyecto es el de enmarcar la relación estrecha y cercana entre violencia y salud, el estrés y el apoyo social; para confirmar de qué manera se puede prever, corregir o regular la violencia.

Con la intervención adecuada y decidida de la salud en sus distintas facetas dialécticas de manera sistemática en relación al estrés y al apoyo social. Una de las cosas que no debemos perder de vista es que la comunidad es punta de lanza para combatir y contrarrestar esta problemática, corrigiendo la postura gubernamental de políticas desde arriba y desde afuera proponiendo con ello nuevas alternativas de salud, que se transformen en soluciones en primer lugar preventivas y no correctivas; que arrojen una nueva propuesta de cultura generacional.

La investigación se llevó a cabo en la Sierra Santa Catarina, en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada entre las colonias de Lomas de Zaragoza, ampliación Los Reyes, Ixtlahuacan y Emiliano Zapata de la Delegación Iztapalapa, y primordialmente en el CETIS No. 42 con una población de 60 alumnos del nivel medio superior del sexto semestre, la cual contiene características únicas con un matiz popular.

Son los jóvenes los más afectados en la actualidad, por causas violentas, estos problemas no son solo de índole delictivo sino que requieren de una atención especial por la tendencia a su incremento en edades cada vez menores.

Los expertos opinan que la sociedad es la que en la mayoría de los casos potencia la violencia de los jóvenes. Vivimos en una sociedad que utiliza la violencia como herramienta de control, la violencia constituye una de las tres fuentes principales de poder humano; las otras dos son el conocimiento y el dinero. Pero la violencia cruel es la más baja y primitiva de poder porque sólo se puede usar para castigar, para destruir y para hacer daño.

No todos tenemos acceso al dinero o al conocimiento, en cambio, cualquiera tiene acceso a la violencia. Las culturas desarrollan mecanismos de control para mantener las conductas individuales dentro de ciertos límites.

Creemos que este estudio es importante porque vincula una multidiversidad de conceptos; como son la violencia, la salud y los determinantes psicosociales, entre otras cosas, los cuales mantienen una relación muy estrecha; además nos muestra como es que los propios jóvenes consideran y creen que es lo que origina los actos violentos juveniles.

La importancia de este trabajo descansa fundamentalmente en el axioma, de que la salud es un autorregulador para la disminución de la violencia en los jóvenes y que funciona como alternativa de solución a dicha problemática.

I. CONTEXTO

La Sierra de Santa Catarina es un conjunto montañoso (formado por pequeños volcanes y domos volcánicos) localizado en el oriente de la ciudad de México en la delegación Iztapalapa. Su importancia radica, en la inteligencia de ser una de las zonas receptoras de los inmigrantes provenientes del interior de la República, así como desplazamientos urbanos de las colonias del centro de la Ciudad.

1.1 DESCRIPCION GEOGRAFICA

▲ Localización

La Sierra de Santa Catarina se ubica en el oriente de la ciudad de México, en la delegación política de Iztapalapa. Esta integrada por 47 colonias donde habitan alrededor de 353 000 personas.

▲ Límites

Sus límites geográficos son: al Norte la autopista México-Puebla; al Sur la Colonia San Lorenzo Tezonco; al Este la Delegación política de Tláhuac; y al Oeste la Calzada Ermita Iztapalapa.

▲ Suelo

El terreno es accidentado y está constituido básicamente por piedra volcánica (tezontle) y arena.

▲ Urbanización

Las construcciones, en su mayoría, están trazadas para edificarse por manzanas aunque lo accidentado del terreno obliga a edificar construcciones irregulares. Gran parte de las construcciones en las zonas baja y media, son de mampostería y cuentan con la mayoría de los servicios públicos y equipamiento urbano, sin embargo, en la parte alta de la Sierra las construcciones son de cartón, madera, lámina de asbesto y de otros materiales.

La zona tiene pocas principales vías de acceso las cuales inician y desembocan en la Calzada Ermita Iztapalapa, cabe mencionar que se cuenta con un 90% de pavimentación en sus calles.

▲ Medio Ambiente

La Sierra de Santa Catarina forma una barrera natural para los vientos del sur, cuenta con una amplia superficie (18.29 kms.) que recibe una cantidad importante de agua la cual aumenta la recarga de los mantos acuíferos de la zona. La vegetación es propia de las regiones desérticas; matorrales, arbustos, plantas medicinales (gordolobo, estafiate, jarilla, etc.). La fauna está compuesta por lagartijas, serpientes de cascabel, ratón de campo, rata de campo, zorrillo, gavián, murciélagos, ardillas, gorriones, etc. La creciente urbanización, aunado a la falta de conciencia ecológica han puesto en peligro la zona ecológica de la Sierra.

1.2 ORIGEN DE LA POBLACION

La población de la Sierra de Santa Catarina proviene principalmente del interior de la República (Oaxaca, Morelos, Michoacán, etc.), y del centro de la ciudad de México. Las causas de los asentamientos en este lugar son, entre otros, la profunda crisis económica del país que deviene en el encarecimiento del terreno, la vivienda y los servicios públicos en la ciudad y la falta de oportunidades en el medio rural.

▲ La Familia

Las familias de Sierra de Santa Catarina son extensas en su mayoría, esto es, compuestas en promedio por 8 integrantes, quienes en ocasiones comparten el mismo terreno. Es decir, en una misma casa habitan dos o más familias. Estas familias siguen los patrones tradicionales en donde la madre y el padre son la máxima autoridad, los abuelos tienen representatividad más no así, injerencia.

Los Jóvenes.

La población de la Sierra de Santa Catarina, engloba en su mayoría a jóvenes adolescentes, los cuales carecen de oportunidades adecuadas debido a la recesión económica (desempleo, falta de planteles educativos, centros culturales y deportivos, etc.), originando con ello su migración para obtener mejores niveles de bienestar, o en su defecto, generando la aguda problemática de la violencia juvenil de manera directa y como escape a sus limitaciones.

La juventud incluyendo en ella a los adolescentes y a los adultos jóvenes de la Sierra Santa Catarina, en la colonia San Miguel Teotongo, constituye una parte sustancial en la que se manifiesta con especial agudeza los conflictos de la estructura social. Debido fundamentalmente a su situación de tránsito a la incorporación de la vida social en todos sus aspectos; en la juventud se plantean los dilemas de transformación o reproducción de la estructura social, no en abstracto sino su ubicación de origen en las distintas clases sociales (que dicha población contiene una marcada tendencia e matiz popular).

Por otro lado el sistema educativo no satisface las necesidades de capacitación de la juventud; la familia, la iglesia y los medios de comunicación, como aparatos de reproducción ideológica, fomentan en los jóvenes actitudes negativas de conformismo, apatía, inseguridad, etcétera, acordes con el sistema de dominación.

Así mismo los medios masivos de comunicación se encargan de reproducir patrones de conductas violentas, como factor indispensable para poder sobrevivir en una sociedad desarrollada, con intenciones cada vez más voraces y excluyentes, mostrando así una incapacidad en los jóvenes para realizar ciertas actividades básicas como son: culturales, artísticas, deportivas, etcétera; y generando con ello comportamientos negativos que conllevan a la disminución de la autoestima, ejemplo: drogadicción, alcoholismo, prostitución, delincuencia, etcétera, que repercuten de manera nociva en su salud.

▲ **Escolaridad**

La escolaridad de los habitantes de la Sierra de Santa Catarina es baja y difiere por sexo y edad. Se calcula que un 30% de personas no saben leer ni escribir. Asimismo se sabe que las mujeres adultas llegan hasta la secundaria, mientras que los hombres sólo concluyen la primaria. Actualmente los jóvenes rebasan esos niveles llegando algunos al medio superior*, e incluso, superior.

1.3 ACTIVIDAD ECONOMICA

La responsabilidad económica de los hogares la Sierra de Santa Catarina recae principalmente en los padres e hijos varones. Sin embargo, actualmente la mujer se ha ido incorporando cada vez más al sector laboral. La población económicamente activa de la Sierra de Santa Catarina se distribuye de la siguiente manera: la mayor parte trabaja en el sector industrial, le sigue el comercial y por último el agropecuario. El 85% de los empleos se encuentran fuera de la Sierra e incluso de la Delegación Iztapalapa, el 15% se encuentran dentro conformada por el comercio menor (ambulante, pequeños establecimientos comerciales).

Para describir el problema de la violencia juvenil en la Sierra Santa Catarina en general, y en San Miguel Teotongo en particular, ubicamos primeramente su contexto geográfico, económico, político, cultural y social, haciendo su análisis específicamente en jóvenes de CETIS No. 42 del nivel medio superior, del sexto semestre.

Confirmamos que debido a las limitantes anteriormente aludidas, existe una incidencia notable hacia la violencia juvenil.

Para contrarrestar dicho mal, nos dimos a la tarea de crear y fomentar básicamente la promoción de grupos saludables constituidos de veinte individuos por un promotor de salud, con el objetivo de arribar a la formación de 20 grupos en la primera fase (seis meses), y posteriormente de otros 20 en su segunda fase, generando con esto un número mayor de redes de grupos saludables; sin descartar una complementación y combinación, con la prevención de la enfermedad y la atención primaria, así como también la correlación de factores psicosociales (estrés y apoyo social), y por lo tanto dar una alternativa y solución a la problemática de la violencia juvenil a través de dichos grupos.

En dicha problemática no está demás mencionar, sus características, causas y consecuencias, así como su definición, la cual se aborda en el capítulo siguiente.

* DECA-Equipo Pueblo (1996). "La Sierra de Santa Catarina" Ed. Equipo Pueblo pp.1-62- México

II. MARCO TEORICO

2.1 VIOLENCIA, JUVENTUD Y SALUD

VIOLENCIA.

La palabra violencia tiene diferentes significaciones que derivada del latín “violentia” (fuerza) se aplica principalmente en los campos de la ética, del derecho y de la psicología. Unas veces se utiliza en el sentido de fuerza física y otras en la coacción moral. En el primer caso hay una fuerza irresistible que compele al individuo o a los grupos, en el segundo hay intimidación que limita la libertad de decisión.

En el campo de la psicología se llama violencia a todo acto mediante el cual se coarta la libertad volitiva de un individuo para obligarlo a hacer o dejar de hacer algo, es la fuerza por la cual se impone o se impide a un sujeto un acto determinado. En relación con los actos humanos es considerada como una de las causas que actúan o suprimen la responsabilidad de la persona. Se considera la violencia como una fuerza que anula o limita el libre ejercicio de la voluntad y la coacción como una fuerza que actúa de un modo meramente intencional o moral.

Todo acto que afecta la integridad física o moral que altera su estado natural, situación o modo de estar. Se puede distinguir entre violencia estructural y violencia individual; la primera cuyo origen se da en la sociedad y cuya fundamentación es la organización estatal y social; la segunda se manifiesta en los individuos en forma particular, o que afecta a otra persona.

JUVENTUD.

Espacio comprendido entre la adquisición de las capacidades físicas e intelectuales y su inserción plena en la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), engloba una multiplicidad de problemáticas entre las cuales se encuentra una no menos conocida “La Violencia Juvenil”, de la cual se hará un análisis detallado con respecto a su impacto en la salud de los jóvenes, donde se describe su origen, genealogía, desarrollo, desenvolvimiento, además de cuál es la posición de los jóvenes sobre la misma.

Es factible y oportuno delimitar su campo de estudio enfocado, generalmente, en América Latina, tomando como punto de partida a México, para posteriormente referirnos con mayor precisión al Distrito Federal, ya que en éste se genera un alto índice de violencia juvenil, para posteriormente culminar de manera puntual en el estudio de los jóvenes del CETIS No. 42 de la colonia San Miguel, Teotongo, de la Delegación Iztapalapa.

No es nada fácil predecir la ontogénesis de la violencia juvenil, ya que se debe a múltiples factores, los cuales se analizarán desde la postura del sistema social y su relación con la salud.

Dentro de las teorías que abordan la violencia, podemos encontrar varias corrientes; nosotros decidimos dividir nuestro trabajo en lo que consideramos tres grandes núcleos.

- a) Teoría Interindividual
- b) Teoría Psicosocial
- c) Teoría Estructural

Teoría Interindividual.

El biologicista que lo aborda desde un punto de vista fisiológico, como es el caso de los etólogos, quienes consideran la violencia como un instinto cuya meta es conservar la vida. Aquí tomamos al máximo representante de esta corriente que es Konrad Lorenz, evolucionista que de una manera u otra justifica que la agresión, pues para él es la única forma de evolución humana. Otra corriente biologicista es la de la frustración - impotencia que propone un proceso muy mecánico y afirma que cuando una necesidad no es satisfecha, provoca frustración que a su vez provoca actos violentos. Aquí exponemos igualmente a los sustentadores de esta teoría, Dollar, Miller y Berkowitz, quien recientemente modifica esta teoría diciendo que la frustración puede ser un desencadenante de varias reacciones, entre ellas la agresividad y no exclusivamente como se pensaba anteriormente.

Teoría Psicosocial.

El segundo gran grupo es el psicologista, conjunta los elementos de la conducta individual con lo que se aprende del medio, es decir que el individuo es modificador del medio, así como el medio es modificador del individuo. Aquí incluimos a Freud y a Bandura, este último, quien postula que la conducta agresiva puede ser también imitada o copiada. Por lo que respecta a Freud aunque podría considerarse biologicista ya que habla de pulsiones, lo consideramos dentro del núcleo psicologicista pues no se queda en el plano puramente fisiológico, a pesar de que habla de la agresión, como la disposición instintiva e innata, y de la historia propia que influye en la conducta humana.

Teoría Estructural.

El tercer gran núcleo es el que consideramos más importante. Se refiere en forma significativa a la estructura socio económica de un sistema de vida que va a ser determinante para la gestación de las conductas violentas.

Obviamente que la estructura no es la única originadora de este problema, creemos que esa estructura es provocadora de insatisfacciones y por lo tanto la causante de las frustraciones de los individuos, es importante tomar en cuenta el carácter y temperamento de cada individuo (resiliencia), y el aprendizaje que ha adquirido de los agentes socializantes que conforman su personalidad.

2.1.1 MARCO PSICOSOCIAL DE LA VIOLENCIA

Al abordar las teorías biologicistas del problema de la violencia, en donde instintivamente el hombre es violento, dejamos de lado la teoría social y continuamos con un análisis individual o biologicistas que ahondan en los instintos y se limitan a observar a individuos a los que se les identifica como: “defectuosos”, “débiles”, “enfermos mentales”, “psicópatas”, “bebedores”, “antisociales”. Afirmamos que sus actitudes violentas se deben ya sea a la herencia, al abandono o falta de voluntad del individuo para afrontar sus propios problemas, apoyándose en un modelo básico que sostiene la idea de que la personalidad del hombre es autónoma y libre de sí misma para tomar sus propias decisiones y por ello responsable del fracaso por el que atraviesa. Por ello mismo reiteramos que se tratan de estudios ahistóricos en donde la concepción del hombre es totalmente descontextuada. Por lo anterior tratamos de dar un enfoque tanto psicológico como social al problema de la violencia, esto es estableciendo un marco psicosocial.

De este modo, aducimos que el sentido psicosocial de los actos violentos surgen cuando los individuos son condicionados o influidos de tal forma que sus realizaciones afectivas y mentales no son satisfechas. Así definimos a la violencia psicosocial como el producto de las tensiones existentes entre individuos o entre grupos. Se puede ver como en el hombre existe una contradicción que da lugar a la violencia.(Barreiro, 1971)

Por otra parte hablando sociológicamente, se imponen y forman al individuo una serie de necesidades a satisfacer que por lo general tienen su base en los procesos de consumo, y la insatisfacción de estas necesidades origina lo que dentro de un contexto psicológico es relativo a una frustración que puede llegar a provocar una conducta violenta.

2.1.2 EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA EN PSICOLOGIA SOCIAL

La violencia, es sin duda, uno de los temas que mayor importancia y recurrencia ha adquirido en las ciencias sociales, sin embargo, una de las grandes tareas de éstas parecen ser la de elaborar un recuento global de su espectro explicativo y/o analítico que, en el marco de sus perspectivas epistemológicas les permita evidenciar, de cara a tan singular problema, el repertorio de posibilidades que cultivan en su campo y en el de aquellas otras disciplinas con las que mantienen vecindad.

En la tradición de la psicología social se han elaborado dos términos que han llegado a constituirse en dos campos de la acción analítica: el de la agresión y el de la violencia, ambos mantienen una connotación y un tratamiento diferentes, posiblemente esto se deba a que proviene de cunas disímiles: el término agresión tuvo sus orígenes en la obra freudiana, pero su elaboración más acabada fue el conductismo, en cambio, la noción de violencia tuvo sus orígenes en la psicología de las masas de finales del siglo pasado. Esta distinción no necesariamente les deparó destinos analíticos diferentes; inscritos en tradiciones filosóficas distintas, el primer concepto refiere más a una tradición individualista, en cambio la segunda noción refiere a una de corte más colectiva. (Freud, 1970)

Hablar de psicología social y de violencia es hablar de dos amplios campos que más que merecer un tratamiento por separado exigen precisar cómo es vista desde la psicología social y desde cuál orientación se ha visto, sobre todo porque:

“Cuando estamos casi al final del siglo más sangriento en la historia de la especie humana, resulta notable lo poco que se ha progresado en el estudio de la agresión. Nuestro cuerpo de conocimientos apenas ha avanzado más allá de una teoría propuesta por Freud (1920) hace más de medio siglo. Aunque la teoría freudiana de la frustración-agresión fue refundada en el lenguaje propio de la teoría conductista del aprendizaje (Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears, 1939), los principios básicos son prácticamente los mismos que en la formulación original. Las teorías psicológicas alternativas del conocimiento instrumental, de la frustración-agresión, y del modelado no ha proporcionado grandes ideas de por qué la gente ataca, viola o mata a otros.”(Tedeschi, 1984, 127).

El presente apartado tiene como objetivos: primero, dar cuenta de los diferentes niveles de análisis que se han conjugado en psicología social en la dinámica de sus investigaciones, y segundo, instalar en cada uno de estos niveles el conjunto de modelos, teorías y aproximaciones elaboradas con la pretensión de explicar los procesos y contenidos psicosociales que tienen que ver con la violencia y la agresividad humana.

2.1.3 LOS NIVELES DE ANALISIS DE LA VIOLENCIA EN PSICOLOGIA SOCIAL.

Diversos autores se han ocupado del tema de los niveles de análisis del comportamiento social, de entre ellos, se pueden destacar los trabajos de Billig (1976), Stroebe (1979) y Doise (1983); nos serviremos del esquema propuesto por éste último autor para hacer una descripción de los niveles con que se han estudiado la violencia y la agresividad humana.

Doise distingue cuatro niveles de análisis o tipos de explicación: el primero da cuenta de los procesos intraindividuales, el segundo de los interindividuales, el tercero de los que resultan de las diferencias entre posiciones sociales (intergrupales); y el cuarto de los procesos que resultan de las ideologías y las representaciones sociales. (Doise, 1983)

2.1.4 EL NIVEL DE ANALISIS DE LOS PROCESOS INTRAINDIVIDUALES

En este nivel pueden localizarse aquellos modelos teóricos utilizados para describir la forma en que los individuos organizan su percepción, su evaluación del entorno social y su comportamiento en relación con dicho entorno sin abordar directamente la interacción entre el individuo y su entorno social, es decir, se trata de explicar aquellos mecanismos que en el nivel del individuo permiten que éste organice sus experiencias.

De entre los modelos teóricos referidos a la violencia humana que pueden ubicarse en este primer nivel tenemos básicamente los siguientes: etológico, el de las emociones, el psicoanalítico, el de la frustración-agresión y el conductista. su número indica la dirección analítica puesta en el estudio de la agresión y, por su perdurabilidad, la acreditación de la prueba del tiempo, es decir, a prevalecido el criterio de asumir al individuo como indiferenciado (reducido a un organismo) y al objeto de estímulo como diferenciado (en social o no social).

Se trata de determinar las variables que pudieran resultar del comportamiento de un individuo enfrentado a un determinado estímulo; a este tipo de estudios se les denomina taxonómicos en tanto que se limitan a una descripción psicológica de varios tipos de estímulos y a clasificarlos en base a las diferencias existentes entre ellos; su nivel de indagación es por tanto descriptivo, la unidad de análisis es el individuo y las unidades de observación son la percepción, la memoria, la motivación, el aprendizaje, la atribución, etc.; la realidad social se asume como dada y su estudio se remite a los mecanismos de interiorización.

2.1.5 LA VIOLENCIA COMO INSTINTO E IMPULSO: EL MODELO ETOLOGICO.

El funcionamiento de una persona, en cierto momento de su existencia, sólo puede ser entendido en su situación y en su historia, los psicólogos clínicos y genéticos ubican su comprensión en la historia individual, no obstante, desde la perspectiva etológica la historia entogenética debe ser incluida en el estudio del origen de la especie, su punto de partida es el que

a lo largo del desarrollo filogenético, se han desarrollado mecanismos de adaptación y de supervivencia, que la especie humana ha heredado en parte, de ahí la utilización de las nociones del instinto e impulso.

En este contexto los etólogos han intentado, desde la explicación filogenética dar cuenta de la violencia humana. El libro más elocuente al respecto es el de Lorenz (1966) sobre la violencia:

“[...] El argumento de Lorenz es el que la violencia no es tan maligna , como pudiera ser si se considera su función o ventajas para la supervivencia en los animales. Primero, incrementa la probabilidad de que los miembros más fuertes y aptos de las especies sobrevivan y se reproduzcan. Segundo, tienen la función de distribuir a los miembros de las especies en el medio disponible, de modo que cada miembro tenga la oportunidad de obtener suficientes recursos principalmente comida y agua- en muchas especies los individuos marcan y defienden su territorio específico, y los animales más grandes reclaman mayor extensión. La violencia también puede producir un tipo de orden de dominio que proporciona formas estables de interacción en los grupos de animales”.¹

De acuerdo con Lorenz, la violencia es instintiva, vale decir se trata de una conducta no aprendida y difundida en las especies, y representa la descarga de una energía agresiva que esta constantemente formándose en el individuo.

Este proceso se da especialmente en las especies que han adquirido estructuras corporales que ayudan a los miembros individuales a matar a su presa. Aunque las observaciones de Lorenz fueron únicamente de animales, es claro que su opinión también se aplica a la violencia humana.

De entre los autores que han explicado la violencia humana a partir del modelo de Lorenz esta el del "Cálculo emocional" de Blanchard y Blanchard (1984) quienes postulan la existencia de mecanismos innatos en la base de la agresión: se trata de una conexión cerebral cólera-miedo que, aunque emociones opuestas, tienen gran valor de supervivencia para el organismo, la cólera va unida al ataque ofensivo, en cambio el miedo se asocia al ataque defensivo. El primero no puede provocar la invasión territorial de un congénere pero puede ir precedido por la emoción de cólera. El segundo suele ser una respuesta a un ataque anterior y va acompañado por el miedo.

2.1.6 LA EMOCION COMO ACTIVACION DE LA VIOLENCIA.

Desde los trabajos de W. James de finales del siglo pasado se constituyó una tradición psicológica en el estudio de las emociones en donde la activación fisiológica es esencial, este interés ha resistido en lo fundamental a la crítica de Cannon (1929) y ha sido recogida por algunas tendencias relevantes de enfoque cognitivo de las emociones.

¹ O'neal, Robert, Proyecto de Investigación Interinstitucional sobre la Violencia Social en México. P.I.I.V.I.O.S., 1985, p. 245.

Con su célebre experimento Scherter y Singer (1962) intentaron validar una concepción interaccionista de la actividad emocional según la cual esta última sería la resultante de una doble determinación: fisiológica y cognitivo-social.

El modelo de Scherter y Singer, conocido como el de la " experiencia subjetiva de la emoción". sugiere que sobre la base de una excitación genérica del sistema nervioso autónomo, la situación actual proporciona los elementos cognitivos apropiados para la clasificación de los estados internos en la que reside la especificidad de la experiencia emocional. Este modelo es significativo para explicar la violencia a partir del origen de la cólera:

"[...] Supongamos que una persona experimenta activación. Si la atribuye a alguna cognición relacionada con la cólera, sentirá cólera, y ocurre de una forma sencilla: la persona es provocada, la provocación constituye el único estímulo que genera el estado de activación y, al mismo tiempo, la cognición correspondiente que sirve para interpretar y etiquetar ese estado".²

A partir de este modelo se han elaborado algunas otras aproximaciones al estudio de la violencia, por ejemplo el de Zillmann (1971) y Berkowitz (1983). El primero sugiere que comúnmente dos acontecimientos activadores ocurren en frecuencia y van separados por un tiempo breve, por lo que parte de la activación que provoca el primer acontecimiento se transfiere al segundo (el transfer), el resultado es que esa activación transferida se suma a la provocada en segundo lugar. El segundo autor propone un modelo asociativo más inspirado en la teoría de la emoción de Leventhal, así, en presencia de frustración, ataque interpersonal intencionado, dolor y/o violación de la norma, la reacción emocional es la cólera, con todas sus características expresivas y motoras, lo interesante radica en que las cogniciones asociadas constan de pensamientos y sentimientos que el sujeto tuvo en su pasado cuando sintió cólera y que la reacción emocional del presente trae ahora a colación haciendo de este un proceso asociativo.

2.1.7 LA VIOLENCIA HUMANA COMO PULSION: EL MODELO PSICOANALITICO.

Con Freud se inicia una nueva forma de comprender los problemas de la sexualidad y la importancia de la edad infantil en la formación del carácter, la angustia, etc., en donde la violencia humana es un tema latente. De entre sus planteamientos básicos (como las nociones de consciente e inconsciente) la noción de instinto o pulsiones tiene un lugar central. Según Freud, la causa última de toda actividad humana se encuentra en los instintos los cuales representan una especie de puente entre el mundo psíquico y el físico corpóreo, pues aunque se enraízan y tienen su origen en la constitución somática, son fuerzas que se manifiestan en la vida psíquica. Es posible que una de las mayores aportaciones de Freud haya sido la constatación de la gran plasticidad de los instintos humanos, la cual permite, a diferencia de los animales, que el del humano pueda cambiar fácilmente de objeto y de fin.

² Morales, J. F. y Moya, Psicología Social, editorial, Mcgrawhill, Barcelona, 1994, p. 480.

La obra de Freud que más discusión levantó entre sus seguidores fue sin duda la de sus últimos diez años en donde el maestro acostó a la sociedad en el diván y que permitió el posterior desarrollo del psicoanálisis social por ello, lo que resaltaremos es el interés puesto por el psicoanálisis por los fenómenos de masas y por tanto de la violencia y la agresión lo que significó un acercamiento a la psicología social.

Por ejemplo, en "el malestar en la cultura" (1931) Freud reafirma que las pulsiones agresivas del hombre amenazan la sociedad, por lo que esta procura controlarlas haciendo que aquél la internalice como super yo, por lo tanto, la cultura exige una represión y una sublimación de la energía del individuo la cual es desviada hacia actividades sociales.

Sin embargo el hombre no puede aceptar la fuerte renuncia que la sociedad le impone, y esto lo neurotiza. El resultado de esta investigación sobre la "enfermedad" de la civilización es, concluye Freud, que la cultura solo puede progresar al precio de aumentar el sentimiento de culpa en el hombre.

En términos genéricos, la teoría social de Freud gira en torno a dos conceptos claves: la instancia del superyo y el dualismo pulsional entre el Eros y el Tánatos. a través del superyo, la cultura ejerce una doble represión en el individuo, sobre el sexo (Eros) y sobre la violencia (Tanatos), y la hipótesis central y constante de dicha teoría es la afirmación del carácter esencialmente represivo de la sociedad y/o, lo que para el caso es lo mismo de la cultura.

La teoría del psicoanálisis es básicamente una teoría de la neurosis, es decir, una teoría relativa a unos enfermos que perciben como hostil a la sociedad. A nivel teórico podemos inferir en ella, sin forzar las cosas, dos grandes postulados relativos a lo social que es conveniente retener pues están presentes en los posteriores trabajos de sus seguidores, y específicamente, en el tratamiento de la violencia humana: el primer postulado afirma que la sociedad, la cultura o la civilización es un producto de la naturaleza humana; el segundo que la sociedad, la cultura o la civilización es represora del individuo.

2.1.8 HIPOTESIS CLASICA DE LA FRUSTRACION-AGRESION.

Fruto del interés de algunos investigadores norteamericanos por conectar el conductismo y el psicoanálisis; el conjunto de trabajos elaborados para tal propósito tienen un significado teórico y un común denominador: el intento por reducir algunos conceptos psicoanalíticos a los principios del aprendizaje o, si se requiere el intento de completar el conductismo integrado en él tales conceptos. Sus autores se centraron en un tema que relacionaba un fenómeno psicoanalítico y otro conductual, como lo muestra el título del libro que recogió aquellos trabajos: *Frustration and aggression* (Dollard, et al.), 1939), que aun hoy es la obra más famosa sobre esa temática.

La relación entre ambos conceptos es incoherente, sólo a primera vista pues las dos tendencias teóricas de referencia tienen un común, por un lado, el que basan su explicación de la conducta en la reducción del impulso o tensión, y por otro lado el que otorgan gran importancia al aprendizaje temprano o socialización infantil. Los presupuestos centrales de la teoría son:

"[...]que la frustración entendida como una interferencia que impide la ejecución, en el momento adecuado, de una respuesta de acercamiento al objetivo en una secuencia de conducta- (1939: 7), conduce siempre a alguna forma intencionada de violencia, directa o desplazada, física o verbal; y viceversa que la violencia siempre exige la existencia previa de una frustración."³

El desarrollo y las puntualizaciones posteriores no han modificado en mucho los planteamientos originales de este modelo. Algunos autores como Berkowitz, defendió el modelo ante el sinnúmero de críticas de que fue objeto, pero se alejó tanto de los planteamientos originales que se puede asegurar que su último trabajo (1983) tiene que ver muy poco con aquellos. No obstante el modelo de Dollard y colaboradores sigue siendo una referencia necesaria y útil en la investigación experimental del tema.

2.1.9 DEFINICION CONDUCTISTA DE AGRESION

En la definición conductista de agresión prevalece el criterio del daño infligido, es decir, cualquier conducta cuyo efecto sea un daño a otro organismo vivo es un caso de agresión; así se podía discriminar entre conductas agresivas y no agresivas, sin embargo, esto planteaba problemas tales como incluir un conjunto de conductas como agresivas cuando intuitivamente parecían no ser las y no incluir otras que, a juicio de todos deberían incluirse (Buss 1961)

2.1.10 LA AGRESION COMO HABILIDAD: EL MODELO DE BANDURA

La teoría más fuerte en el campo del aprendizaje social es la de Albert Bandura, en la década de los cincuenta, junto con el alumno de doctorado Walters, inicia sus investigaciones sobre la violencia y el aprendizaje.

Inicialmente, su teoría es una reacción a la de Miller y Dollard y en general a todos los trabajos que le anteceden relativos al aprendizaje social ya que se basan en el aprendizaje animal y en el aprendizaje humano pero en situaciones no propiamente sociales. Bandura criticó a Miller y Dollard por no estudiar verdaderamente la imitación humana, sino conductas meramente miméticas; también les criticó su concepción de la frustración y la violencia, lo que constituye el punto de partida de su teoría.

³ Munné, F., *Entre el Individuo y la Sociedad*, Editorial, PPU, Barcelona, 1989, p. 118.

Bandura demuestra que la frustración, entendida como la demora de esfuerzos, no es un requisito previo a la conducta violenta ya que esta puede ser provocada fácilmente en un niño haciendo que este observe a un sujeto que se comporte violentamente, sobre todo si éste es intermitentemente recompensado, pues los programas intermitentes provocan más violencia que los continuos y los programas variables más que los programas fijos.

Según Bandura, ver película incluso de dibujos animados con temas violentos, pueden producir tanta violencia como la observación directa de esta. El efecto de la frustración parece que consiste únicamente en fortalecer la respuesta aumentando la intensidad de la violencia.

Por otro lado, contra la interpretación de Dollard y Miller de que el desplazamiento de la violencia se produce según la semejanza de estímulos, Bandura y Walters sostienen que la educación recibida produce mucho mejor el objeto de la violencia desplazada, por ejemplo, aprendemos cuando podemos agredir sin peligro.

Pero al igual que aquellos Bandura pone a la imitación como fenómeno clave del aprendizaje social pero entendiendo por imitación el aprendizaje de una conducta por la simple observación de la misma en otro sujeto.

El valor de la observación lo advierte al verificar la hipótesis de los que llama el aprendizaje incidental: descubre que al ejecutar la tarea experimental los sujetos no sólo aprenden ésta sino ciertos aspectos de la conducta del experimentado a pesar de que son totalmente irrelevantes para la ejecución de la tarea, por lo que Bandura va a concluir que en el ser humano toda la conducta es específicamente aprendida, y además de que puede reaprenderse, lo que significa que tanto la conducta como la personalidad no tienen rasgos necesariamente permanente.

El aprendizaje por observación es importante en este modelo pues si tan sólo fuera posible conocer a través de nuestra conducta, el desarrollo cognitivo y social de cada individuo sufriría un grave retraso, y afortunadamente la información que nos llega de los demás al observarlos sirve también para guiar nuestras acciones.

La persona a la que observamos constituye de este modo un modelo de conducta para nosotros. Así, como la simple observación de modelos nos proporciona conocimientos que podemos aplicar a otras situaciones así como criterios de evaluación y habilidades cognitivas; por tales razones, Bandura sustituyó el concepto imitación por otro más amplio: el de modelado de la conducta.

Con estos postulados Bandura puso de manifiesto que los niños aprenden la violencia de los adultos o de otros niños a través de la observación y la imitación. No es necesario que el niño ponga inmediatamente en práctica la conducta violenta observada para que se produzca el aprendizaje de la violencia. La razón es que las imágenes de la conducta del modelo se archiva en la memoria del observador. Posteriormente, cuando se produce la situación oportuna serán recuperadas para la realización del acto violento.

" [...] Otra prueba del carácter aprendido de la violencia la proporciona el hecho de que la violencia aprendida a través de la observación solo se pone en práctica si las consecuencias de la conducta del modelo y/o del observador son las adecuadas. En concreto si el modelo es castigado por su conducta violenta, el observador sentirá temor a agredir aunque haya aprendido correctamente la conducta. Incluso en aquellos casos en que no siente temor, es imposible que realice la violencia si no tiene un incentivo adecuado. Una de las conclusiones de los estudios de Bandura es que las respuestas violentas que se aprenden por imitación acaban por extinguirse y desaparecer si no son recompensadas."⁴

2.1.11 TIPOLOGIA DE LA VIOLENCIA

La Violencia Manifiesta.- Se caracteriza como la forma más severa y directa de agresión, es utilizada tanto por personas en sentido individual como por los grupos. Comprenden desde daños somáticos hasta inclusive la muerte. Son traducidos en delitos que afectan la vida y la integridad corporal. Dentro de una clasificación específica se incluye cualquier acción física brusca tales como golpes, riñas y homicidios, así como amenazas, estafa y violación.

La Violencia Individual.- Es un ataque a la integridad somática o una privación a la salud así como cualquier acto que afecta la honestidad y el patrimonio del individuo, se origina cuando la persona comete acciones violentas por demencia o apasionamiento, esto es, se deben a condiciones que orillan al individuo a actuar violentamente, a herir; se relaciona directamente a logros personales como éxito, afán de dominio, fama, riqueza; por ello cualquier interferencia que se antepone a dichos logros es vista como un ataque al bienestar personal, por tanto, origina una conducta violenta.

La Respuesta Violenta.- son todos los actos de uno o más individuos que van dirigidos a otro grupo, causando malestar. Tienen origen cuando las personas no cuentan con los medios económicos y sociales para cubrir sus necesidades, esto es como respuesta un impedimento de ver satisfechas al menos las cuestiones básicas, es el tipo de violencia producto del convivir y su tipo de respuestas pueden considerarse a todos los actos grupales que de alguna manera hacen manifiesta la inconformidad con lo establecido, actos que van desde marchas, huelgas, manifestaciones, hasta ataque colectivos en contra de un régimen político como serían las revueltas.

La Violencia Estructural.- En toda sociedad existen signos de constantes cambios que se deben fundamentalmente a una diferencia de la distribución de recursos, a la división del trabajo y a la muy desigual participación de los distintos grupos incluyendo una notable diferencia entre jóvenes y personas adultas. Por ello, dentro del aspecto social tenemos que analizar el hecho que sostiene que a lo largo de la historia la violencia ha estado presente en toda sociedad industrial. Sin olvidar que hay violencia no solo porque se rechaza un orden social dado, sino porque existen quienes desean mantener este sistema.

⁴ Morales, J. F. y Moya, Op. Cit, p. 468-469.

La Violencia Compulsiva.- Nuestro cuerpo esta programado genéticamente para ella. es la que compartimos con los animales: un impulso instintivo de atacar cuando nuestra supervivencia esta en peligro.

La violencia humana.- Exclusiva según Fromm, de las personas no tiene base genérica y su única finalidad es sentir satisfacción. A este tipo de violencia se debe la mayoría de los actos criminales y vandálicos que se producen.

2.1.12 AGENTES SOCIALIZANTES

La violencia que observamos en individuos y grupos en consecuencia del convivir social, es interesante conocer que el estado cuenta con toda una estructura que va formando en los individuos una serie de valores y sistemas de vida que le determinan una conducta, esta función es precisamente de los agentes socializantes.

Por esta razón, presentamos a continuación a los principales agentes socializantes que conforman una manera de sentir y pensar en los individuos de una sociedad, que al producir necesidades y por tanto demandas a estas, llegan a convertirse en exigencias violentas.

Entendemos por socialización al proceso por medio del cual el individuo se apropia de los valores y símbolos característicos de un sistema sociocultural, por el que se conforma como miembro de la sociedad. Este proceso se realiza integrándose a un grupo, en donde las relaciones interpersonales integran un sistema de normas, valores y símbolos.

Por ello el hecho de que la violencia no se dé del mismo modo en todos los individuos, es debido a la influencia de los procesos de socialización e integración bajo los cuales se va introduciendo una ideología.

La integración es controlada socialmente, internalizando normas con la que los individuos se familiarizan, ya que los sujetos que no lo están son rechazados y excluidos de la acción social.

Dentro de los diferentes estratos sociales, existen algunos en donde se observan un mayor número de actos violentos, esto es comprensible si pensamos en las dificultades por las cuales ciertos sectores encuentran para integrarse a la sociedad bajo condiciones de miseria y con menos posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas

Otra dificultad gira en torno al proceso de socialización, en donde son marginados. Los procesos de socialización e integración están estrechamente relacionados, encontrando su base en ciertas formas institucionalizadas, que se encuentran ocultas entre los hombres y que vienen a constituir lo que son los agentes socializantes.

Estos agentes socializantes surgen cuando políticamente, se desarrolla un conjunto específico de orientaciones para normar la conducta de los individuos, tales orientaciones se forman de diversos componentes:

- A) Orientaciones Cognitivas: inteligencia y habilidad.
- B) Orientaciones Afectivas: sentimientos, compromiso y rechazo.
- C) Orientaciones Evolutivas: juicios y opiniones que por lo general suponen varios criterios de evolución de los acontecimientos psicosociales.

A continuación mencionamos algunos de los más importantes agentes socializantes:

La Escuela:

Es sin duda una de las formas de integración y socialización más poderosa e influyente, ya que recibe a los niños y jóvenes de todas las edades y de todos los estratos sociales, es en ella donde se internalizan las acciones más prácticas para contribuir a la sustentación del sistema, constituyéndose como un filtro que solo permitirá ascender hasta el extremo más alto de cultura a una pequeña minoría.

La Familia:

Es considerada como una fábrica de actitudes psíquicas socialmente deseadas. En este sentido la familia viene a reforzar la postura social y capitalista de competencia e individualismo.

La familia es el principal mecanismo de control. Los padres tienen que enseñar a sus hijos aquellos que es inaceptable: el crimen, el robo, las agresiones sexuales, etc., en cambio en el sistema educativo y en los patrones de conducta, los niños van demasiado pronto a la escuela y los padres tienen poco tiempo para estar con ellos, por lo que parte de la educación que siempre había dependido de la familia ha desaparecido.

Los medios de Comunicación:

Son las técnicas más avanzadas y novedosas más funcionales para la ideología, pues constituyen una parte integradora muy importante en sentido subliminal, poseen la particularidad de transmitir objetos no materiales tales como ideas, mensajes e imágenes. Son además los principales creadores y sustentadores de necesidades falsas; haciéndonos creer en las mismas, cuando en realidad su función es agrandar las ganancias del mercado capitalista que choca con las escasas condiciones económicas con la que cuenta la mayoría de los individuos para adquirir las mercancías.

Los agentes socializantes antes aludidos conllevan a consecuencias negativas, que generan de alguna u otra manera procesos violentos tomando en cuenta, que los jóvenes son un estadio, por tanto se repiten continuamente modelos de aprendizaje contenidos dentro del mismo proceso de socialización.

Juventud y Violencia:

Al tratar de hablar de juventud, nos detenemos a reflexionar, teniendo en cuenta que existen varios puntos de vista legítimos para definir la juventud, como también una gran variedad de grupos juveniles.

La juventud siempre ha sido definida por sí misma, como un determinado rango de edades o como una etapa de desarrollo individual que se inicia con la madures sexual. Sin embargo, para comprenderla socialmente, es necesario buscar el desarrollo histórico de la sociedad, las condiciones que permiten su nacimiento como un fenómeno social, es decir, masivo; ya que la juventud es el resultado de un proceso y ninguna explicación puede darse al margen de sus fases de formación.

La juventud se manifiesta como fenómeno de importancia social en la medida en que el desarrollo económico, político y social adquiere mayor grado de evolución. Las transformaciones que se manifiestan en las sociedades modernas hacen que se desarrolle un conjunto de instituciones que producen el significado actual de la juventud, por medio de definir, sancionar, controlar, educar y ejercer múltiples acciones sobre los jóvenes generando así una serie de relaciones sociales que se denominan juventud.

La juventud surge en la medida en que el desarrollo histórico alcanza un grado de complejidad tal, que exige un período cada vez más largo de preparación a la vida productiva y social. Este lapso existe entre la formación y la incorporación, es lo que produce juventud como un fenómeno social masivo.

Son cuatro los factores que determinan la incorporación del joven a la sociedad, a saber:

- 1.- El establecimiento de relaciones interpersonales que posibiliten la reproducción y la cría.
- 2.- La ocupación estable de un puesto bien remunerado en el sistema productivo.
- 3.- El dominio de un asentamiento personal que se utiliza como domicilio autónomo.
- 4.- La participación plena (derechos y deberes) en la toma de decisiones de interés público.

Violencia y Juventud:

La violencia es siempre un medio y mientras lo es, carece de posibilidades objetivas, calificativas, no puede juzgarse prioritariamente si es buena o mala en sí. A escala social la violencia modifica, transforma e impide el desarrollo integral de la sociedad. Es en consecuencia resultado de condiciones en detrimento de la salud.

Los contravalores generados por la violencia se expresan en las características del dominio personal, colectivo y social. Así también el marco de la violencia es el marco de la presión. El reflejo social de la inconformidad es manifiesto y rápido en cuanto a la contribución que prestan los medios de transmisión o comunicación.

La imagen receptiva que los jóvenes adquieren del derecho no compartido, funciona en una etapa inicial como mecanismo de insatisfacción, la cual modifica su actitud y la remite a diversas y a veces encontradas vías de acción, puesto que quienes se apegan a los patrones normativos establecidos, algunas veces fracasan y se frustran y aquellos que los descartan desde el principio se convierten en agentes de rechazo, primero y de cambio después (desviados).

Proponer a los jóvenes como agentes de cambio social no es tarea nueva constituye una nueva premisa de todas las sociedades que han padecido renovación, o afrontado el dilema de no actualizarse. Se trata de que se participe consciente y racionalmente, es decir, dentro de una planificación social, en la que los jóvenes ocupen su puesto; y sobre todo el derecho universal a la salud.

Los jóvenes no sólo son susceptibles al cambio, sino que ellos introducen innovaciones, no obstante también hay que decirlo son permeables a retención histórica, sensibles a los valores tradicionales, en cuyo caso pueden desviarse de las intenciones más costosas de la humanidad.

Dentro del marco de la violencia juvenil se mantiene una estrecha relación, directa y recíproca con respecto al marco de la salud, por lo cual se hace referencia a sus principios fundamentales.

2.2 PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD COMUNITARIA.

Para introducirnos en el rubro de la salud, es menester aducir primordialmente su definición, así como también su origen y desarrollo para comprender su estudio y su aplicación.

La salud ha sido definida por la OMS “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades.”⁵

Sin embargo, como era de esperarse, esta descripción idealista e integradora ha sido considerada a veces como inalcanzable y en gran parte inaplicable para la vida de la mayoría de las personas. En el contexto de la promoción de la salud, se considera esta no tanto como un estado abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente. Desde esta perspectiva la salud se considera como un recurso de la vida diaria pero no como el objeto de la vida; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas.

Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda y la alimentación. La mejora de la salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en estos aspectos fundamentales, pero supone también disponer de información y habilidades personales; requiere así mismo un entorno que promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades; se necesitan, finalmente, condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico social y físico. Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituyó la base para una concepción socio-ecológica de la salud, que es a su vez esencial para el concepto de promoción de la salud.

Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción de los individuos y su entorno a sí como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes

En este contexto destaca a sí mismo el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud, así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en que tienen lugar.

2.2.1 ENFOQUES PSICOLOGICOS DE SALUD.

Para abordar el tema de salud, es menester, hacer referencia primordialmente a la definición de psicología social, para posteriormente continuar con los distintos enfoques psicológicos en salud como son: la psicología de la salud, psicología social de la salud, y psicología comunitaria de la salud.

⁵ Nutbeam, Don (1996). “Glosario de promoción de la salud”. En Promoción de la salud: Una Antología. Ed. OPS-México. Pág. 384

PSICOLOGÍA SOCIAL

La Psicología Social es la disciplina que estudia las relaciones entre sociedad e individuo, esta no es un sustituto para la Sociología o la Psicología, sino que representa un enfoque nuevo de la Psicología en lo que tiene de social y de la Sociología lo que tiene de psicológico, en su sentido estricto relaciona la Psicología General con las Ciencias Sociales y utiliza los conocimientos de otros sectores de la Psicología del Desarrollo y también de otras corrientes de información como son: la Psicopatología Diferencial, La Psicología Experimental, la Psicología comparada y la Psicología Anormal.

La teoría en psicología Social, creación de un esfuerzo colectivo, es un intento de procurar principios que expliquen la conducta de las personalidades en una situación social. Las explicaciones científicas de un fenómeno pueden efectuarse: en términos de los factores que operen en el momento de tener lugar en el fenómeno y en términos de los procesos que intervienen en la primitiva historia de tal fenómeno.

A la psicología social le interesan estudios como: actitudes, percepción y atracción interpersonal, resolución de conflictos, o conformismo, agresión, comportamientos de ayuda, y dentro de las nuevas áreas de estudio le interesan el prejuicio.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Comenzaremos dando dos definiciones acerca de este tema, para después mencionar sus antecedentes, áreas, teorías, perspectivas, métodos y categorías.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: Es el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas. (Fernández, Alonso 1978).

PSICOLOGÍA DE LA SALUD es el campo dentro de la psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando ésta enferma. (Taylor 1986).

El origen de la Psicología de la salud se remonta a los años setenta, en el año de 1978 la Organización Mundial de la salud (OMS), celebró la Conferencia internacional sobre la atención primaria de la salud en Alma Ata, en ella se promulgó la carta magna mediante la que se pretendía coordinar las estrategias que se desarrollarán en el campo de la Salud en todos los países del mundo, el detonante de ello era "la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del orbe (OMS, 1978, pág. 2).

La Psicología de la salud desde los años setenta ha tenido un desarrollo vertiginoso tanto en el campo académico, de investigación y profesional, como toda nueva área y en particular una que se ha desarrollado con tanta rapidez y que en la actualidad ha madurado como disciplina.

Las áreas de aplicación según Taylor (1986) son: El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud, también estudia los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, enfocan su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.

Otro aspecto por el que se interesan es el impacto de instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Lo más importante de esta disciplina aplicada son sus perspectivas de futuro que están relacionadas con la idea de salud comunitaria, el auge de la prevención primaria y la promoción de la salud. (Harris 1980), propone:

- Servicios preventivos de salud: control de la presión sanguínea, planificación familiar, salud prenatal e infantil, inmunización, enfermedades de transmisión sexual.
- Protección de la salud: Control de los agentes tóxicos, seguridad y salud laboral, prevención de accidentes y control de lesiones, fluorización y salud dental, evaluación y control de las enfermedades infecciosas.
- Promoción de la Salud: el fumar y la salud, abuso del alcohol y drogas, nutrición, buena salud física y ejercicio, control de estrés y las conductas violentas.

En lo que toca a la teoría referirse a la psicología de la salud, se mencionaran algunas de las más importantes.

La teoría del Aprendizaje Social postula que la conducta está en función de las expectativas de refuerzo en una situación concreta, dentro de ésta se incluye la dimensión de locus de control. Wallston y Wellis (1978) desarrollaron un instrumento referente a esta dimensión, llamado la escala de locus de control para la salud, la cual mide tres factores (Locus de control interno para la salud, Locus de control externo y el locus de control debido al azar).

La teoría del control de la Compuerta de percepción del Dolor, propone que la percepción del dolor está controlada por un círculo neutral, la concepción que subyace a este circuito es la de que las señales que producen la percepción del dolor deben pasar a través del sistema de control de puerta antes de transmitirse al cerebro, las señales son de dos clases de fibras, una es de diámetro pequeño (p) y otras de diámetro grande (g). (Melzack y Wall, 1985)

La teoría de la Comunicación e Interacción Humana se desarrolló por el llamado grupo “palo alto” formado alrededor del antropólogo G. Bateson, y compuesto por J. Haley, Weaklan, W, Fry, a los que se unieron Don Jackson y Watzlawick, y consiste:

La comunicación es un proceso de transmisión de la información que implica la existencia de: emisor, canal de transmisión, contenido concreto y receptor. Existen dos tipos de comunicación, la verbal y la no verbal.

La teoría del doble Vínculo, desarrollada por Batesón en 1972, se refiere al hecho de que en un mensaje aparecen más de un nivel de comunicación, que son incongruentes entre sí, es una forma de comunicación en la que existen dos mensajes afirmativos, que se descalifican uno al otro; o sea, lo que a un nivel del mensaje se afirma, el otro lo niega.

A continuación mencionaremos algunos de los métodos que se aplican dentro de la psicología de la salud, como es el del Modelamiento que refiere a una delimitación de la respuesta final deseada, que se identifique una primera aproximación y que a continuación se facilite, la realización de aproximaciones sucesivas que serán inmediatamente reforzadas, se debe además presentar directrices y en ciertos casos proporcionar las ayudas necesarias para facilitar la conducta deseada.

El siguiente método es el de condicionamiento encubierto, Cautela en 1967 introdujo este método para la modificación de conductas denominadas sensibilización encubierta, que ha servido de punto de partida para la elaboración de varias técnicas parecida, agrupadas bajo el nombre de condicionamiento encubierto basadas esencialmente en las imágenes mentales.

Los métodos de evaluación según Penzo en 1989, consisten en una evaluación subjetiva que esta conformada por un autoinforme y un autoregistro, una evaluación subjetiva formada por observación directa y una observación indirecta y los métodos de comprensión se utilizan tres distintos, el primero es el del autoinforme del propio paciente de aquellas cuestiones que ha comprendido o no, el segundo se basa en el juicio de experto que entrevistan al paciente y por último, el tercero utiliza un test de evaluación de comportamiento o cuasicomportamientos, en el cuál se evalúa la capacidad del paciente para poner en práctica las prescripciones asociadas con su enfermedad. (Ley, 1988).

Según Ley, en 1988, el método del recuerdo se utilizan diversos para evaluar al recuerdo, algunos de estos son: el recuerdo libre, indicado, probado y escrito.

Así como hay una gran variedad de métodos dentro de este, al igual pasa con las técnicas, a continuación se mencionaran algunas las cuáles se utilizan como tratamientos y alternativas para todos los trastornos y las diversas enfermedades crónicas y terminales.

Una de las técnicas que se usan son las de Relajación que se divide en:

1. Relajación Completa, que esta basada en la estrategia de relajación muscular progresiva, iniciada por Jacobson (1974), y ampliamente utilizada en psicoterapia conductual.
2. Entrenamiento autógeno, fue desarrollado por Shultz y Luthe, 1969, es un método para superar el estrés y la ansiedad, concentrándose de las distintas partes del cuerpo, se conoce como concentración pasiva y es muy parecida a la autohipnosis y autosugestión.
3. Meditación, es un tipo de autodisciplina que sirve para reducir el estrés, que aumenta la efectividad en fijar y conseguir un objetivo y en mejorar la autoestima de cada uno.
4. Imaginación, es aprender a meditar y visualizar imágenes dirigidas utilizando poderes intuitivos e imaginativos de la mente en la reducción al estrés. (Emil, Cou, finales del siglo pasado).
5. Hipnosis, es una manera de distracción con respecto aun tratamiento.
6. Biofeedback, es un método para obtener autocontrol de los procesos orgánicos, se utiliza para tratar diversos problemas de salud.

Dentro de las categorías más importantes de la psicología de la Salud se encuentran el estrés, la personalidad, el apoyo social. Dentro de estos elementos nada más se abordara la personalidad, ya que, tanto el estrés como el apoyo social se verán en los capítulos siguientes.

La personalidad es un sistema vivo definido por un conjunto de mecanismos, formaciones, subsistemas, funciones que organizadas e diferentes niveles, en distintos individuos representa un conjunto de alternativas simultáneas que comprometidas con dichos recursos psicológicos, están en la base de los más diversos comportamientos humanos.

Las formas esenciales de integración de los contenidos psicológicos son las unidades psicológicas primarias, las formaciones psicológicas y las síntesis reguladoras.

Los indicadores funcionales son, la rigidez-flexibilidad, la estructuración temporal de un contenido psicológico, la mediatización de las operaciones en las funciones reguladores de la personalidad, la capacidad de estructurar el campo de acción, estructuración consciente activa de la función reguladora de la personalidad, los indicadores patológicos de la regulación de la personalidad son el determinismo externo, ser aceptado por los demás y se dividen en sujetos impulsivos, bajo control emocional, sujetos con autovaloración inadecuada y sujetos con pobres recursos personológicos.

PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

Tras de habernos referido tanto a la Psicología social como a la Psicología de la salud, ahora toca hacer un complemento de estas dos y es por eso que en este apartado tocaremos a la Psicología Social de la salud, de igual manera que las dos anteriores las analizaremos brevemente.

En 1948, en el congreso de Constitución de la organización Mundial de la salud, se definía a la Salud como el “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no a la mera ausencia de enfermedad”, de esta forma la salud se entiende hoy como el nivel más alto de bienestar físico, psicológico y social y de capacidad funcional que permitirán los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad (Salleras, 1985), lo relevante de este nuevo concepto de salud es la aceptación de que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar.

Los aspectos más significativos dentro del marco de un paradigma Holista o integral son:

- La salud no es solo ausencia de enfermedad, si no un proceso por el cuál el hombre desarrolla sus capacidades actuales, tendiendo a su autorrealización.
- El concepto de salud es dinámico y cambiante, el cual varía de acuerdo a las condiciones históricas, culturales y sociales.
- La salud es un derecho de la persona y una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad.
- La promoción de la salud es una tarea interdisciplinar que exige la coordinación de las aportaciones de científicos.
- La salud es un problema social y un problema político., cuya solución para por la participación activa y solidaria de la comunidad.

Todo lo expuesto implica directamente a la psicología social en las cuestiones de salud en lo referente a temas que son relevantes en el desarrollo de técnicas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y conductas saludables.

La psicología Social de la salud es constituida por la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología social a la comprensión de tales problemas y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco, la esencia de la aportación psicosocial es el análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad.

Los campos de estudio de la psicología social de la salud son:

La Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: la prevención es un concepto relacionado con la enfermedad y la promoción se lleva a cabo mediante la educación sanitaria, que representa una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus

comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar individual o colectivamente las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven.

El Proceso de Enfermedad, la psicología social contribuye en este campo estudiando la percepción de los síntomas por parte de los pacientes. La construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura.

La Conducta de Enfermedad, se hace una distinción entre conducta de enfermedad esta se refiere a las acciones que las personas realizan cuando creen que están experimentando síntomas de enfermedad y enfermedad implica una patología documentada.

Relaciones entre el Profesional de Salud y el Enfermo, toda relación terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal, desde este punto de partida, la investigación psicosocial sobre la conformidad y obediencia a la autoridad y los modelos de las bases de poder social han ayudado también a la comprensión del incumplimiento de la prescripción y regímenes terapéuticos por parte de los enfermos.

Mejora del sistema de Cuidado de Salud Política Sanitaria, para mejorar la calidad asistencial, la psicología social aporta su arsenal metodológico y conceptual para el análisis y modificación de las actitudes de la población y de los profesionales sanitarios, respecto a los servicios de salud, en segundo lugar ofrece el estudio de como los mecanismos de influencia social, junto con el sistema socio-cultural, inciden en los estilos de vida (conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona o de una forma más simple, como la forma de vivir) y en el uso de los servicios sanitarios.

La psicología social aporta técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y programas de manejo de estrés para el personal de salud, técnicas de coordinación y funcionamiento del equipo sanitario y técnicas de organización y aprovechamiento de recursos, participa en el estudio de necesidades de la población con el fin de establecer prioridades y de integrarlas con las políticas de salud, asimismo colabora en la implantación de los programas propuestos, y en su difusión a través de los medios de comunicación social, finalmente otros de sus focos de interés lo constituye el estudio del impacto de las nuevas tecnologías tanto en el nivel de salud como en su cuidado.

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Como se mencionó al principio de este capítulo, la segunda parte de éste trata sobre la Psicología Comunitaria ya que es una parte complementaria en esta investigación ya que esta muestra cuáles son los elementos más importantes en una comunidad y la importancia que tiene que el trabajar dentro de las comunidades. En la primera parte, en la segunda veremos acerca de la Intervención Psicosocial porque es el complemento de la investigación en la Comunidad.

La Psicología Comunitaria se entiende según Montero en 1982, como la rama de la psicología cuyo objeto es estudiar los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos puedan ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en las estructuras sociales, en suma el factor primordial en esta labor es generar el “cambio social”, mediante su agente de transformación que es la “comunidad”.

En México, el trabajo psicosocial Comunitario se desarrolla en forma de prácticas promocionales organizadas por organismos oficiales, organizaciones no gubernamentales y sobre todo por instituciones de educación superior, en el papel de que dentro de la Universidad se ve arraigado un fuerte asistencialismo y prestación de servicios haciendo de las comunidades un sujeto pasivo.

Los modelos que han contribuido al crecimiento al marco teórico de la psicología comunitaria son los siguientes:

Modelo de Estrés Psicosocial de Dohrenwend (Bárbara Dohrenwend, 1978), este modelo permite ver la diferenciación de las actividades correspondientes a la psicología clínica, la salud mental comunitaria y la psicología comunitaria, aunque su labor va más encaminada a los problemas de salud mental.

La teoría de Potenciación (Empowerment), Rappaport, 1977, este autor expone tres componentes en esta disciplina que son; la acción política, la ciencia social y el desarrollo de los recursos humanos e utiliza un termino conocido como potenciación que se refiere al mecanismo por el cual las personas y las organizaciones obtienen control y dominio sobre sus vidas, para él la potenciación debe ser la teoría guía para el psicólogo comunitario.

Modelo socio-comunitario, propone la integración de diferentes perspectiva, ecológica, cambio social, además de la incorporación de contribuciones hechas por otras ciencias sociales y un especial interés por la participación comunitaria y por los servicios de ayuda no profesional.

Este modelo ese presenta como un modelo de acción-investigación denominado “intervención en la investigación”, en donde el profesional actúa como un agente de cambio social y cuya solución implica: proporcionar información y promover actitudes y opiniones, ofrecer los servicios de ayuda que se requieran para soluciones de los participantes, explicar a los individuos el objetivo de la investigación, y planificar los programas.

Modelo de Investigación Acción-Participativa en el trabajo socio-comunitario, este surge según Saguinetti a finales de setenta en América latina como crítica a las teorías del desarrollo y de la modernización y al mismo tiempo como reacción a las ciencias sociales tradicionales.

2.2.2 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SALUD.

La salud se aboca a tres principios fundamentales para su aplicación, los cuales son:

- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad.
- Atención primaria.

2.2.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer mayor control sobre los determinantes de la salud y, de este modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir.

La promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con su entorno y que, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. La promoción de la salud, como principio, abarca a toda población en el contexto de su vida cotidiana; para ello es fundamental que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud.

Por esta razón la promoción de la salud implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno con vistas a asegurar que el entorno global promueva la salud. De forma más concreta, la promoción de la salud constituye una nueva estrategia dentro de un campo de la salud y el ámbito social.

Esta estrategia se puede considerar por un lado política, en tanto que está dirigida hacia la elaboración de planes de actuación concretos, y por el otro como un enfoque que promueve la salud y está orientada hacia los estilos de vida.

Así pues, la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de habilidades personales y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan la salud si no que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar tanto aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables como para modificar aquellos otros factores que impiden ponerlos en practica. Dicha estrategia se ha resumido en la frase: “Conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir”.⁶

⁶ Nutbeam, Don (1996). *Ibid.*, pág. 384,385

La promoción de la salud ha sido sintetizada a través de los siguientes principios generales de actuación: la promoción de la salud implica trabajar con la gente, no sobre ella; empieza y acaba en la comunidad local; está encaminada hacia las causas de la salud tanto a las inmediatas como a las subyacentes; justiprecia tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente; subraya las dimensiones positivas de la salud y afecta y debería involucrar, por tanto, a todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente.

2.2.4 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El término prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar a las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyen la susceptibilidad. La prevención de la enfermedad puede incluir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad una vez establecida.

En este caso se hace una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria. La prevención primaria pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria pretende detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detención precoz y el tratamiento adecuado, o reducir la frecuencia de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas, por ejemplo mediante medidas de rehabilitación o cirugía reparadora. Cuando el comportamiento personal está relacionado con la prevención de la enfermedad, la educación para la salud puede ser una estrategia efectiva para modificar dicho comportamiento.

La prevención de la enfermedad es fundamentalmente una actividad del campo médico destinada a los individuos o los grupos de riesgo. Su objetivo es mantener el estado de salud. No conlleva a una visión positiva de hacer progresar el estado de salud, sino lo que pretende es mantener el *status quo*. En cambio, el punto de partida de la promoción de la salud es el conjunto de la población en el ámbito de su vida diaria, y no grupos o individuos determinados. Su meta es potenciar al máximo la salud. “En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias”.⁷

2.2.5 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Todos los miembros de la comunidad deberían tener acceso a la atención primaria de salud y todos deberían participar en ella.

⁷ Nutbeam, Don (1996). *Ibid.*, pág 386

Además del sector sanitario, deben estar implicados también otros relacionados con la salud. Una de las actividades que necesariamente debe incluir la atención primaria de salud es la educación para la salud de los individuos y del conjunto de la población. Esta educación debe de aclarar las dimensiones y la naturaleza de los problemas de salud prevalentes en esa población e indicar los métodos para prevenir y controlar estos problemas.

También se consideran actividades esenciales de atención primaria de salud: promover la disponibilidad de suministros suficientes de alimentos y una nutrición apropiada; asegurar un abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; prestar atención de salud materno-infantil, incluida la planificación familiar, vacunar contra las principales infecciones y enfermedades y facilitar el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes, así como suministrar los medicamentos esenciales.

La atención primaria de salud está estrechamente vinculada con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El contacto diario del personal de atención primaria con las personas de su comunidad brinda enormes posibilidades de acción para la promoción de la salud, tanto la planificada como la espontánea.

El personal de atención primaria al actuar como defensor y promotor de la salud, está en una situación muy buena para influir en la formulación de políticas sanitarias que afectan a la salud de la comunidad a la que sirve.

Los mecanismos antes citados mantienen una vinculación implícita con las variables psicosociales que se describen a continuación.

2.3 VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Son todos aquellos componentes del fenómeno o hecho psicológico que resultan de la interacción, de los individuos entre sí, el individuo con sus grupos y del individuo con sus instituciones.(Cárdenas, Víctor, 1998). Ejemplo: categorización, identidad, socialización, etcétera.

Existen infinidad de variables psicosociales con relación a la salud, a continuación mencionaremos los de mayor relevancia.

- * Calidad de vida (condición de vida).
- * Estilos de vida.
- * Habilidades sociales.
- * Personalidad.
- * Estrés.
- * Apoyo social.

Nota:

Dentro de las variables psicosociales se hace alusión de manera amplia y detallada, al estrés y al apoyo social, con los cuales se llevo a cabo la aplicación del análisis de trabajo.

2.3.1 CALIDAD DE VIDA

Es la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.

Nota: el término calidad de vida ha llegado a ser de uso común en el mundo desarrollado, que tiene holgadamente las necesidades materiales básicas. Las personas son cada vez más conscientes de la posibilidad de satisfacer las necesidades individuales y sociales, y buscan una calidad de la existencia por encima de la mera supervivencia.

2.3.2 CONDICIONES DE VIDA.

Se refieren al nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona.

Nota: las diferencias en las condiciones de vida reflejan por lo general, un amplio margen de desigualdades entre diferentes grupos socioeconómicos dentro de las sociedades. A veces resulta difícil distinguir la influencia combinada de los estilos de vida individuales y las normas sociales y culturales, de las repercusiones globales que las condiciones de vida ejercen sobre la salud.

En promoción de la salud las actividades encaminadas a promover la salud deben centrar su atención tanto en lograr mejoras y cambios de las condiciones de vida como de los factores individuales.

2.3.3 ESTILOS DE VIDA

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

El espectro de pautas de conducta entre las que pueden optar los miembros de una colectividad puede estar limitado o ampliado por factores sociales y ambientales; por este motivo los estilos de vida se suelen considerar en el contexto de las experiencias individuales y colectivas, así como en relación con las condiciones de vida.

Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida (en este caso la violencia).

El estilo de vida de una persona está compuesto por sus relaciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos, o por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, etcétera.

Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

En el ámbito de la Promoción de la Salud, son de vital importancia tanto la gran influencia de los estilos de vida sobre la salud, como el potencial de cambio de dichos estilos. El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud.

De la comprensión de la influencia de los estilos de vida en la Salud resulta evidente que, si hay que mejorar el estado de salud mediante la modificación de dichos estilos, hay que actuar tanto sobre la persona como sobre los factores del entorno global que influyen sobre dichos estilos.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, así como no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como óptimos para todo el mundo. La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del hogar y el trabajo hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados.

2.3.4 HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades personales, cognitivas, sociales y materiales que permiten a la persona controlar y dirigir su vida, y desarrollar la capacidad de convivir con su entorno y de modificarlo.

Nota: como ejemplos de habilidades vitales se pueden incluir la identificación y la solución de problemas, la toma de decisiones y la resolución de conflictos. El desarrollo de las habilidades sociales se convierte por sí mismo en una meta importante para la promoción de la salud.

2.3.5 ESTRÉS

Se entiende como una transacción entre la persona y el ambiente, o una situación resultando de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace. (Cox, 1978).

En palabras de Lazarus y Folkman.

“[...] El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante y que pone en peligro su bienestar.”⁸

Elementos principales del estrés.

Acontecimiento estresante o estresor: situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligrosa.

Un siguiente momento en el que el acontecimiento es interpretado como peligroso, perjudicial y amenazante; y finalmente una actuación del organismo como respuesta ante la amenaza, que se caracteriza como respuesta de ansiedad.

La alteración del equilibrio del organismo puede deberse a las características del estresor o su percepción por parte de la persona (externo o interno).

Evaluación cognitiva del estrés.

Se divide en dos tipos de factores: la evaluación primaria, es aquella mediante la cual la persona juzga una situación específica con respecto a su bienestar. (se caracteriza en daño/pérdida y, amenaza o desafío). (Lazarus y Folkman, 1986).

La evaluación secundaria es aquella mediante la cual las personas evalúan sus recursos y opciones de afrontamiento del estresor (recursos físicos, psicológicos, sociales, materiales, etcétera).

⁸ Lazarus y Folkman, 1986, según, Rodríguez, Marín, La psicología social de la salud, ed. Mc. Graw- Hill, España, 1997, pág. 56.

Fuentes de estrés.

A) Fuentes personales del estrés.

Las más frecuentes son las situaciones de conflicto; y pueden ser de cuatro tipos (Lewin, 1935)

Acercamiento-acercamiento.- caso en el que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas y deseables.

Evitación-evitación.- caso en el que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente indeseables.

Acercamiento-evitación.- caso en el que la persona desea alcanzar un objetivo al mismo tiempo que le da miedo actuar de esta manera.

Doble acercamiento evitación.- es cuando el acercamiento o un objeto concreto implica la pérdida del otro.

B) Fuentes familiares.

La interacción entre los distintos miembros de la familia produce estrés. (muerte del cónyuge, nacimiento de un hijo discapacitado, etcétera). Debido a los aspectos de la atmósfera familiar la probabilidad de conducta en los hijos, que repercute en una agresividad la cual genera o propicia la violencia.

C) Fuentes sociales.

Encontramos el contexto laboral, el cual tiene una mayor relevancia en adultos, mientras que el escolar suele ser para los jóvenes, produciéndose respuestas a comportamientos violentos.

Niveles de estresores.

1. Acontecimientos vitales. Ataques al corazón, muerte del cónyuge.
2. Tensiones vitales persistentes. Dificultades en las relaciones sociales o interpersonales que no se resuelven y persisten.
3. El estrés producido por problemas cotidianos, se presentan, se resuelven y son remplazados por otros, por ser tan persistentes acaban produciendo un efecto estresante. (el de mayor importancia)

Hay dos tipos de factores que determinan un acontecimiento como estresante.

* **Factores personales.**- incluyen elementos cognitivos, motivacionales, de personalidad y hábitos comportamentales.

En este caso nos referiremos primordialmente a los elementos de tipo cognitivo.

Elementos cognitivos.- son las creencias y pueden ser generales como las creencias religiosas o específicas como las creencias sobre la enfermedad. Dentro de este rubro existen dimensiones como el locus causal, que es aquel donde el sujeto alude al juicio sobre la localización de la causa de un suceso; mientras que en el locus de control, se refiere a la creencia del sujeto sobre la controlabilidad del suceso.

Nota: las personas internas tienen un nivel de control grande sobre el acontecimiento; en tanto las personas externas creen que los acontecimientos son el resultado del destino o de la suerte.

Dentro del estrés también se incluye al patrón del tipo A, aglutina características como: sentido de control personal (semejante al locus interno), sentido de implicación con los sucesos actividades y otras personas de nuestra vida, y por último sentido de desafío, tendencia de la persona para considerar los cambios como incentivos u oportunidades para crecer y mejorar, más que como amenazas a su seguridad.

Por tanto, las personas del tipo A sometidas al estrés sufrirán menos impacto y permanecerán más sanas que otras con personalidad menos firme.

* **Factores situacionales.**- incluyen características distintivas, objetivas del acontecimiento o de la situación, y las dimensiones objetivas de la situación.

Características distintivas objetivas del estresor.- de pérdida (remoción de una fuente deseada de refuerzo positivo), o de castigo (ocurrencia e una situación aversiva).

Dimensiones de la situación.

Valencia de la situación controlabilidad, mutabilidad, ambigüedad, su potencial de ocurrencia o recurrencia y su momento.

En suma, podemos decir, que probablemente los acontecimientos negativos producirán más estrés que los positivos.

Respuestas al estrés.

Activación fisiológica, respuestas cognitivas, reacciones emocionales, respuestas comportamentales (aproximación-lucha, evitación-huida e inmovilización).

Afrontamiento del estrés.

“[...] son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.⁹

Recursos de afrontamiento. Son los elementos y capacidades internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas o acontecimientos o situación potencialmente estresante.

Físico-biológicos.- elementos del entorno físico de la persona (clima, estructura física de la vivienda, etcétera).

Psicológico-psicosociales.- que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de autoestima, autonomía, y de control (la moral, su autoestima).

Culturales.- son las creencias de las personas y los procesos de atribución causal (normas, valores, símbolos, etcétera.)

Sociales.- red del individuo y sus sistemas de apoyo social (tangibles, intangibles, informacionales).

Respuesta de afrontamiento.

Existen dos tipos: la regulación de las emociones causadas por el estrés (afrontamiento centrado en la emoción), y el manejo del problema que está causando el estrés (afrontamiento centrado en el problema).

Nota: uno de los recursos de mayor relevancia para la regulación del estrés, es el apoyo social, al cual haremos alusión posteriormente.

⁹ Lazarus y Folkman, *Ibid.*, pág. 65

2.3.6 PERSONALIDAD

“[...] Es un sistema vivo definido por un conjunto de mecanismos, formaciones, subsistemas, funciones que organizadas en diferentes niveles, en distintos individuos representa un conjunto de alternativas simultáneas que comprometidas con dichos recursos psicológicos, están en la base de los más diversos comportamientos humanos.”¹⁰

Dentro de este marco encontramos una personalidad del patrón A, la cual está conformada por un conjunto de indicadores de riesgo siendo señalado por la mayoría de los autores como los definitorios de urgencia temporal, el planteamiento de múltiples metas simultáneas, la competitividad y la agresividad.

Componentes del patrón A. Según Fridman y Roserman, (1974).
Riesgo cardiovascular, cluster.- formado por la urgencia temporal, la activación crónica y la polifasia.

Lazarus menciona que el aumento a padecer la enfermedad es cuando el patrón A se combina con recursos de afrontamiento deficientes.

Orientación personológica en el estudio del papel del lo psíquico en la enfermedad somática.

Entre los indicadores personológicos más relevantes encontramos: el bienestar y los proyectos personales.

Todos los autores coinciden en señalar que el sistema de proyectos de la personalidad como un elemento psicológico esencial del bienestar emocional.

Existen estilos explicativos pesimistas, son aquellos individuos que explican pesimistamente sus eventos negativos que les ocurren, por tanto, son menos inmunes y vulnerables a la enfermedad.

Nota: una persona que explique los distintos hechos de forma pesimista de manera estable, global y referida a causas internas, presenta un mayor déficit, una mayor impotencia que una persona que los explica de forma inestable, específica y referida a causas externas. (Pettersson y Seligman, 1984)

Por lo cual existe un déficit.- pasividad, depresión, baja autoestima, alta morbilidad, etcétera.

¹⁰ González, Rey, *Personalidad*, ed. el pueblo y educación, Habana, 1982, pág. 57.

Formas esenciales de integración de los contenidos psicológicos en la personalidad.

1. Unidades psicológicas primarias: valor emocional expresado en formas concretas de comportamiento (rasgos, valores, normas y actitudes).
2. Formaciones psicológicas: nivel estable y organizado, base plurimotivada, las formaciones psicológicas no se basan en los motivos, sino en sus relaciones, no sólo son conscientes sino también inconscientes.
3. Síntesis reguladoras: el ejemplo más representativo de este rubro es el llamado efecto de inadecuación ante el fracaso, cuyo estudio puede constituir una de las vías de configuración de la personalidad con alto riesgo a padecer trastornos cardiovasculares.

Indicadores funcionales de la personalidad.

- * Rigidez- Flexibilidad
- * Estructuración temporal de un contenido psicológico.
- * Mediatización de las operaciones en las funciones reguladoras de la personalidad.
- * Capacidad de estructurar el campo de acción.
- * Estructuración consciente activa de la función reguladora de la personalidad.

Nota: dentro de la personalidad encontramos las causas de estrés psicológico antes citadas en el capítulo de estrés.

Indicadores Patológicos de la regulación psicológica de la personalidad (insomnio, ansiedad, hipocondrio, temor a la muerte, depresión, etcétera.)

1. Determinismo externo, ser aceptado por los demás (normas, estereotipos, baja autoestima).
2. Sujetos impulsivos, bajo control emocional, muy susceptibles.
3. Sujetos con autovaloración inadecuada. (sobreevaluación).
4. Sujetos con pobres recursos personológicos.

Nota: el estrés psicológico dentro de la personalidad también es autorregulado por aspectos no personológicos, como por ejemplo: el apoyo social, el control y los eventos vitales.

PERSONALIDAD Y SALUD MENTAL.

Estado sano del organismo.

- Expresar bienestar y sentirse bien.
- Tener capacidad de autodeterminación y de una expresión congruente con ella.
- Tener capacidad de expresar el potencial individual autodeterminado en su proyecto social.
- No tener necesidades orientadas al sufrimiento personal, ni al de otros.

Nota: en la personalidad humana convive lo sano con lo no sano en dinámicas integradoras.

2.3.7 APOYO SOCIAL

Es la asistencia disponible a las personas y los grupos dentro de sus relaciones sociales y que puede servirles de ayuda tanto para desarrollar la capacidad y afrontar problemas como de elemento amortiguador de los sucesos vitales negativos y otras causas de estrés. El apoyo social incluye el apoyo emocional, el intercambio de información y el suministro de bienes materiales y servicios.

“ [...] El acceso al apoyo social no depende solo de la persona y de su deseo de pertenecer a la red de apoyo social, sino que depende así mismo de las oportunidades ofrecidas. El concepto de apoyo social se estudia con frecuencia en el contexto del control o de reducción del estrés, donde demuestra ser un importante amortiguador y recurso para enfrentar problemas.”¹¹

Redes de apoyo social.

Es el número y tipo de relaciones y vínculos sociales existentes entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del apoyo social a favor de la salud

Nota: Las redes de apoyo social pueden ser un recurso importante para desarrollar la capacidad de afrontar problemas. Por otra parte, pueden reforzar las conductas saludables e influir en las tasas de recuperación de estados precarios de salud.

¹¹ Nutbeam, Don, “Glosario de promoción de la salud.” En: Promoción de la salud: una antología, ed. OPS-México, 1996 pág. 388.

El establecimiento de redes de apoyo social para tener acceso al apoyo social es mucho más probable que exista en una sociedad estable. Influencias estabilizadoras tales como un alta tasa de desempleo, la modernización rápida y los proyectos de reubicación de viviendas a gran escala, pueden dar lugar a una desorganización social grave.

En estas condiciones es esencial apoyar el establecimiento o el restablecimiento de redes de apoyo social formales o informales para proporcionar una verdadera asistencia a la población en la búsqueda de la salud.

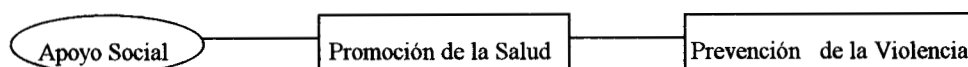
La relación entre apoyo social y salud es un campo relativamente nuevo de estudio para las ciencias socio-comportamentales, y sin embargo, ya hay una abundante literatura teórica y empírica al respecto (Berkman, 1985; 1986, Broadhead et al.). Muchos de estos estudios indican que hay un impacto significativo del apoyo social sobre los indicadores de salud.

Por lo tanto no cabe duda que el apoyo social y la salud están relacionados de forma que la mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta o les falla el apoyo social, incidiendo en la violencia de manera negativa.

El grado de la asociación entre apoyo social depende de las circunstancias de la población, y las medidas utilizadas en diferentes estudios (Schwarzer y Leppin, 1989).

El supuesto generalmente asumido es que el apoyo social esta negativamente relacionado con la enfermedad. Cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe y percibe en la forma de relaciones estrechas con los miembros de su familia, parientes, amigos, etc., menor será la probabilidad de que esa persona enferme.

Y por lo tanto esto provoca un impacto significativo en la disminución y prevención de la violencia.



NOTA:

La relación que se pretende establecer en dicho trabajo, para generar una alternativa que corresponda a la violencia juvenil, se enmarca atinadamente dentro del rubro de la salud. Esta relación tendrá que ser una combinación de los múltiples y diversos factores antes aludidos, estructurados de manera sistemática, integral y paralelamente a los requerimientos y condiciones de nuestro contexto actual.

En base a la construcción de este estudio, confirmaremos las distintas correlaciones que se manifiestan, partiendo así, como premisa principal de la interacción de los factores psicosociales con respecto a la salud y con ello poder arribar a la prevención, corrección, y evitación de la violencia en los jóvenes (autorregulación y control).

De ninguna manera se puede omitir la relación concomitante que existe entre las variables psicosociales con respecto a la violencia y a la salud, lo cual se explica en forma detallada en nuestro siguiente apartado.

2.4 LA RELACION DE VIOLENCIA Y SALUD

La relación violencia-salud, se argumenta de manera *sine-qua-non*, dado que la primera tiene una etiología pluricausal, con lo cual no nada más se enmarca dentro de lo biológico y psicológico sino que además tiene una interacción estrecha con factores ambientales.

Nos parece pertinente que en dicha relación se enfatice a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad (factores y conductas de riesgo), así como también a la atención y rehabilitación básica del individuo, para la consecución de la disminución de la violencia.

2.4.1 EL SECTOR SALUD FRENTE A LA VIOLENCIA

El sector salud ha concentrado sus esfuerzos principalmente en la reparación de traumas físicos en los servicios de emergencia y atención especializada. La mortalidad y la morbilidad por violencia están aumentando considerablemente y la respuesta de los servicios no acompaña los cambios epidemiológicos provocados por la ocurrencia de hechos violentos.

El sector salud juega también un papel importante en el registro de información sobre hechos violentos. No obstante, la información corrientemente recolectada por los servicios de salud se reduce a la identificación y evaluación de lesiones físicas, el sexo y la edad de las víctimas y, a veces, el medio empleado como agente de la violencia. Las estadísticas de morbimortalidad recolectadas por los servicios no reflejan la verdadera magnitud del problema epidemiológico de la violencia.

Otro factor de subregistro es la concentración de la práctica sanitaria en el tratamiento de la lesión, sin percibir que ésta es el resultado de la expresión de conductas agresivas. La mayor visibilidad de las muertes violentas le resta importancia a formas de agresión menos tangibles, de naturaleza psíquica o social. Además, la estructura y funcionamiento de los servicios de salud dificulta la percepción adecuada de la magnitud y gravedad de la violencia.

Aunque el sector salud ha intervenido tradicionalmente en actividades relativas a los aspectos médico-legales de la violencia, su papel es tímido en lo que hace referencia al tratamiento de la violencia con enfoque epidemiológico, a su prevención, y a la promoción de culturas de la salud fundamentadas en la equidad y en el respeto a la vida y la integridad física y psicosocial de las personas.

2.4.2 SALUD Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

El desarrollo de la salud resulta de conjugar procesos de protección y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación. Estos procesos deben balancearse para avanzar hacia el desarrollo de la salud, haciendo énfasis tanto en la construcción de opciones de vida saludable, como en la oferta de servicios para restaurar y recuperar la salud. La concreción del desarrollo de la salud depende de la definición y logro de metas de salud y vida, que persigan la reducción objetiva de enfermedades, lesiones y muertes y el mejoramiento de la calidad de vida.

La promoción es un ejercicio de planeación y acción social en favor de la salud para dotar a las sociedades de instrumentos para custodiarla, incrementarla y cualificarla. Constituye un proceso orientado a afectar estados que favorecen la inequidad e inciden negativamente sobre el bienestar. La prevención designa aquellas estrategias dirigidas a reducir factores de riesgo o fortalecer condiciones personales que disminuyan la probabilidad de enfermar. En el caso de la violencia, la prevención se refiere tanto a evitar el desarrollo de prácticas agresivas que originen muerte o lesiones, como a precaver la ocurrencia de las mismas por causas violentas.

El carácter pluricausal y polifacético de la violencia demanda un enfoque interdisciplinario y multisectorial que integre saberes e instituciones relacionadas con la promoción de la no violencia. Esta gestión conjunta puede indicar la necesidad de afectar, en el grado en que sea necesario, los conocimientos, habilidades y actitudes individuales, el medio ambiente físico y social y las estructuras políticas.

La prevención de la violencia implica estimular la interacción de actores sociales diversos. Los Sistemas Locales de Salud, las Ciudades y Municipios Saludables y las Comunidades Seguras, constituyen escenarios de interacción para desarrollar la salud lo que supone ir más allá de la atención de la enfermedad y enfrentar las situaciones que la originan. En ese sentido, son matrices apropiadas para prevenir y controlar la violencia.

La Organización Panamericana de la Salud se ha ocupado reiteradamente del fenómeno de la violencia por sus efectos sobre grupos particulares (adolescentes), por las implicaciones sobre los servicios de atención y rehabilitación, o por los imperativos de la promoción de la salud. Además, ha impulsado la recolección y sistematización de información epidemiológica sobre la materia y publicado documentos sobre el tema.

Algunos de estos trabajos ofrecen recomendaciones programáticas y operativas. Además, las estrategias de Comunidades Seguras, Municipios Saludables y Sistemas Integrales Locales de Salud (SILOS), que vienen siendo impulsadas por la Organización Panamericana de la Salud, llevan implícita en su concepción integral de salud la prevención de traumas por causas violentas, su tratamiento y rehabilitación.

En la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, los países miembros de la Organización emitieron un documento en el que consideraron las conductas violentas como un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la Ciudad de México y estimaron que el sector salud debe contribuir a la búsqueda de soluciones y aplicación de medidas preventivas y de control de todas las formas de violencia.

En ese sentido, el Consejo Directivo emitió la Resolución XIX, mediante la cual insta a los gobiernos a establecer políticas y planes nacionales y movilizar recursos para la prevención y control de la violencia con énfasis especial en los grupos más vulnerables, a fortalecer los servicios de urgencia y de atención a las víctimas, promover la vigilancia epidemiológica, la investigación, la capacitación y la difusión positiva de información.

III. METODOLOGIA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre el estrés, apoyo social y los riesgos para la salud en grupos de jóvenes violentos y no violentos?

3.2 LIMITACION DEL PROBLEMA

Existen diversas y variadas limitaciones en nuestro estudio, debido a que este se realiza en una población pequeña (CETIS 42), ya que ésta no es representativa del universo de los jóvenes mexicanos y por ende es de tipo microsociológico; o sea, de tipo localista, la cual no se puede extrapolar aunque su enfoque es de matiz cualitativo.

Apostar que los instrumentos utilizados para dicha investigación son los más adecuados es caer de nueva cuenta, en un determinismo metodológico.

3.3 OBJETIVO GENERAL

Hacer un diagnóstico psicosocial de salud en grupos de jóvenes violentos y no violentos, y ver su relación con su nivel de estrés y apoyo social; y determinar los principales factores de riesgo.

3.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la relación entre los grupos violentos y no violentos con respecto al estrés y al apoyo social.
2. Identificar los niveles de riesgo en salud, en grupos de jóvenes violentos y no violentos.
3. Detectar las áreas de riesgo en salud de grupos violentos y no violentos.

3.5 HIPOTESIS

Hipótesis 1

H₀: Existe relación entre los grupos de jóvenes violentos y no violentos con respecto al estrés y apoyo social.

H₁: No existe relación entre los grupos de jóvenes violentos y no violentos con respecto al estrés y apoyo social.

Hipótesis 2

H₀: Existe diferencia en los niveles de riesgo para la salud en los grupos de jóvenes violentos y no violentos.

H₁: No existe diferencia en los niveles de riesgo para la salud en los grupos de jóvenes violentos y no violentos.

Hipótesis 3

H₀: Existe diferencia en las áreas de riesgo para la salud en grupos de jóvenes violentos y no violentos.

H₁: No existe diferencia en las áreas de riesgo para la salud en grupos de jóvenes violentos y no violentos.

3.6 VARIABLES

Variable Independiente: Violencia y no Violencia.

Variable Dependiente: Estrés, Apoyo Social, Riesgos para la Salud y Areas de Riesgo.

3.7 POBLACION

Se trabajó con una población de la colonia San Miguel Teotongo, dentro del CETIS # 42 que consta de 700 alumnos, de los cuales 300 integraban el tercer grado. Y finalmente se escogieron 60 jóvenes de sexto semestre divididos en dos grupos de 30, violentos y no violentos, tipificados por la trabajadora social con las siguientes características:

- * Edad, 8 de 16 años, 20 de 17, 18 de 18, 8 de 19, 4 de 20, 1 de 22, y 1 de 23.
- * Sexo, 38 mujeres y 22 hombres.
- * Estado civil, 58 solteros y 2 casados (ver anexo I).

Los violentos.- faltan a clase, son irrespetuosos con sus compañeros y su profesor, tienen un bajo nivel académico, en consecuencia sus comportamientos son agresivos.

Los no violentos.- asisten continuamente a clases, son respetuosos con sus compañeros y su profesor y tienen un alto nivel académico, en consecuencia su conducta es normal.

3.8 INSTRUMENTO

El estudio se llevó a cabo a través de la aplicación de tres cuestionarios. Primero se utilizó la escala autoaplicada de evaluación de estrés (adaptación de Mario Carranza), que consta de 27 cuestiones a elegir. Segundo, se utilizó la escala de soporte social del Departamento de Salud Mental de California (1981), que consta de 6 preguntas con una modalidad de cuatro respuestas; y por último, el llamado “diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades (adaptación de Jorge Grau y Teresa Romero), que consta de 83 preguntas de respuesta binaria. (ver Anexo II).

Cada uno de éstos están relacionados entre sí, para ubicar el nivel de estrés, el de apoyo social y las áreas de riesgo, en dos distintos grupos de estudiantes, violentos y no violentos. Abordado desde la perspectiva de la investigación participante.

3.9 PROCEDIMIENTO

Se aplicaron los tres instrumentos a la vez, en el orden antes establecido (estrés, apoyo social y diagnóstico para la medición de riesgo y enfermedades), dentro de las aulas de clases de los respectivos grupos de jóvenes violentos y no violentos; los cuales están constituidos por 30 sujetos cada uno de ambos sexos de sexto semestre; de las 12:30 horas hasta las 13:30 horas, el día martes 9 de marzo.

Primeramente se les informó en qué consistía la aplicación de cada instrumento: el primero consiste en medir el nivel de estrés en los sujetos; el segundo, consiste en conocer si existe nivel de apoyo social ó no; y el último, consiste en confirmar en cada sujeto las distintas áreas de riesgo y enfermedad. Todo esto realizado dentro de los distintos talleres de salud (estrés, apoyo social, personalidad, habilidades sociales, estilos de vida, etc.)

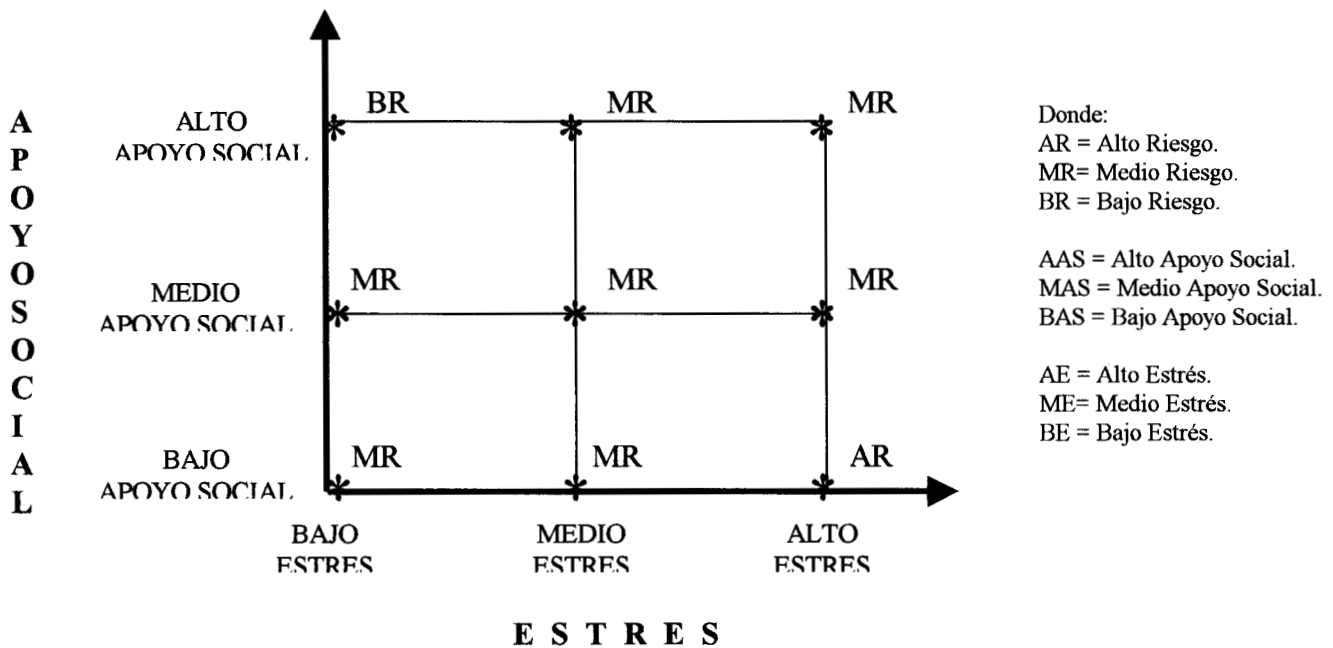
IV. RESULTADOS

Es primordial referirnos en este rubro a la aplicación de mecanismos que hicieron posible el análisis de violencia en la población y posteriormente la relación y obtención de los resultados con respecto a las variables estudiadas tales como el estrés, el apoyo social, nivel de riesgo de salud y sus áreas de riesgo.

A continuación se describe su comportamiento en cada una de las figuras.

ESTRES Y APOYO SOCIAL

(fig. 4.1.)



Combinaciones

AAS – AE = MR
 AAS – ME = MR
 AAS – BE = BR
 MAS – AE = MR
 MAS – ME = MR
 MAS – BE = MR
 BAS – AE = AR
 BAS – ME = MR
 BAS – BE = MR

* NOTA.

Las distintas combinaciones entre el apoyo social y el estrés nos generan tres tipos de niveles de riesgo: alto, medio y bajo. Esto se ilustra en la fig. 4.1.

Ejemplo: un individuo el cual se encuentre con un bajo apoyo social en relación a un alto grado de estrés, tenderá a un alto riesgo de salud (los policías).

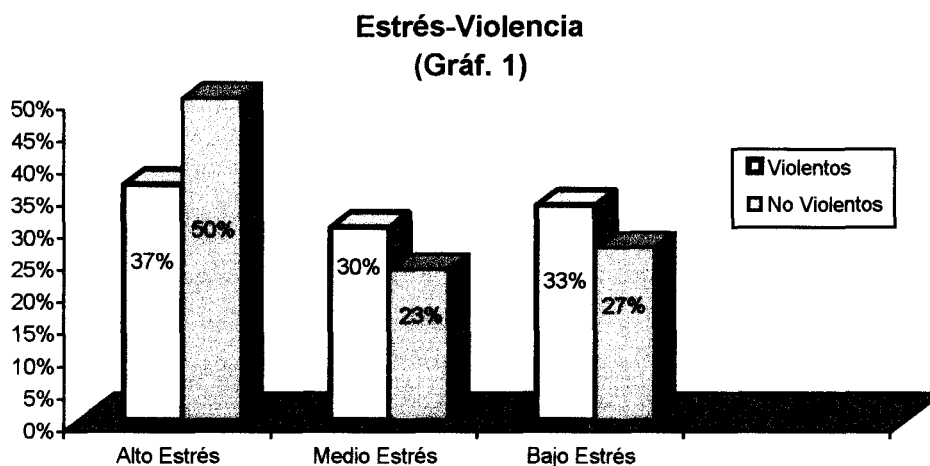
Matriz Estrés - Violencia
(Fig. 4.2.)

ESTRES \ VIOLENCIA	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
VIOLENTOS	11	9	10	30
NO VIOLENTOS	15	7	8	30
TOTAL	26	16	18	60

En la fig. 4.2. se describe al estrés con relación a los sujetos violentos y no violentos con sus respectivos niveles (alto, medio y bajo).

De los sujetos violentos 11 tienen un alto estrés, y los no violentos 15, 9 de los violentos tiene medio de estrés y los no violentos 7; y por último, 10 de los violentos tiene bajo estrés y los no violentos 8.

Como podemos ver en la matriz, el nivel alto de estrés abarca 26 sujetos, el nivel medio 16 sujetos y el bajo 18 sujetos, conformados por violentos y no violentos. La población se comporta en una incidencia a un alto estrés.



Se observa en la gráfica 1, la comparación de los distintos porcentajes de niveles de estrés de los dos grupos. Encontramos que la mitad (50%), de sujetos no violentos tienen un alto estrés,

en tanto el grupo de violentos alcanza un 37% en este nivel. Se refleja en el grupo violento una incidencia uniforme en los tres niveles de estrés, a diferencia del grupo no violento, que se inclina a un nivel alto de estrés, que podría tender a un mayor riesgo en salud.

A continuación en la gráfica 2, mostramos el nivel de estrés de la población.

Nivel de Estrés de la Población
Gráfica 2



Como podemos ver en la gráfica, el nivel bajo de estrés abarca 30% de la población; el nivel medio 27 %; y por último 43 % el nivel alto. Existe una inclinación al alto estrés de ambos grupos.

Apoyo Social - Violencia (fig. 4.3.)

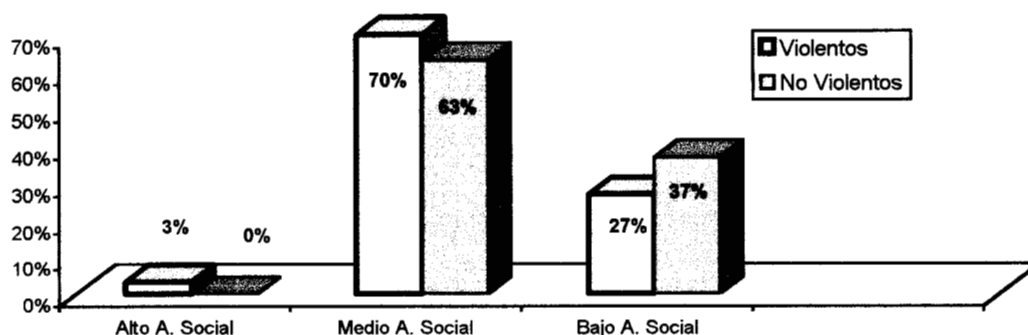
APOYO SOCIAL VIOLENCIA	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
VIOLENTOS	1	21	8	30
NO VIOLENTOS	0	19	11	30
TOTAL	1	40	19	60

En la fig. 4.3. se describe al apoyo social con relación a los sujetos violentos y no violentos con sus respectivos niveles (alto, medio y bajo).

En los sujetos violentos hay sólo 1 con alto apoyo social, mientras que en los no violentos ninguno; los violentos 21 tiene medio apoyo social, en tanto, los no violentos 19; y por último 8 de los violentos tienen bajo apoyo social, mientras los no violentos 11. En resumen, la muestra se comporta en un nivel medio de apoyo social, y con un aumento en riesgo de salud por un apoyo social deficiente.

Como podemos ver en la figura, el nivel alto de apoyo social abarca 1 sujeto, el nivel medio 40 sujetos y el bajo 19 sujetos, conformados por violentos y no violentos. La población se comporta en una tendencia a un nivel medio de apoyo social.

Apoyo Social-Violencia (Gráf. 3)



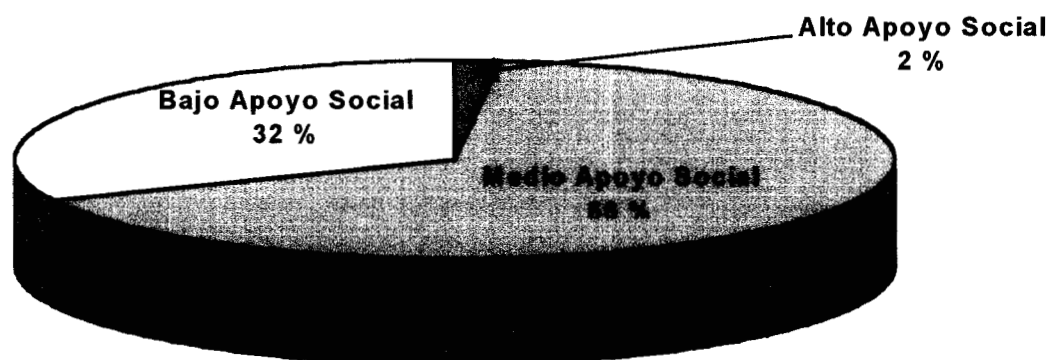
Se observa en la gráfica 3, la comparación de los distintos porcentajes de niveles de apoyo social de los dos grupos. En los grupos de sujetos violentos y no violentos no existe un nivel alto

de apoyo social. La incidencia mayor de ambos grupos es hacia el nivel medio de apoyo social, y es casi la misma (70% violentos y no violentos 63%).

La siguiente gráfica (4), hace alusión a los porcentajes de la población.

Nivel de Apoyo Social de la Población

Gráfica 4



Se describe en la gráfica 4, los porcentajes de los tres niveles de apoyo social. El nivel bajo representa un 32 % de la población; el medio un 66%, el de mayor incidencia de los dos grupos; y el 2 % un nivel alto de apoyo social.

Riesgos de Salud - Violencia (fig. 4.4.)

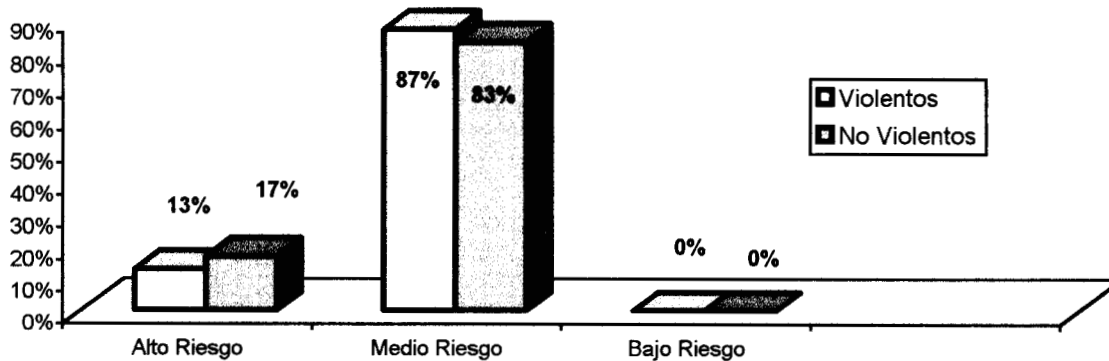
SALUD \ VIOLENCIA	ALTO RIESGO	MEDIO RIESGO	BAJO RIESGO	TOTAL
VIOLENTOS	4	26	0	30
NO VIOLENTOS	5	25	0	30
TOTAL	9	51	0	60

En la fig. 4.4. se describe la combinación de estrés y apoyo social, generando tres tipos de niveles de riesgo en salud: alto riesgo, medio riesgo y bajo riesgo. (los niveles de riesgo se fundamentan en la tabla de relación estrés-apoyo social, contemplada en el anexo III)

Como podemos ver en la figura, el nivel medio de riesgo abarca a 51 sujetos, el nivel alto de riesgo 9 y el nivel bajo de riesgo 0 sujetos, conformados por violentos y no violentos. La muestra se comporta en una tendencia a un medio nivel de riesgo de salud.

4 de los sujetos violentos tienen alto riesgo y en los no violentos existen 5, en el nivel medio, violentos hay 26 y en los no violentos 25 y encontramos 0 sujetos en el nivel de bajo riesgo en ambos grupos, en tanto que en nuestra población se refleja un marcado nivel medio de riesgo de salud, con una ligera tendencia a un nivel alto de riesgo.

Riesgo de Salud-Violencia (Gráf. 5)

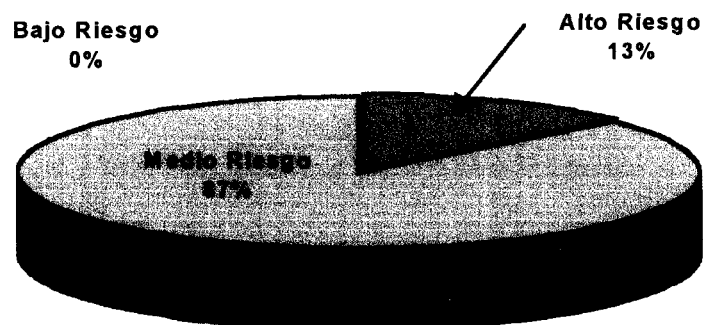


Como se ilustra en la gráfica 5 podemos ver el alto grado de incidencia en el nivel medio de riesgo por ambos grupos, los violentos 87 % en tanto los no violentos 83% (casi el mismo).

El nivel alto de riesgo constituido por un 13 % de violentos y el 17 % de no violentos. Ninguno de los dos grupos convergen en un nivel bajo de riesgo.

Se describe en la gráfica 6 los porcentajes de cada uno de los niveles de riesgo.

Nivel de Riesgo de Salud de la Población
Gráfica 6



Se muestra en la gráfica 6 que el mayor grado de incidencia de la población se encuentra en el nivel medio de riesgo con un 87 %, en tanto el nivel alto de riesgo con un 13 %. Notándose el nivel bajo sin ninguna significancia.

**Áreas de Riesgo de Salud – Violencia
(fig. 4.5.)**

ÁREAS DE RIESGO \ VIOLENCIA	VIOLENTOS	NO VIOLENTOS	TOTAL
CONDICION FISICA	6	10	16
HISTORIA FAMILIAR	2	2	4
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO	0	1	1
HABITOS ALIMENTICIOS	8	3	11
CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS	5	1	6
ACCIDENTES	0	0	0
VALORES, AREA INTELLECTUAL Y ESPIRITUAL	0	1	1
ESTRÉS Y APOYO SOCIAL	0	0	0
MEDIO AMBIENTE	0	3	3
SEXUALIDAD	9	9	18
TOTAL	30	30	60

En la fig. 4.5. se describe la relación de las áreas de riesgo de salud y la violencia con respecto a sujetos violentos y no violentos se ilustra en el anexo IV.

La descripción siguiente se extrae de la fig. 4.5 y de la gráfica 7.

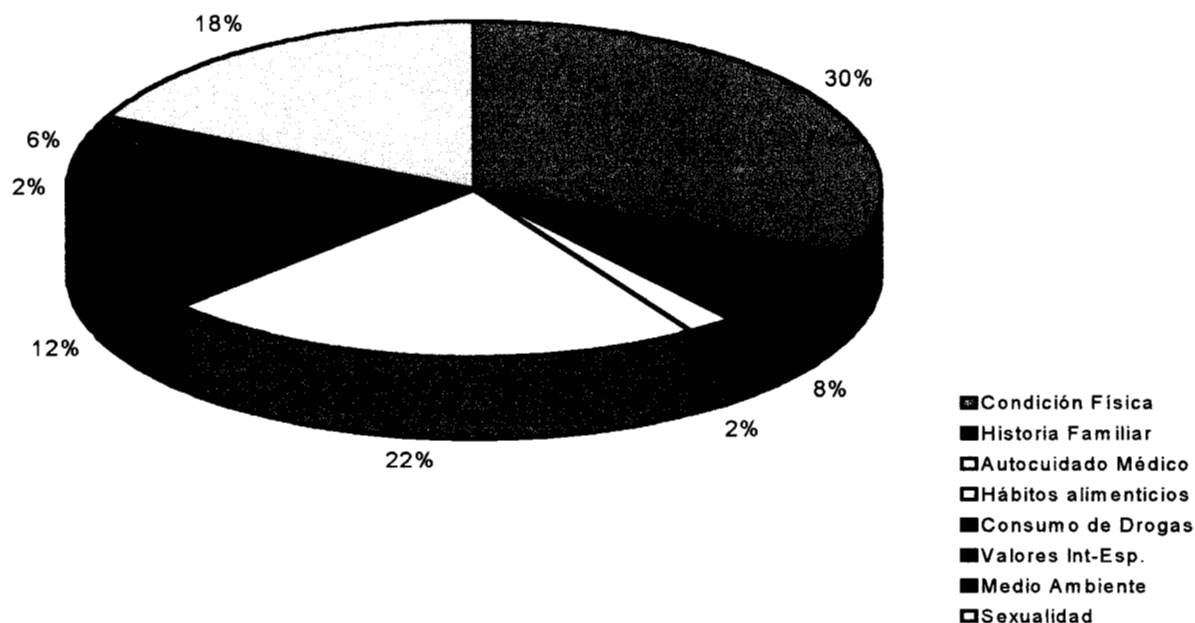
En la descripción de cada área de riesgo con respecto a la violencia nos damos cuenta que existe un alto riesgo tanto en sujetos violentos como no violentos en la esfera de sexualidad conformada por 18 sujetos (30% de la población).

En la esfera de condición física encontramos un total de 16 sujetos (22 %), dicha esfera presenta un mayor riesgo en los sujetos no violentos conformados por 10 que en los violentos, conformados por 6. En el último rubro encontramos el área de hábitos alimenticios conformados por 11 sujetos (18 %) en donde los sujetos violentos (8), presentan un mayor riesgo de salud con respecto a los no violentos (3).

La tabla también nos muestra el área de accidentes que al igual que el estrés y el apoyo social no presentan riesgo en ninguno de los dos grupos. Así sucesivamente se determinan las esferas subsiguientes.

Las áreas donde recae mayor incidencia de riesgo de salud (más de la mitad de la población, 52 %), son sexualidad y condición física, conformándose el resto de la población en las áreas complementarias.

Áreas de Riesgo de Salud de la Población
Gráfica 7



4.1 DISCUSION DE RESULTADOS

Para aterrizar en la discusión de los resultados nos tenemos que apoyar en la relación entre el estrés, el apoyo social, el riesgo de la salud y las áreas de riesgo de salud con respecto a la violencia, así como también en la combinación del contexto, los objetivos, las hipótesis, y los propios resultados de la investigación.

1. En los resultados del análisis *Estrés-Violencia* de la población, se observa que existe una tendencia notable de la misma hacia un nivel alto de estrés, a su vez, se presume que debido a esto, existe un mayor riesgo en salud de dicha población. Pero además, podemos afirmar que existe poca diferencia entre los grupos violentos y no violentos en relación al estrés. Es decir, se muestra una incongruencia entre la parte teórica y práctica. Confirmándose la negación de la primera parte de la hipótesis nula 1.
2. La relación del *Apoyo Social-Violencia*, nos muestra que la población se comporta hacia una tendencia de nivel medio de apoyo social, con lo cual se argumenta un aumento en el riesgo en salud de dicha población. Así mismo nos damos cuenta que existe poca diferencia entre los grupos violentos y no violentos en relación al apoyo social. Aquí también se puede afirmar una incompatibilidad entre la parte teórica y práctica, por lo que la hipótesis nula 1 se descarta completamente.
3. El análisis de la relación *Riesgo en Salud –Violencia*, la población tiene una marcada tendencia hacia el nivel medio de riesgo, reflejando con ello una ligera inclinación hacia el nivel alto de riesgo, sin embargo, no existe diferencia entre los grupos violentos y no violentos en los distintos niveles de riesgo. También aquí se corrobora la discrepancia entre lo teórico y lo práctico, desechándose con ello la hipótesis nula 2.
4. En el análisis de las *Áreas de Salud- Violencia*, se da cuenta no existe una diferencia marcada entre los grupos violentos y no violentos en cuanto a riesgo en salud, Sin embargo, existe una inclinación de la población en general a la mayoría de las Áreas de Riesgo. Las esferas de mayor incidencia son la sexualidad, condición física, hábitos alimenticios y consumo de tabaco, alcohol y drogas.

V. CONCLUSION

Como conclusión del trabajo realizado se toma en cuenta el análisis del contexto, los objetivos, las hipótesis y sobre todo los resultados de los instrumentos aplicados.

Quisiéramos que nuestra conclusión fuera de lo más convergente (sería lo ideal), pero a veces no se da la unificación de los criterios teórico y práctico.

Durante la aplicación de los instrumentos en nuestro trabajo los resultados a los que arribamos con respecto a la relación Estrés-Violencia, Apoyo Social-Violencia, Riesgo en Salud-Violencia y Áreas de Riesgo en Salud-Violencia, son que en todas los grupos violentos y no violentos mantienen una diferencia nimia.

Para constituir una conclusión más holística y concreta, nos hemos basado primeramente en el contexto y los objetivos específicos, lo cual muestra un matiz con características propicias para que pueda existir una relación paralela con los resultados del análisis, pero en contraparte, se confirma lo contrario.

Con lo que respecta a la relación de los resultados del análisis de nuestras variables psicosociales en comparación con las hipótesis, se observa de igual manera, que existe poca diferencia entre los grupos violentos y no violentos, resultando una discrepancia nuevamente.

Aunque se ha planteado teóricamente que a un alto Apoyo Social con relación a un bajo Estrés produce un menor Riesgo en Salud, lo que resulta en nuestro trabajo corresponde a lo contrario.

Se hace hincapié en las Áreas de Riesgo en Salud y encontramos que tanto en los grupos violentos como no violentos también hay poca diferencia, lo que no debemos descartar es que la mayoría incide en las Áreas de Riesgo en Salud.

En resumen, la relación que existe entre el estrés, apoyo social y los riesgos para la salud y las Áreas de Riesgo en Salud no afectan de manera distinta a los dos grupos de jóvenes. Sin embargo, dicho estudio trae a colación características representativas que refieren a un alto estrés, a un deficiente apoyo social y por último que incide de manera notable en las áreas de riesgo.

A partir de la intervención en la comunidad, consideramos que dentro del análisis del campo de la salud en San Miguel Teotongo, se muestra que existe muy poco conocimiento con respecto a los principios fundamentales de la misma (promoción de salud, prevención de la enfermedad y atención primaria), lo cual requiere de una mayor continuidad de trabajo con la comunidad.

Con respecto a la violencia nuestro diagnóstico demuestra una alta incidencia por parte de los jóvenes, en general, y del CETIS 42 en particular, debido a la falta de programas y estrategias de salud.

Con relación a la creación de grupos saludables en la comunidad y para la formación de promotores se diseñaron programas de vinculación entre psicólogos y población. De manera horizontal, cumpliéndose las metas esperadas (creación de 400 promotores en salud).

Mi sentir acerca de la experiencia académica profesional arroja una formación básicamente teórica, apoyada en conocimientos epistemológicos y metodológicos que se aplican en las distintas áreas psicosociales.

La experiencia en comunidad fue de carácter práctico y lo más motivante fue la cooperación mutua, lo cual me brindó la oportunidad de retroalimentarme y el privilegio de dar respuesta a distintas problemáticas.

En el rubro de las limitaciones se menciona que debido a la falta de conocimiento en salud, la comunidad mantiene aún marcadas tendencias de apatía y conformismo, por lo tanto resumimos que se está aún lejos de los objetivos previstos.

Para hablar de los alcances no se debe perder de vista lo antes expuesto, ni menospreciar nuestro trabajo de intervención, con ello se hace una evaluación congruente y realista de las metas obtenidas como son: la creación de una red de 400 promotores en salud, a través de la formación de talleres de salud que incluyen técnicas y terapias esperando con esto una comunidad más enriquecida y organizada para contrarrestar las problemáticas en salud.

Tenemos que entender que la salud no solamente es un problema biológico y psicológico, sino que además es un problema social (asumiéndose éste como el de mayor peso).

Por último, no hay que olvidar que dicha conclusión es resultado de nuestro estudio y es perfectible en trabajos futuros.

ANEXOS

ANEXO I

SEXO		EDAD	ESTADO CIVIL		GRUPOS	
MASCULINO	FEMENINO		SOLTERO	CASADO	VIOLENTOS	NO VIOLENTOS
	X	17	X		X	
X		17	X		X	
	X	20	X		X	
X		18	X		X	
X		18	X		X	
X		18	X		X	
X		17	X		X	
X		20	X		X	
	X	16	X		X	
	X	17	X		X	
	X	18	X		X	
X		17	X		X	
X		17	X		X	
X		18	X		X	
	X	16	X		X	
	X	17	X		X	
	X	16	X		X	
X		16	X		X	
	X	18	X		X	
X		18	X		X	
	X	18	X		X	
X		16	X		X	
X		18	X		X	
	X	17	X		X	
	X	23		X	X	
	X	17	X		X	
	X	18	X		X	
X		19	X		X	
X		19	X		X	
	X	19	X		X	
	X	17	X			X
	X	19		X		X
X		20	X			X
X		18	X			X
X		17	X			X
	X	18	X			X
	X	17	X			X
	X	17	X			X
	X	17	X			X
	X	17	X			X
	X	17	X			X
	X	17	X			X
	X	17	X			X
	X	18	X			X
	X	18	X			X
	X	20	X			X
	X	18	X			X
	X	16	X			X
	X	16	X			X
	X	18	X			X
X		22	X			X
	X	17	X			X
X		19	X			X
	X	16	X			X
X		17	X			X
X		19	X			X
	X	17	X			X
	X	18	X			X
	X	17	X			X
	X	18	X			X
	X	19	X			X
	X	18	X			X
	X	19	X			X
	X	17	X			X
TOTAL 22	TOTAL 38	TOTAL 16 – 8 TOTAL 17 – 20 TOTAL 18 – 18 TOTAL 19 – 8 TOTAL 20 – 4 TOTAL 22 – 1 TOTAL 23 – 1	TOTAL 58	TOTAL 2	TOTAL 30	TOTAL 30

ANEXO II

Dentro de este anexo se muestra los instrumentos utilizados en la mecánica del trabajo, así como sus respectivas formas de evaluación.

INSTRUMENTO 1

EVALUACION DEL ESTRÉS

Marque con una "X" aquellos acontecimientos que haya experimentado o le hayan preocupado en los últimos doce meses

- () 1. Sufrir heridas graves o padecer alguna enfermedad
- () 2. Problemas emocionales con las drogas o el alcohol
- () 3. Matrimonio
- () 4. Muerte de algún familiar o amigo íntimo
- () 5. Problemas con sus amigos o vecinos
- () 6. Exámenes
- () 7. Aborto
- () 8. Dificultades sexuales
- () 9. Situación de violencia física
- () 10. Problema legal grave
- () 11. Complicación en alguna pelea
- () 12. Pérdida de trabajo o retiro escolar
- () 13. Compra o venta de alguna casa o departamento
- () 14. Reconocimiento escolar
- () 15. Problemas con compañeros de escuela
- () 16. Problemas con algún profesor de clase
- () 17. Muerte de su cónyuge
- () 18. Rompimiento afectivo
- () 19. Separación o reconciliación
- () 20. Discusiones familiares o problemas con la familia política
- () 21. Isa o retorno a casa de sus hijos o familiares
- () 22. Parientes que se han trasladado a su casa a vivir
- () 23. Embarazo o nacimiento en la familia
- () 24. Traslado a una nueva casa
- () 25. Dificultad en tu educación
- () 26. Enfermedad seria o herida de algún miembro de la familia
- () 27. Gastos excesivos para vacaciones

EVALUACION DEL ESTRÉS (PUNTAJE)

Se valora el que no le hayan sucedido y/o preocupado como = 0 y el que le hayan sucedido y/o preocupado de la siguiente forma:

AREA PERSONAL 11)	(1-	6,6,4,4,2,2,6,6,6,4,2,
AREA ESCOLAR 16)	(12-	6,4,2,2,2,
AREA FAMILAR 27)	(17-	10,8,6,4,4,2,4,2,4,4,2,

NIVEL DE ESTRÉS	PUNTUACION
Menos de 10 puntos	Tiene un bajo nivel de estrés y su vida ha sido estable en la mayoría de sus facetas
De 10 a 15 puntos	Tiene un nivel de estrés moderado y ha habido grandes cambios en su vida
De 16 o más puntos	Tiene un alto nivel de estrés y ha habido grandes cambios en su vida.

NOMBRE	SEXO
EDAD	GRUPO

INSTRUMENTO 2

EVALUACION DE APOYO SOCIAL

INSTRUCCIONES:

Marque con una "x" la respuesta adecuada a las situaciones presentadas a continuación:

1. La riña o el problema que ha tenido en su escuela:

¿A cuantas personas se lo cuenta?

- a)ninguna b)una c)dos o tres d)cuatro o más

¿A cuantas personas le gustaría poder contárselo?

- a)ninguna b)una c)dos o tres d)cuatro o más

2. Los favores como prestar alimentos, herramientas, utensilios de casa, cuidar niños, etc.:

¿A cuantas personas se los hace?

- a)ninguna b)una c)dos o tres d)cuatro o más

¿A cuantas le gustaría poder hacérselos?

- a)ninguna b)una c)dos o tres d)cuatro o más

3. Los amigos o miembros de su familia le visitan en su casa:

¿Conque frecuencia lo hace?

- a)raramente b)una vez al mes c)varias veces al mes d)una vez a la semana o más

¿Conque frecuencia le gustaría que lo hicieran?

- a)raramente b)una vez al mes c)varias veces al mes d)una vez a la semana o más

4. Sus problemas personales

¿A cuantos amigos o familiares se los cuenta?

- a)ninguna b)una o dos c)tres a cinco d)seis o más

¿A cuantos les gustaría poder contárselo?

- a)ninguna b)una o dos c)tres a cinco d)seis o más

5. El participar en grupos sociales de su comunidad o en deportes:

¿Con que frecuencia lo hace?

- | | | | |
|-------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| a)raramente | b)una vez al mes | c)varias veces al mes | d)una vez a la semana o más |
|-------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|

¿Con que frecuencia le gustaría poder hacerlo?

- | | | | |
|-------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| a)raramente | b)una vez al mes | c)varias veces al mes | d)una vez a la semana o más |
|-------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|

6. Tiene esposa (a) o compañero (a)?

- | | | | |
|------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| a)no | b)varios compañeros
distintos | c)un compañero
permanente | d)casado o vive
con alguien |
|------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

EVALUACION DE APOYO SOCIAL (PUNTAJE)

Se valoran cada una de las respuestas de la siguiente forma:

- | | | | | |
|----|------|------|------|-------|
| 1. | a)=0 | b)=1 | c)=4 | d)=5 |
| 2. | a)=0 | b)=1 | c)=2 | d)=3 |
| 3. | a)=0 | b)=1 | c)=4 | d)=8 |
| 4. | a)=0 | b)=6 | c)=8 | d)=10 |
| 5. | a)=0 | b)=1 | c)=2 | d)=4 |
| 6. | a)=0 | b)=2 | c)=6 | d)=10 |

NIVEL DE APOYO SOCIAL (PUNTUACION)

Menos de 15 puntos	Nivel Bajo	Su apoyo tiene poca fuerza
De 15 a 29 puntos	Nivel Moderado	Su apoyo es probablemente suficiente salvo en situaciones de estrés
De 30 o más puntos	Nivel alto	Su apoyo tiene mucha fuerza incluso en situaciones de estrés

NOMBRE	SEXO
EDAD	GRUPO

INSTRUMENTO 3

DIAGNÓSTICO PARA LA MEDICIÓN DE RIESGOS Y ENFERMEDADES

Lugar de aplicación: _____
 Nombre: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
 Nivel de escolaridad: _____

El presente cuestionario está diseñado para aumentar su conocimiento y su conciencia de su estado general de salud y para resaltar áreas potenciales de preocupación, sobre todo en riesgos y enfermedades. Le muestra las áreas de su estilo de vida donde usted tiene hábitos saludables y donde debe mejorarlos. Ud. debe mantener en mente que, aunque hay riesgos para la salud asociados con la edad, el sexo y la herencia que están fuera de su control, hay muchos otros que sí pueden modificar o controlar, tales como el ejercicio, la dieta, la obesidad, los niveles sanguíneos de colesterol, el uso de tabaco etcétera.

SECCIÓN 1. CONDICIÓN FÍSICA.

1.	Hace usted ejercicio a juega algún deporte durante, al menos treinta minutos, tres o más Veces a la semana?	SI	NO
2.	Hace usted ejercicios de calentamiento y enfriamiento antes y después de hacer ejercicios?	SI	NO
3.	Tiene usted el peso adecuado para su estatura y sexo?	SI	NO
4.	En general, está usted satisfecho con su condición física?	SI	NO
5.	Está usted satisfecho con su actual nivel de energía?	SI	NO
6.	Usa usted las escaleras, en lugar de los elevadores, cada vez que sea posible?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 2. HISTORIA FAMILIAR.

Tiene usted un abuelo, padre, tío/a, hermano/a que:

1.	Haya tenido un ataque al corazón antes de los 40 años de edad?	NO	SI
2.	Haya tenido presión sanguínea alta requiriendo tratamiento?	NO	SI
3.	Haya desarrollado diabetes?	NO	SI
4.	Haya desarrollado glaucoma?	NO	SI
5.	Haya desarrollado gota?	NO	SI
6.	Haya desarrollado cáncer de mama?	NO	SI

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 3. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO.

1.	Se lava usted los dientes diariamente?	SI	NO
2.	Se efectúa usted un chequeo dental, por lo menos, una vez al año?	SI	NO
3.	Usa usted bronceadores solares regularmente y evita las exposiciones prolongadas al sol?	SI	NO
4.	PARA MUJERES: Se examina usted las mamas en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	SI	NO
5.	PARA HOMBRES: Se examina usted los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	SI	NO
6.	Sabe usted usualmente qué hacer en caso de enfermedad o accidente?	SI	NO
7.	Evita usted los rayos X innecesarios?	SI	NO
8.	Duerme usted lo suficiente normalmente?	SI	NO
9.	Se ha medido su presión sanguínea en el último año?	SI	NO
10.	PARA MUJERES: Se ha hecho una prueba citológica en los dos últimos años?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 4. HÁBITOS ALIMENTICIOS.

1.	Bebe usted suficientes líquidos para que su orina tenga un color amarillo pálido?	SI	NO
2.	Tiene usted alimentos especiales o favoritos?	NO	SI
3.	Le añade usted sal a las comidas?	NO	SI
4.	Mantiene usted en un mínimo de consumo de productos dulces especialmente de Caramelos y bebidas gaseosas y de otros tipos	SI	NO
5.	Está su dieta bien balanceada, incluyendo vegetales, frutas, panes, cereales, productos Lácteos y fuentes adecuadas de proteína?	SI	NO
6.	Limita usted su consumo de grasas saturadas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas)?	SI	NO
7.	Limita usted su consumo de colesterol (huevos, hígado, carnes)?	SI	NO
8.	Come usted pescado y aves más frecuentemente que carnes rojas?	SI	NO
9.	Come usted alimentos altos en fibra, varias veces al día (vegetales, frutas, granos enteros)?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 5. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS.

1.	Fuma usted cigarrillos, tabaco, pipa, mastica tabaco o usa otras drogas?	NO	SI
2.	Se limita usted a consumir a lo sumo dos tragos al día?	SI	NO
3.	Ha oído usted críticas o comentarios de algún miembro de su familia o amigos sobre sus Hábitos alcohólicos o de su consumo de alguna otra droga?	NO	SI
4.	Le ha ocurrido alguna vez que ha perdido la memoria de lo que ha hecho estando bajo el Efecto del alcohol o de otra droga?	NO	SI
5.	Consumo usted alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de Angustia o problemas en su vida?	NO	SI
6.	Lee usted y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento recetado o Autoindicado?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 6. ACCIDENTES.			
1.	Maneja usted bajo efectos de alcohol u otras drogas o aborda un vehículo manejado por Algún conductor bajo los efectos del alcohol u otras drogas?	NO	SI
2.	Observa usted las reglas de tránsito?	SI	NO
3.	Opera usted maquinarias peligrosas que requieren atención y precaución bajo los efectos Del alcohol u otras drogas?	SI	NO
4.	Observa usted las medidas de seguridad en su local y centro de trabajo?	SI	NO
5.	Fuma usted en la cama?	NO	SI
6.	Se asegura de tener claras las instrucciones cuando usa productos o sustancias de Limpieza, tóxicos, inflamables, solventes y conexiones eléctricas?	SI	NO
7.	Se asegura usted de cerrar las llaves de gas o de mantener siempre las precauciones Con los combustibles que utiliza para su cocina?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 7. VALORES DE LA VIDA. ESFERA ESPIRITUAL E INTELECTUAL.			
1.	Se interesa usted por eventos relacionados con la vida política y social?	SI	NO
2.	Se siente usted satisfecho con el tiempo libre que dispone para su recreación y Entretenimiento?	SI	NO
3.	Es usted creativo o disfruta con las actividades que realiza?	SI	NO
4.	Se siente usted satisfecho al corresponder el trabajo que realiza con sus valores y motivaciones?	SI	NO
5.	Se siente usted satisfecho al corresponder las actividades recreativas que realiza con valores y motivaciones?	SI	NO
6.	Tiene usted dificultad para aceptar los valores, actitudes y estilos de vida de otras personas diferentes a usted?	NO	SI
7.	Esta usted satisfecho con su vida espiritual?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 8. ESTRES Y APOYO SOCIAL.			
1.	Se siente usted satisfecho con la cantidad de estímulos en su vida?	SI	NO
2.	Es fácil para usted reírse?	SI	NO
3.	Reprime sus sentimientos de disgusto sin expresarlos?	NO	SI
4.	Puede usted tomar decisiones con un mínimo de atención y frustración?	SI	NO
5.	Incluye usted en su rutina diaria un tiempo para relajarse?	SI	NO
6.	Se prepara usted para eventos desagradables que puedan producirle estrés?	SI	NO
7.	Ha tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en el trabajo en el pasado reciente?	NO	SI
8.	Ha tenido usted algún familiar o amigo muerto, herido o gravemente enfermo en los últimos tiempos?	NO	SI
9.	Tiene usted sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho?	NO	SI
10.	Ha cambiado sus hábitos de comer y dormir por alguna situación de estrés o algún incidente en el pasado reciente?	NO	SI
11.	Puede dormir frecuentemente sin despertarse en toda la noche?	SI	NO
12.	Se despierta usted descansado?	SI	NO
13.	Tiene usted una o más personas con las que pueda conversar problemas íntimos y personales?	SI	NO
14.	Se siente usted respetado y admirado por los demás?	SI	NO
15.	Tiene usted alguien a quien pueda pedir ayuda económica en calidad de préstamo si fuera necesario?	SI	NO
16.	Está usted satisfecho con el apoyo que brinda a los demás?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 9. MEDIO AMBIENTE.

1.	Vive o trabaja en un medio ambiente de contaminación de aire y ruido?	NO	SI
2.	Está usted expuesto a menudo a cloruro de vinilo, asbesto u otras toxinas?	NO	SI
3.	Ha extrañado usted su trabajo cuando lo ha dejado por alguna enfermedad o siente nostalgia por regresar a él?		
4.	Permanece sentado por períodos de una hora o más tiempo?	NO	SI
5.	Se siente usted satisfecho con sus habilidades para realizar sus actividades de trabajo?	SI	NO
6.	Cree usted que recibe justa y adecuadamente el reconocimiento por las actividades que realiza?	SI	NO
7.	Está usted satisfecho con la flexibilidad del tiempo entre sus actividades de trabajo y el tiempo libre?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 10. SEXUALIDAD.

1.	Está usted satisfecho con su actividad sexual?	SI	NO
2.	Está usted satisfecho con sus relaciones sexuales?	SI	NO
3.	Se siente satisfecho con usar (o no usar) anticonceptivos?	SI	NO
4.	Se siente usted satisfecho al realizar (o no realizar) prácticas sexuales protegida o seguras?	SI	NO

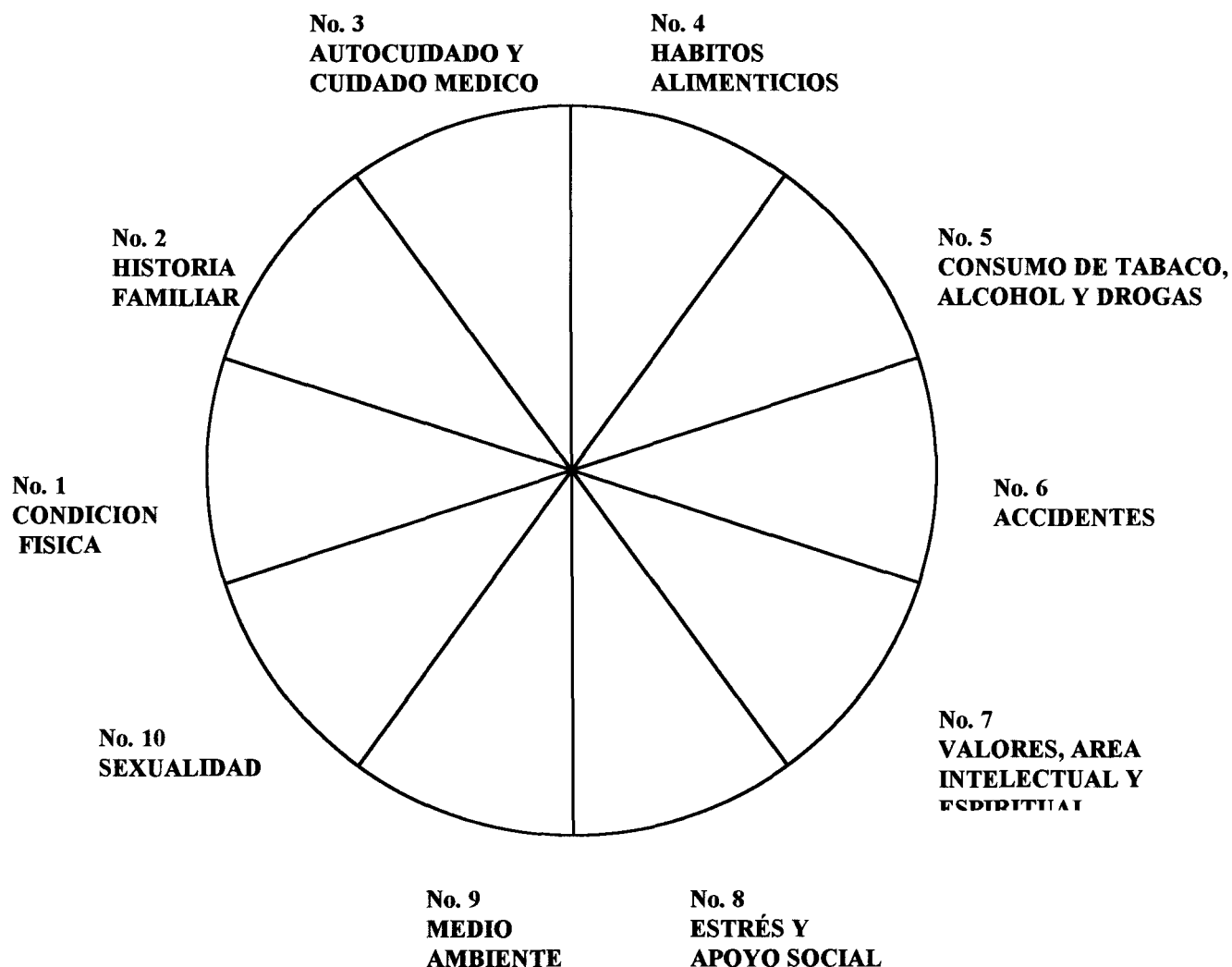
INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

Para cada sección del diagnóstico, escriba en los espacios el número de respuestas que usted marcó en la columna izquierda del mismo.

No. DE LA SECCIÓN	NOMBRE DE LA SECCIÓN	No. DE RESPUESTA EN LA COLUMNA IZQUIERDA
1.	CONDICIÓN FÍSICA	
2.	HISTORIA FAMILIAR	
3.	AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	
4.	HÁBITOS ALIMENTICIOS	
5.	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	
6.	ACCIDENTES	
7.	VALORES, ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL	
8.	ESTRES Y APOYO SOCIAL	
9.	MEDIO AMBIENTE	
10.	SEXUALIDAD	

El gráfico circular que se presenta a continuación, está dividido, según las mismas secciones del diagnóstico. Para cada sección del gráfico, sombree el número de respuestas que se ha anotado antes, yendo desde adentro hacia afuera.



MIENTRAS MÁS SOMBREADA SE ENCUENTRE CADA SECCIÓN, ESTO INDICA UN ESTILO DE VIDA MÁS SANO PARA LA MISMA

La sección número dos no se aplica a esta forma de interpretación por no tener usted control sobre la historia familiar. Si usted contestó SI a varias de estas preguntas trate de compensar este hecho concentrándose en las áreas sobre las cuáles sí tiene control.

ANEXO III

ESTRÉS – APOYO SOCIAL

De acuerdo a la aplicación de los instrumentos 1 y 2, se obtuvieron las siguientes combinaciones, para construir la figura 4.4. Salud – Violencia.

GRUPO VIOLENTO

1. MAS – AE = MR
2. BAS – BE = MR
3. MAS – BE = MR
4. BAS – AE = AR
5. MAS – AE = MR
6. BAS – AE = AR
7. BAS – BE = MR
8. MAS – ME = MR
9. MAS – ME = MR
10. MAS – BE = MR
11. BAS – ME = MR
12. BAS – AE = AR
13. MAS – ME = MR
14. MAS – AE = MR
15. MAS – ME = MR
16. MAS – AE = MR
17. MAS – ME = MR
18. MAS – ME = MR
19. MAS – AE = MR
20. MAS – AE = MR
21. MAS – BE = MR
22. MAS – BE = MR
23. MAS – ME = MR
24. MAS – BE = MR
25. AAS – AE = MR
26. MAS – BE = MR
27. MAS – BE = MR
28. BAS – AE = AR
29. MAS – BE = MR
30. BAS – BE = MR

GRUPO NO VIOLENTO

1. BAS – AE = AR
2. BAS – BE = MR
3. BAS – AE = AR
4. BAS – BE = MR
5. MAS – AE = MR
6. MAS – AE = MR
7. BAS – ME = MR
8. MAS – AE = MR
9. MAS – ME = MR
10. MAS – ME = MR
11. MAS – AE = MR
12. MAS – AE = MR
13. BAS – BE = MR
14. MAS – AE = MR
15. MAS – AE = MR
16. BAS – BE = MR
17. BAS – AE = AR
18. BAS – ME = MR
19. MAS – BE = MR
20. MAS – BE = MR
21. MAS – BE = MR
22. MAS – AE = MR
23. MAS – AE = MR
24. MAS – AE = MR
25. BAS – AE = AR
26. BAS – AE = AR
27. MAS – ME = MR
28. BAS – ME = MR
29. MAS – ME = MR
30. MAS – BE = MR

ANEXO IV

Para la construcción de la figura 4.5 de **Áreas de Riesgo y Violencia** nos apoyamos en el instrumento 3, Diagnóstico para la medición de Riesgos y Enfermedades.

GRUPO VIOLENTO

1. Sexualidad.
2. Condición Física
3. Consumo de tabaco, alcohol y drogas
4. Consumo de tabaco, alcohol y drogas
5. Condición Física
6. Sexualidad
7. Consumo de tabaco, alcohol y drogas
8. Condición Física
9. Sexualidad
10. Sexualidad
11. Sexualidad
12. Consumo de tabaco, alcohol y drogas
13. Hábitos Alimenticios
14. Consumo de tabaco, alcohol y drogas
15. Condición Física
16. Condición Física
17. Sexualidad
18. Historia familiar
19. Hábitos alimenticios
20. Hábitos alimenticios
21. Hábitos alimenticios
22. Condición Física
23. Hábitos alimenticios
24. Sexualidad
25. Historia familiar
26. Sexualidad
27. Hábitos alimenticios
28. Hábitos alimenticios
29. Hábitos alimenticios
30. Sexualidad

GRUPO NO VIOLENTO

1. Medio ambiente
2. Hábitos alimenticios
3. Condición Física
4. Historia familiar
5. Condición Física
6. Condición Física
7. Sexualidad
8. Condición Física
9. Hábitos alimenticios
10. Condición Física
11. Valores, área intelectual y espiritual
12. Hábitos alimenticios
13. Autocuidado médico
14. Condición Física
15. Medio ambiente
16. Sexualidad
17. Sexualidad
18. Condición Física
19. Sexualidad
20. Medio ambiente
21. Condición Física
22. Consumo de tabaco, alcohol y drogas
23. Condición Física
24. Historia familiar
25. Condición Física
26. Sexualidad
27. Sexualidad
28. Sexualidad
29. Sexualidad
30. Sexualidad

BIBLIOGRAFIA

- Arendt, Hannah. *Sobre la Violencia*, Joaquín Mortiz, México, 1970.
- Barreiro, Julio. “*Violencia en América Latina*”, Siglo XXI, México. 1971.
- Berkowitz, L. “*Agresión a Social Psychology Analyis*”, New York, Mc Graw Hill, 1974.
- Cárdenas, Víctor, UAM-I, (1998). Comunicación Personal.
- Carranza, A., M. y Almeida, A., E., (1995) “*La Investigación Participativa, Una Opción Metodológica para la Psicología Comunitaria*”, ed. UAP – UADY, págs 65-101.
- Fromm, Erich. “*Anatomía de la Destructividad Humana*”, Siglo XXI, 1980.
- Freud, Sigmund. *Obras completas*, 3 Tomos Biblioteca Nueva, Madrid España, 1970.
- González, Rey, “*Personalidad*”, ed. el pueblo y educación, Habana, 1982.
- Latorre, Postigo, José M., y Beneit, Medina, Pedro J., “*Psicología de la Salud*”, Ed. Lumen, Buenos Aires, Argentina, 1994.
- Lorenz, K. “*Sobre la Agresión: El Pretendido Mal*”, Siglo XXI, México. 1974.
- Mercy, James A., Rosemberg, Mark E., Powell, Kenneth E., Brooome, Claire V., Roper, William L. 1993. “*Public Health Policy for Preventing Violence*”, Health Affairs, Winter 1993, vol. 12, No. 4.
- Miedzian, Myriam. “*Chicos Son, Hombres Serán. ¿Como romper los lazos entre masculinidad y violencia?*”, Barcelona 1991.
- Morales, J. F. y Moya, “*Psicología Social*”, editorial, Mcgrawhill, Barcelona, 1994.

- Munné, F., *“Entre el Individuo y la Sociedad”*, Editorial, PPU, Barcelona, 1989.
- Nutbeam, Don, “Glosario de promoción de la salud.” En: *“Promoción de la salud: una antología”*, ed. OPS-México, 1996.
- OPS. 1993. *“Violencia y Salud”*. Washington, D. C., Documento CD37/19 (mimeo).
- OPS. 1993 *“Promoción de la Salud en las Américas”*. Washington, D. C., Documento CD37/117 (mimeo).
- O’neal, Robert, *“Proyecto de Investigación Interinstitucional sobre la Violencia Social en México”*. P.I.I.V.I.O.S., 1985.
- PRIMER CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACION SOBRE VIOLENCIA SOCIAL EN MEXICO. Proyecto de Investigación Interinstitucional Sobre Violencia Social en México. P.I.I.V.I.O.S. UNAM 1998.
- Restrepo, Helena. 1993. *“Propuesta de Acción para la Reducción de factores de Riesgo de Accidentes y Violencia”*. Washington, D. C., OPS (mimeo).
- Rodríguez, Marín, “Apoyo Social y Salud”. En: *“Espacio Urbano y Salud”*, ed. Síntesis, España, 1996, págs. 107-117.
- Rodríguez, Marín, *“La Psicología Social de la Salud”*, ed. Mc. Graw- Hill, España, 1997.
- Yunes, Joao y Rajs, Danuta. 1993. *“Tendencia de la Mortalidad por Causas Violentas entre Adolescentes y Jóvenes de la Región de las Américas”*, Washington, D. C., OPS (mimeo).