



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA SOCIAL

**ESTRÉS PSICOSOCIAL EN LOS PROMOTORES COMUNITARIOS DE LA
SIERRA DE SANTA CATARINA**

TESINA
QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA SOCIAL.

CECILIA VARGAS JUÁREZ
90224825

COORDINACIÓN DE DOCUMENTALES

ASESOR

IRENE SILVA SILVA
MTRA. PSICOLOGÍA SOCIAL

LECTOR

MARIO CARRANZA AGUILAR
DR. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

MÉXICO, D.F. OCTUBRE 2000.

Introducción	4
1. Contexto de la Sierra de Santa Catarina	9
1.1 Localización y entorno	9
1.2 Contexto Social	9
1.3 Contexto cultural	11
1.4 Contexto económico	11
1.5 Contexto Político	13
1.6 Contexto de Salud	14
2. Psicología de la Salud Comunitaria	18
2.1 Evolución del concepto Salud y Enfermedad	18
2.2 Promoción y Educación para la Salud	21
2.3 Psicología de la Salud	28
2.4 Psicología social de la salud	43
2.5 Psicología Comunitaria	47
2.6 Intervención Psicosocial	52
2.7 Intervención Comunitaria	53
3. La promoción Social	62
3.1 Características que dieron forma al concepto de promoción social	62
3.2 Definición del concepto de Promoción Social	65
3.3 Evolución de la Promoción Social en el Contexto Histórico	67
3.4 La promoción Social en México	88
3.5 La promoción Social en el Distrito Federal	91
3.6 La Promoción en el contexto histórico de la sierra de Santa Catarina.	107
3.7 Evolución de las diferentes formas de Promoción Social en la Sierra de Santa Catarina	108
3.8 Salud, Promoción y Promotores	133
3.9 Los Promotores Comunitarios de Salud: Trabajadores de servicios asistenciales	134
4. El estrés psicosocial	137
4.1 ¿Qué es el estrés ?	137
4.2 Fuentes de estrés	140
4.3 Estrés psicosocial y el burnout	145
4.4 Estrés, personalidad y salud	152
4.5 Estrés psicosocial y enfermedad	165
4.6 El afrontamiento al estrés	166
4.7 Estrés psicosocial y promoción	176
5. Modelo de Investigación Acción Participativa	181
5.1 Origen	181
5.2 Características de la Investigación acción Participativa	183
5.3 Conceptualización del proceso participativo	184
5.4 Criterios que fundamentan el modelo de investigación acción participativa	188
5.5 Evaluación	190
6. Metodología	194

6.1	Justificación de la Investigación	194
6.2	Planteamiento del Problema	195
6.3	Objetivos	195
6.4	Sujetos	196
6.5	Muestreo	197
6.6	Hipótesis y Variables	198
6.7	Instrumentos	198
6.8	Procedimiento de Intervención	203
7.	Resultados y Análisis	206
	Conclusiones	212
	Bibliografía	216
	Referencias	220

Introducción

El desarrollo acelerado de las ciudades y de las diferentes formas de vida es uno de los fenómenos que caracteriza a nuestra civilización, anteriormente al proceso de industrialización la población se concentraba en el área rural, pero en vista de los cambios económicos, políticos, culturales y sociales la gente emigró a las grandes urbes en busca de nuevas y mejores condiciones de vida, convirtiéndose así, predominantemente en zonas urbanas.

En el Distrito Federal, esta transformación ha ido acumulando una población constante de emigrantes que se distribuyen en la periferia de las ciudades, invadiendo propiedades ajenas, formando franjas miserables en zonas de inadecuadas condiciones urbanas para vivir. Esto inevitablemente trajo consigo un cúmulo de demandas por parte de la nueva población: Regularización de terrenos, servicios públicos, reconocimiento gubernamental etc.

Los acelerados procesos de industrialización y el desproporcionado avance del crecimiento urbano dieron origen a nuevas estructuras sociales, nuevas formas de pensamiento y conducta, y nuevas formas de organización.

La industrialización rompió la homogeneidad cultural de las concepciones tradicionales de la vida y la gente aprendió a participar activamente de manera diferente en organizaciones y movimientos sociales para exigir reivindicaciones colectivas definidas por carencias comunes, tales como la vivienda, la alimentación, la salud etc. Tal es el caso de las Organizaciones Civiles No Gubernamentales de la Sierra de Santa Catarina. En su mayoría dichas organizaciones no cuentan con el apoyo gubernamental por lo tanto los promotores comunitarios que laboran en las diferentes organizaciones son personas de la misma comunidad que aunque carecen de entrenamiento académico desempeñan roles claramente profesionales en la administración de servicios a la comunidad y están expuestos a la interacción con

personas. Esta dinámica a la que están sujetos los promotores comunitarios hace necesaria una investigación que ayude a entender la forma en que afecta a la salud de éstos el estrés que les produce esta interacción constante con la comunidad.

Esta investigación sobre el estrés psicosocial en los promotores comunitarios de la zona sur oriente de Iztapalapa, surge dentro de un proyecto que se ha denominado Psicología Social de la Salud que es una estrategia del Área de Bienestar Social de la Zona Sur Oriente de Iztapalapa (ZOSOI), que plantea la necesidad de un nuevo modelo para la atención para la salud que no sólo incluya el tratamiento médico - curativo sino que incorpore la promoción y mantenimiento de la salud así como el control de las enfermedades a partir de acciones sociales de salud que incentiven la participación comunitaria y se orienten a la conformación de comunidades sanas.

Una comunidad sana se define como aquella que está continuamente mejorando su ambiente físico y social, desarrollando recursos que permitan a la población llevar a cabo sus actividades cotidianas y maximizar su potencial por medio del apoyo mutuo.

Con esta investigación se pretende por un lado, vincular el proceso de enseñanza aprendizaje de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa a las necesidades sociales de las comunidades marginadas del Distrito Federal (D.F.), iniciada en la Comunidad de San Miguel Teotongo en el periodo de 1989 a 1992, donde se proponía vincular la psicología Social Comunitaria y la Investigación Acción Participativa con los problemas del Movimiento Urbano Popular. Por otro lado, la investigación pretende determinar si existen factores significativos que generan estrés psicosocial en los promotores comunitarios de la Zona Sur Oriente de Iztapalapa, conocer el tipo de personalidad que éstos manifiestan como recurso de afrontamiento frente a este tipo de estrés y determinar las áreas de alto riesgo para su salud, con el propósito de contar con elementos objetivos que ayuden a maximizar en ellos sus capacidades de afrontamiento para controlar y prevenir esta modalidad de estrés que surge por la tensión experimentada de los promotores en relación con su ambiente, principalmente por la interacción con las personas a quienes dan servicio, "los

intentos fracasados para manejar el estrés laboral es un factor determinante que tiene como consecuencia adquirir el síndrome del burnout, y la propensión a diferentes enfermedades ". (Grau Abalo J. 1998).

La investigación pretende ilustrar la relación que existe entre el denominado estrés psicosocial, en los promotores comunitarios de la Sierra de Santa Catarina y los comportamientos ligados a su salud y enfermedad.

En el primer capítulo, se analiza el contexto geográfico, social, cultural, económico, de salud y político de la Sierra de Santa Catarina, para conocer, desde su contexto, la problemática de la zona, la cual justifica de alguna manera, esta investigación.

En el segundo capítulo se aborda brevemente la evolución que ha tenido el concepto de salud desde el comienzo de este siglo. El nuevo enfoque es un concepto dinámico y cambiante "bio-psico-social", que pone énfasis en la prevención de las enfermedades y en una necesidad de promoción y educación para la salud. También se aborda en el mismo capítulo, el marco teórico de la Psicología de la salud, disciplina que surgió después de la promulgación de la carta magna sobre la salud emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una forma de cooperación entre las ciencias del comportamiento y las ciencias biomédicas, para hacer frente a las enfermedades crónicas que habían tenido un gran avance respecto a las enfermedades infecciosas.

Así mismo se describe a la Psicología Social de la Salud como la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de los problemas de salud, Tales como: la percepción de los síntomas por parte de los pacientes, la construcción social de la enfermedad, las actitudes de los profesionales de la salud, tratamiento y rehabilitación a los enfermos y sus familias.

También enmarca la teoría de los modelos que han contribuido al crecimiento de la Psicología Comunitaria, como "disciplina que investiga los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos puedan ejercer sobre su ambiente" y la intervención psicosocial como herramienta del cambio social (Montero, 1982).

En el capítulo tres se remarcan los conceptos, las definiciones, los modelos, la evolución, la metodología y la aplicación de la Promoción Social en el marco internacional así como a nivel local en México, concretamente en el área urbana del Distrito Federal (D.F.). Así mismo, dentro de la aplicación de la Promoción Social en el D.F., se describe la forma en que se ha llevado a cabo en la zona Oriente de la Ciudad de México, concretamente, en la Sierra de Santa Catarina y específicamente, las Colonias de San Miguel Teotongo, Miravalle e Ixtlahuacán, También se resalta la labor de los promotores comunitarios y el riesgo que tienen de adquirir enfermedades psicosomáticas por la relación humana constante que tienen con la comunidad y el rol de dar servicio asistencial a la misma. En el capítulo cuatro se aborda, el marco teórico del estrés, se remarca la influencia del estrés psicosocial como factor importante en la propensión a enfermedades crónicas y se resalta la importancia de la personalidad como categoría que influye de manera determinante en la forma en que se afronta el estrés

En el capítulo cinco se exponen las vertientes o paradigmas para entender o aplicar las relaciones entre la teoría y la práctica del Modelo Investigación Acción Participativa haciendo una revisión histórica de la evolución de éste. Así como la conceptualización del proceso y los criterios en que se fundamenta la alternativa de investigación social. En el capítulo seis, se describe la metodología utilizada en la investigación, y finalmente, en el capítulo 7 se describen los resultados y las conclusiones obtenidas en ella.

CAPITULO 1

**CONTEXTO DE LA SIERRA DE SANTA
CATARINA**

1. Contexto de la Sierra de Santa Catarina

1.1 Localización y entorno

La Sierra de Santa Catarina es un conjunto montañoso localizado en el oriente de la Ciudad de México en la delegación política de Iztapalapa, la integran 47 colonias donde habitan aproximadamente 350,900 personas. 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. Tiene dos tipos de terreno: el lomerío en un 80%, el resto es planicie en declive, su terreno es básicamente de piedra volcánica en un 70% y arena en un 30%, con una vegetación propia de regiones desérticas; Entre la fauna que existe en la región se encuentra la víbora de cascabel, el zorrillo, el búho, el gorrión etc.

La zona tiene pocas vías de acceso que inician y desembocan en la Calzada Ermita Iztapalapa, en las 47 colonias se observan sólo dos avenidas principales que dividen a la sierra en dos. La comunicación entre las colonias es difícil por las barrancas y cañadas que son muy comunes en la zona. Un 90% de las construcciones son de tabique y ladrillo, están trazadas para edificarse y ordenarse en manzanas rectangulares, aunque a veces el terreno obliga a construir en pedazos de tierra triangulares e irregulares.

1.2 Contexto Social

La población de la Sierra de Santa Catarina (SSC) proviene principalmente del interior de la República y del centro de la ciudad de México. Las causas de los asentamientos en estos lugares fueron el encarecimiento del terreno, la vivienda y los servicios públicos, de la ciudad, así como el empobrecimiento del medio rural.

Los terremotos de 1985 agravaron el problema de la vivienda, se destruyeron inmuebles, la reconstrucción fue insuficiente por falta de programas, espacios y recursos económicos. Una opción en esos momentos fue el oriente de la ciudad.

Un 74% de la población de la Sierra proviene del interior de la República. Un 17% de Oaxaca, el 14% de Puebla, 9% del Estado de México, 6% de Michoacán y Guerrero y 4% de Hidalgo. En menor medida hay originarios de Guanajuato, San Luis Potosí, Morelos, Veracruz, Tlaxcala, Jalisco, Querétaro, Coahuila, Zacatecas, Tamaulipas, Durango y Chiapas. La tercera parte llegó de las colonias del centro de la ciudad: Candelaria de los Patos, Morelos, Michoacán, Obrera y Guerrero.

La mayoría de los colonos es dueño de sus predios, los jóvenes buscan desplazarse hacia lugares más cercanos al centro de la ciudad, muy pocos son los que lo logran, casi siempre terminan viviendo en las casas de los padres, incrementando la demanda de espacios y de servicios públicos.

La población joven de la Sierra tiene un peso importante, 40% es menor de 30 años, el 30% tiene entre 31 y 40 años de edad.

Las familias de la Sierra de Santa Catarina son numerosas, las forman 8 integrantes en promedio. En una misma casa habitan dos o más familias. En estas familias persisten las formas tradicionales de relación. Los padres y las madres siguen siendo la máxima autoridad, los abuelos tienen representatividad pero carecen de fuerza para ejercer o establecer una línea de mando. Los hijos y sus esposas tienen que supeditarse al jefe de la familia. Es frecuente la preparación de alimentos en común.

Las madres solteras, son un grupo de población numeroso (15% de la población total), los abuelos y padres de los grupos primarios son casados por la Iglesia más que por lo civil, el origen provinciano de los abuelos y padres, explica el peso de lo religioso sobre lo civil.

Entre los jóvenes sucede al contrario. El 60 % de las parejas entre los 18 y 20 años, se casan civilmente, de estos sólo un 40% también lo hace por la religión católica.

1.3 Contexto cultural

La escolaridad de los habitantes de la Sierra de Santa Catarina es baja y diferente por principalmente entre los grupos primarios (abuelos y padres) de la población. Las mujeres adultas llegan hasta la secundaria, los hombres sólo concluyen la primaria. Los jóvenes son los que rebasan esos niveles llegando algunos al medio superior.

Los padres de familia no tuvieron acceso a la educación escolar por su pronta incorporación a la actividad económica.

La calificación para el trabajo es insuficiente. Sólo el 10% de la población en edad de trabajar se formó en centros de capacitación. El resto de los trabajadores se capacitó a partir de su propia actividad productiva.

La infraestructura escolar es insuficiente, no sólo en la zona sino en toda la Delegación. No existe ninguna escuela de nivel medio, no hay escuelas de nivel superior, aunque a unos 20 kms. Existe actualmente una unidad de la Universidad Autónoma Metropolitana.

Son pocos los centros de capacitación para el trabajo, los bajos niveles de escolaridad y el alto analfabetismo, así como la poca infraestructura escolar, reducen las posibilidades de incorporación a la vida productiva.

1.4 Contexto económico

La responsabilidad económica de los hogares de la Sierra de Santa Catarina recae principalmente en los padres e hijos varones. Sin embargo, en los últimos años la

incorporación de la mujer en las actividades productivas es cada vez más común. De la población de hombres del primer grupo familiar, el 77% se encuentra laborando. Un 59% de los hijos realizan alguna actividad remunerada y un 22% de las mujeres también está incorporada a la vida productiva. Un 10% de adolescentes y niños trabaja en actividades de ambulante y servicios menores.

La población económicamente activa de la Sierra se distribuye de la forma siguiente: trabaja principalmente en el sector industrial, le sigue el comercial y de servicios, y en tercer lugar, el agropecuario. Un 42% de la población económicamente activa tiene contrato de trabajo de planta; 37% es eventual y el 21% restante realiza trabajo por su cuenta o en forma independiente.

El 85% de la población de la zona que trabaja lo hace fuera de la Sierra e incluso de la Delegación Iztapalapa, esto se explica porque en la zona no existen industrias y la actividad económica más representativa es el pequeño comercio.

La ocupación de los jefes de familia hombres son mayoritariamente de aquellas remuneraciones por abajo del salario mínimo, como albañilería, comercio ambulante, entre otras.

El 78% de las madres de familia se dedica a labores del hogar. El 22% que trabaja dedica a la venta de productos perecederos, productos de belleza y artículos para el hogar, se emplea en tiendas y comercios pequeños, como empleadas domésticas o trabajadoras de la maquila de costura en talleres generalmente clandestinos. Los jóvenes en edad de trabajar son empleados en comercios y empresas, son obreros, comerciantes y choferes. El desempleo alcanza al 25% de la población en edad de trabajar, las causas principales de desempleo son la terminación de contratos temporales, el recorte de personal, el cierre de empresas y las enfermedades. Las colonias donde se detectaron los mayores índices de desempleo son: Xalpa, Potrero, y Santa Catarina.

En general, el ingreso familiar es insuficiente para satisfacer las necesidades básicas. En promedio, el ingreso de los integrantes de las familias puede rebasar los dos salarios mínimos mensuales, sin embargo, la composición del gasto familiar apenas se estructura con menos de un salario mínimo mensual. El resto de los ingresos cubren las necesidades de vestido o pago de deudas, por lo que no es posible el ahorro.

El gasto se destina básicamente a la compra de alimentos, transportación, renta, educación, agua, diversión, salud, luz y teléfono. El gasto mayor es para la alimentación y el transporte, dejando de un lado otros aspectos tan importantes como la salud y la educación. Como consecuencia, se ha reducido o eliminado el consumo de carnes como el pescado, la res, el cerdo y el pollo. Las necesidades del vestido se cubren con la confección familiar y los regalos de familiares y amigos, o con la compra de ropa de segunda y de mala calidad. Las opciones de diversión se reducen a la televisión y las fiestas familiares.

1.5 Contexto Político

El nacimiento y desarrollo y desarrollo de las Colonias de la Sierra de Santa Catarina se encuentra directamente vinculado con la lucha política de una parte de la población y los intereses electorales de las autoridades gubernamentales. La regularización de los terrenos y la lucha por los servicios públicos ha sido el eje fundamental de la participación vecinal de la zona. La venta fraudulenta de terrenos de algunos fraccionadores y la negativa de las autoridades locales por regularizar los terrenos, provocaron que la gente se organizara en diversos frentes, que van desde los independientes hasta los que pertenecen al Partido Revolucionario Institucional (PRI). En los años 60 la lucha por la adquisición y regularización de los terrenos fue un elemento aglutinador, no sólo de los habitantes de la zona, sino de grupos activistas que llegaban ahí para apoyar y asesorar los movimientos.

Estos grupos a lo largo de la historia de la formación de las colonias se han convertido en antagónicos, no obstante su origen de clase es muy similar. Se ha pasado de la lucha contestataria y la descalificación calumniosa, a la gestión e interlocución con autoridades del gobierno. También se ha impulsado la lucha parlamentaria y actualmente se busca no tan sólo la adquisición de bienes y servicios para la población, sino alcanzar posiciones y representación en los órganos gubernamentales.

En las colonias San Miguel Teotongo, Lomas de la Estancia y Xalpa existen organizaciones vecinales independientes, mientras que en las colonias Santa Catarina, Potrero y Buenavista tienen mayor presencia organizaciones de corte partidario, principalmente del PRI (Partido Revolucionario Institucional).

El Partido que tiene mayor presencia en la zona es el PRI, seguido del PRD (Partido de la Revolución Democrática), y el Partido Ecologista Mexicano

1.6 Contexto de Salud

La salud de los habitantes de la Sierra de Santa Catarina es mala y con pocas oportunidades de atención. Existen en la zona índices importantes de desnutrición infantil y en mujeres embarazadas.

Los habitantes de la Sierra están expuestos a la adquisición de enfermedades y padecimientos crónicos por la alimentación inadecuada, los malos hábitos de limpieza e higiene y las condiciones del medio ambiente en que se desarrollan, entre otras cuestiones. También influyen los hábitos alimenticios y la situación económica y social del país.

La población en su conjunto padece de enfermedades de origen respiratorio (60%) como gripas por resfriado e infecciones, anginas, bronquitis y neumonía, en ese orden

de importancia. En segundo lugar (27%) se ubican las enfermedades de carácter gastrointestinales con diarreas y vómitos, parásitos, estreñimiento, indigestiones y apendicitis. También hay afecciones en el sistema circulatorio (10%), nerviosas (5%), reumáticas (4%), y otras (4%), entre las que prevalecen principalmente.

Los habitantes de la Sierra de Santa Catarina recurren, según su situación, a la atención médica, pública o privada, pero poco más de una cuarta parte (27%) opta por los "remedios caseros". Sólo un 13% puede acudir a un médico privado. En la forma de atención a la salud influyen diferentes aspectos, entre ellos, el cultural, pero es sobre todo la falta de recursos económicos lo que determina el cómo y dónde curarse. Sólo el 18% tienen acceso a la seguridad social, es decir, sólo los trabajadores de empresas tienen derecho a este servicio, por lo tanto, prácticamente un 80% debe buscar otras opciones de procurarse salud. Por fortuna, actualmente existe una diversidad de opciones para obtener comportamientos que conlleven a tener una vida más saludable.

En la Sierra de Santa Catarina, los hábitos alimenticios los determina la supervivencia, así como el tipo y cantidad de productos que consumen, el desayuno consiste en café o té, un huevo, algo de "carne" de las llamadas frías como mortadela, pastel de pollo, queso de puerco o queso fresco con frijoles tortillas. La comida se hace con frijoles como base, arroz, y verduras de las más económicas. Cenar sólo café de sobre o atole de maicena o masa, tortillas y frijoles.

Como una estrategia de ahorro y subsistencia de los habitantes de la zona, consumen los productos alimenticios en los comercios más cercanos y donde se encuentren los precios más bajos. En los tianguis, en las tiendas de barrio, algunas pertenecen a organizaciones de partidos políticos o de colonos independientes, en la central de abasto etc.

La crisis económica ha hecho estragos en la condición de vida que han tenido que adoptar los habitantes rompiendo con hábitos, costumbres, tradiciones culturales traídos de sus diferentes lugares de origen.

La escasez de agua es uno de los principales problemas de la zona. La mayoría de las viviendas tiene la instalación para recibirla, sin embargo, llega esporádicamente cada 7 ó 15 días. La población utiliza agua que surten pipas de la Delegación y algunas particulares.

No obstante que la zona cuenta con la mayoría de los servicios públicos, éstos son insuficientes para sus 350,000 habitantes. Los servicios con que cuenta la zona son producto de la lucha que por décadas (más de 30 años) han sostenido los colonos organizados ante los gobiernos locales. El papel de las uniones de colonos ha sido fundamental para conseguirlos. Destacan en esta lucha el papel de las Uniones de Colonos de Xalpa, de Lomas de la Estancia y San Miguel Teotongo. En estas colonias, además de los servicios, se han conseguido otros beneficios que han contribuido a elevar el nivel de bienestar.

La Sierra de Santa Catarina es un área de mucho valor ambiental por ser una extensión de terreno importante para la recarga de los mantos acuíferos de la Delegación y sus alrededores: es una barrera natural a los vientos del sur que tiene un alto contenido de partículas disueltas; representa una zona de protección ecológica, con especies vegetales y animales que son relevantes y que se deben preservar, son áreas susceptibles de reforestar. La superficie de la Sierra abarca 18.29 kms. Cuadrados; 10.52 pertenecen a Iztapalapa y 7.77 a Tláhuac.

El tipo de vegetación facilita el cultivo y recolección de plantas medicinales como el gordolobo, el estafiate y la jarilla, entre otras. La explotación del terreno ha ido devastando el entorno en casi un 60%, reduciendo no tan sólo el paisaje y la protección ambiental, sino también, la cantidad de agua y humedad para la zona.

CAPITULO 2

PSICOLOGIA DE LA SALUD

COMUNITARIA

2. Psicología de la Salud Comunitaria

2.1 Evolución del concepto Salud y Enfermedad

En los marcos de la medicina tradicional, la salud se ha definido por distintas expresiones semiológicas, considerándose como ausencia de síntomas, esto es, como la "ausencia de enfermedad", esta definición clásica y convencional se asocia a sensaciones, como el malestar, el dolor, la incomodidad, la fiebre, la hemorragia, etc.

Según esta concepción, el estado de salud pasa inadvertido, porque está ligado a parámetros biológicos igual que la enfermedad; la salud es definida como la "normalidad" frente a la "anormalidad" de la enfermedad. Estos parámetros se construyen según la cultura del grupo social. Es decir, el contexto sociocultural determina las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y a la enfermedad, al dar contenido a estos conceptos (Rodríguez M, 1995, p.24).

En toda sociedad existe una separación entre la enfermedad física y la enfermedad socialmente reconocida. En ciertos casos, los trastornos se ignoran o incluso se consideran como signos de buena salud. Por consiguiente la enfermedad no sólo depende de una convención cultural, sino que además, un estado biológico determinado puede ser o no considerado una "enfermedad" según el grupo cultural en cuyo seno se manifiesta. Conviene subrayar el carácter dinámico de las relaciones conflictivas que el hombre imagina que existe entre la naturaleza y la sociedad. Se establecen categorías de ser (sano) de tener (salud) y de crear (salud). Por lo tanto una verdadera salud es la que uno mismo crea, la que se manifiesta por un "equilibrio" por un desarrollo, que se percibe como un excedente que permite enfrentarse a todas las agresiones y que proporciona un sentimiento de bienestar físico, se manifiesta por el buen humor y por las buenas relaciones con el otro, en una palabra, por la actividad. (Barrere, 1992, p.117).

El concepto de salud ha cambiado desde el comienzo del siglo, y ha añadido al marco de referencia biológico, el psicológico y el social. En 1948, en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, (OMS), se definió la salud como: "El estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de la enfermedad". En esta definición aparecen explícitamente, por primera vez, como componentes de salud dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que se suman a la biológica, dando lugar al concepto "integral" de salud; el cual más tarde se denominaría como el "modelo bio-psico-social". Lo importante del nuevo concepto de salud es la aceptación de que la salud implica factores personales, grupales, sociales y culturales.

Esta concepción renovada de la salud surge, sobre todo, por el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas frente a las infecciosas y los hallazgos epidemiológicos que ponían de relieve la importancia de los comportamientos en su génesis. (Rodríguez, 1995 p. 354).

En el año de 1978, la OMS celebró la Conferencia Internacional sobre la "Atención Primaria de Salud" en Alma Ata. En ella se promulgó la Carta Magna mediante la cual se pretendían coordinar las estrategias que se desarrollarían en el campo de la salud. 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 mundo. (Becoña, 1995, p.100). Actualmente, además de enfermedades con un alto índice de morbilidad y mortalidad como el cáncer, el SIDA, las enfermedades cardiovasculares, etc.; las desigualdades de acceso a los servicios sanitarios, en función de la posición social, el descenso de la calidad asistencial y el incremento de los costos, son problemas cada día más relevantes. El cambio de filosofía de la OMS, pone ahora el énfasis, no en la curación sino en la prevención y promoción, y en la atención a factores que van más allá de lo puramente biológico. Esta mejora, pasa por asegurar a todos los ciudadanos las condiciones fundamentales para la salud, reducir los riesgos asociados al estilo de vida, mejorar los aspectos sanitarios de las condiciones de vida y de trabajo, y

proporcionar acceso a toda la población a la atención primaria. (Cancillo, 1993, p.357).

El 21 noviembre de 1986, la Primera Conferencia Internacional sobre la "Promoción de la salud", dirigida a la consecución del objetivo: "Salud para todos en el año 2000". En dicha propuesta se consideró necesario manejar una nueva concepción de salud pública y por consecuencia una reformulación en cuanto al concepto de salud, así entonces, se define como: "La fuente de riqueza de la vida cotidiana", de tal manera que se estructura la salud como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

La salud se entiende, como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional que permita los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad. (OMS, Ottawa, 1986). Así entonces en este nuevo concepto de salud se admite que para lograr un estado óptimo de salud se deben considerar factores personales, grupales, sociales y culturales, ya que son determinantes tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico de los procesos a enfermar. Al respecto, Rodríguez Marín (1995) señala que "la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no puede comprenderse si se le separa de su contexto social. El hombre vive formando parte de grupos y define su realidad personal por referencia a condicionamientos de tipo social".

Según esta visión holista o integral de la salud, se define como:

a) Un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, teniendo a la plenitud su autorrealización como entidad personal y como entidad social.

b) Es un concepto dinámico y cambiante, cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y/o acepta.

c) Es no sólo un derecho de la persona, sino además una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promovida pro la sociedad y sus instituciones.

d) Es un problema social y político cuya solución pasa por la participación activa y solidaria de la comunidad

2.2 Promoción y Educación para la Salud

La prevención es un concepto relacionado con la enfermedad, y la promoción es un concepto relacionado con la salud, que implica no sólo la protección y el mantenimiento de la salud, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad (Maes, 1991; Salleras, 1985). Por tanto la promoción de la salud supone la instalación y mantenimiento de comportamientos no sólo saludables, sino también aumentadores de las capacidades funcionales física, psicológicas y sociales de la persona. Para ello es necesario la educación. Una Educación Popular es entendida como la educación para los movimientos sociales, tiene por objeto la recreación de las bases de sociabilidad en una sociedad dada: es, por tanto, parte de un gran movimiento de transformación histórica. Se distingue claramente de la política y de la educación cívica, en la medida en que no se preocupa por cuestiones de procedimiento, la ingeniería política, el manejo y manipulación de los mecanismos del poder. La educación para los movimientos sociales es un subsistema de educación programada e informal, orientado a complementar el conjunto de actividades educativas y formativa existentes en la sociedad. La manera de practicar la educación, el propio modo de interpretarla varía sistemáticamente en la misma medida que se modifican sus usos sociales. Los programas de educación popular pueden constituirse como uno de los

instrumentos de formación-organización del pueblo, a lo largo de su propia acción transformadora.

Una acción transformadora de estructuras sociales, comprendida como tarea de responsabilidad popular, es tanto más auténtica y eficaz cuanto más establecida esté sobre la viabilidad de participación movilizadora y crítica de sus agentes. La educación popular puede ser, concretamente un instrumento de desarrollo de la conciencia crítica popular, en la medida en que aporte instrumentos para que los agentes populares de transformación sean capaces de vivir, a lo largo de su acción.

En términos prácticos, es posible concebir una educación popular participante como forma de acción transformadora, en la medida en que los dos polos: realidad existente-acción necesaria.

La acción popular transformadora debe representar siempre un nuevo proyecto global de relaciones sociales que se opone, en las sociedades clasistas, a las interpretaciones corrientes de la realidad social. La educación popular debe ser uno de los instrumentos de re-significación de la propia realidad social en la medida en que se vuelve una situación organizada del encuentro de personas que actúan colectivamente en la tarea de "transformar el mundo". La educación popular exige de sus agentes, una instrumentación personal que se vuelve progresivamente más compleja. La educación popular asume, por lo tanto, la tarea de cuidar de esta instrumentalización, de un modo aparentemente similar al de algunos programas tradicionales de educación para adultos, pero a través de otros procesos, porque los objetivos de la propia instrumentalización son otros.

Un programa de educación popular tiene como fundamento la necesidad y la posibilidad de que el sistema sea transformado por el pueblo para que él pueda transformarse plenamente en agente de su propia historia. Toda la instrumentalización de la educación popular debe tener como objetivo, en último análisis, una mayor adecuación al sistema y, al mismo tiempo, una mayor adecuación

a los procesos a través de los cuales moviliza la acción transformadora. La educación dirigida a los movimientos sociales no sólo tiene por objeto el aprendizaje y reflexión acerca de ciertas materias conocimiento y destrezas, sino que es una actividad social básica para la sociedad. La educación se transforma en una práctica preorganizativa de convivencia democrática, de interrelacionamiento personal. El primer momento educativo sería el de la constitución del individuo como tal. Se trataría de realizar una serie de prácticas que condujeran a personalizar y dar seguridad en sí mismos a los individuos. Realizando este proceso, se podría provocar un movimiento conducente a tomar conciencia de que sólo en el nivel del agrupamiento se pueden resolver ciertos problemas que en el primer nivel aparecen irresolubles. El segundo momento, por tanto, estaría dado por la constitución de la comunidad. El camino hacia el tercer momento es por lo general visto como el de mayor nivel educativo, ya que implica salir de la comunidad y plantearse los problemas de la sociedad y el Estado, reivindicar los derechos grupales sobre ese conjunto, y actuar históricamente siendo parte y actor del cambio social. (Carranza, A :M: y Cols (1991). La educación enfocada a la salud tiene que ver directamente con la promoción.

La promoción de la salud se realiza grupalmente mediante acciones ejercidas sobre los individuos que les lleve a modificar sus comportamientos, para 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 (OMS, 1969).

Los programas de promoción y prevención sanitarias se pueden realizar con enfoque individuales, grupales o comunitarios.

Incluyen:

a) Campañas en los medios de comunicación

b) Intervenciones directas personales

Utilizan intervenciones unidimensionales y multidimensionales dependiendo de si se pretende producir cambios en una o varias conductas de riesgo o de salud simultáneamente. Las teorías más utilizadas en este campo es el modelo de creencias sobre la salud, y la teoría de la acción razonada. (Rodríguez , 1995, p358) .Como ya se menciona anteriormente, la promoción de la salud se relaciona estrechamente con la educación para la salud o educación sanitaria. Este término se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. La educación para la salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible par modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades.

Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud. Sin embargo, la educación para la salud no se preocupa sólo de los individuos concretos y de sus conductas saludables y de riesgo. En el ámbito de la promoción de la salud es también necesario poner en práctica diferentes formas de educación para la salud dirigida hacia los grupos y las organizaciones y hacia las comunidades enteras.

Estas actividades educativas pueden servir para concienciar sobre las causas económicas, ambientales, estilos de vidas en salud y de la enfermedad.

Esta evolución de la educación para la salud significa una superación del papel que tradicionalmente se le ha atribuido, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo; y se convierte así un potente instrumento para el cambio. Para ello es necesario que su contenido incluya informaciones que, por ejemplo, demuestre la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación

de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios ambientales, económicos o sociales que favorezcan la salud.

De este modo, la educación para la salud y la promoción de la salud quedan estrechamente entrelazadas. La promoción de la salud depende, en esencia, de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio. La educación para la salud es una herramienta de vital importancia en este proceso .(Nutbeam, 1996,p385).

Puede entenderse como una combinación de cuatro pasos: análisis del problema, e identificación de los determinantes de la conducta, intervención comportamental y evaluación.

La educación para la salud se dirige, primordialmente a personas sanas con el objetivo inicial de prevenir la enfermedad, pero también para mejorar la calidad de la salud (Ewles y Simnett ,(1985).

Es necesario pues, crear condiciones generativas de salud, manteniendo y consolidando una comunidad despierta y atenta a esferas que van más allá de la reproducción. Dichas condiciones nos acercarán al ideal de una sociedad civil fuerte, justa y sana. Para ello es indispensable abordar la salud y la enfermedad desde una "salud comunitaria". La cual trabajaría en la mejoría de la calidad y oportunidad de los servicios de promoción y educación de la salud, prevención y curación de las enfermedades, así como en la rehabilitación, ejecutados por el grupo interdisciplinario a través de su coordinación para el logro del bienestar de la comunidad.

a) Estilos de vida y salud

Estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, por su parte, las pautas comportamentales pueden

definirse a su vez como formas recurrentes de comportamiento, que se ejecutan de formas estructural y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder diferentes situaciones, y constituyen subrutinas comportamentales

Así pues, en la medida en que el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de la persona tienen, o pueden tener, efectos importantes en su salud, y dado que cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con malos hábitos comportamentales, el análisis de los estilos de vida tiene un interés creciente para las ciencias sociométricas en general y para la Psicología de la Salud en particular. La identificación de entornos de alto riesgo, el diseño de estrategias de intervención en ellos así como el fortalecimiento de los recursos de resistencia no sólo personales, sino también sociales, son formas de alterar los sistemas sociales de los hábitos de salud.

El análisis de los estilos de vida debe hacerse desde un modelo que considere al ser humano como el punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos. El comportamiento individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento a su vez sobre la integridad funcional de la persona. Por lo tanto, las teorías más funcionales en el comportamiento individual han de ser complementadas con teorías más centradas en el marco social, como las teorías de la Influencia social, de la comparación Social, y otra que expliquen el desarrollo y establecimiento de estilos de vida insalubres, asumiendo la hipótesis de que los comportamientos no son elementos aislados del contexto social y las personas incorporen a su estilo de vida, comportamientos promotores o protectores de la salud.

Los comportamientos promotores o protectores de salud se incluyen dentro de las denominadas conductas de salud y tienen una función básicamente preventiva, en donde una persona lleve a cabo comportamientos protectores de la salud. Esta

depende de factores motivacionales que a su vez dependen de la percepción, que la persona tiene de la amenaza que la enfermedad constituye para ella, de la eficacia que cree que la conducta tendrá para recurrir a la amenaza y de la influencia que sobre ella ejercen comportamientos.

Los comportamientos saludables como la gran mayoría de los constituyen el repertorio comportamental del ser humano, se adquiere mediante proceso de aprendizaje, por vía de experiencia directa y por modelos sociales .

Los modelos en el campo de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud que intentan dar cuenta del comportamiento de salud en el ser humano

a) El modelo de creencias sobre la salud. (MCS)

Propone la explicación del comportamiento protector/ preventivo, centrándose en variables psicosociales, sobre la base de un cuerpo de teoría psicológica, la teoría del campo social de Lewin, la teoría de la expectativa del valor o del valor esperado y de las teorías sobre toma de decisiones en condiciones de incertidumbre.

La limitación de este modelo es que mayoría de los estudios sobre la eficacia explicativa del MCS, son retrospectivos y, por tanto, resulta imposible determinar a partir de ellos si la creencia de salud existe antes o se genera después de la realización de la conducta de salud estudiada.

b) La Teoría de la Acción Razonada (TAR)

Subraya el papel de los factores cognitivos como determinantes de la conducta en general, y de las conductas de salud en particular, complementa y mejora aspectos del análisis de la toma de decisiones en materia de salud, separando las creencias de las actividades y subrayando la importancia capital de la influencia de los otros

significativos sobre la intención de actuar del individuo. El supuesto básico de la TAR, es que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que disponen. Suponiendo que las personas consideran la importancia de sus acciones antes de decir o llevar a cabo o no una conducta dada.

c) La teoría de la Acción Social (TAS)

Este modelo concibe al individuo como un sistema autoregulatorio que intenta activamente alcanzar objetivos específicos y como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos serialmente en etapas; la primera a la autoregulación como una acción de estado deseada, la segunda a un conjunto de mecanismos de cambio interconectados; y la última a un subcomponente de sistemas socio- ambientales más amplios que determinan contextualmente como operan los mecanismos de cambio personal. Hace hincapié en el contexto social en el mantenimiento de los procesos de autocambio a los ambientes interpersonales y especificando las influencias macrosociales y ambientales que permiten o contribuyen en el cambio personal.

En un intento de integración, el concepto de calidad de vida fue introducido hace tiempo en el debate de las metas del tratamiento médico a largo plazo. En psicología de la Salud habitualmente la calidad de vida se estudia desde esa perspectiva. Rodríguez Marín (1994) Cap. 2

2.3 Psicología de la Salud

a) Concepto

La definición más completa y breve la dan:

Fernández , Alonso (1978):

"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"ⁱⁱ

Y Taylor(1986):

"La 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 llega a ésta, y como responde una persona cuando está enferma"ⁱⁱⁱ

b) Origen de la Psicología de la Salud

El origen de la psicología de la Salud se remonta a los años setenta, en el año 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, se apostaba por el objetivo básico de proteger y promover la salud como alternativa al simple tratamiento o rehabilitación de las enfermedades. (OMS).

Las primeras aplicaciones prácticas subsiguientes a la Conferencia de Alma Ata, se tradujeron en la cooperación entre las ciencias del comportamiento y las ciencias biomédicas, fruto de la cual se ha constituido recientemente un área de convergencia científica, metodológica y técnica: la medicina comportamental (Schwartz y weiss, 1997, Reig, 1981), con ello se apuntaló definitivamente el rechazo a la dicotomía entre salud física y salud mental y se apostó por el modelo biopsicosocial. Además, el cada vez menos indiscutible y destacado papel del comportamiento en la salud ha dado

lugar muy recientemente a un nuevo campo de investigación e intervención, la Psicología de la Salud (Matarazzo, 1984, Reig, 1985).

El énfasis de esta nueva área de trabajo se sitúa en la prevención enfocando sus intervenciones en la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados. La Psicología de la salud desde los años setenta ha tenido un desarrollo vertiginoso en el campo académico, de investigación y profesional.

c) Areas de aplicación

Las áreas de aplicación según Taylor (1986) son:

- * Los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
- * Los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad
- * La 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.
- * Conocer el impacto de las Instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollar recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollar recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Según Weinman (1990), Las distintas áreas de la Psicología Social dentro del estudio teórico y aplicado

son:

- 1) Los comportamientos como factores de riesgo para la salud
- 2) El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunizadores)
- 3) Las cogniciones acerca de la salud - enfermedad
- 4) La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
- 5) El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a la que los pacientes son sometidos.
- 6) El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

d) Perspectivas del futuro de la Psicología Social

Lo más importante de esta disciplina aplicada son sus perspectivas del 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:

1- Servicios preventivos de salud.

- a) Control de presión sanguínea
- b) Planificación familiar
- c) Salud prenatal e infantil

225627

d) inmunización

e) Enfermedades de transmisión sexual

2.- Protección de la Salud

a) Control de los agentes tóxicos

b) Seguridad y salud laboral

c) Prevención de accidentes y control de lesiones

d) Fluorización y salud dental

e) Evaluación y control de enfermedades infecciosas

3.- Promoción de la salud

a) El fumar y la salud

b) Abuso del alcohol y las drogas

c) Nutrición

d) Buena salud física y ejercicio

e) El control del estrés y las conductas violentas.

e) Teorías de la psicología de la Salud

Teorías que se aplican dentro de la Psicología de la Salud

A) Teoría de Aprendizaje Social

Postula que la conducta está en función de las expectativas de refuerzo en una situación concreta. Dentro de esta se incluye la dimensión de locus de control.

Wallston, y Wellis (1978), han desarrollado un instrumento llamado escala de locus de control para la salud, mediante la cual se miden tres factores.

1.- Locus de control interno para la salud, evalúa la creencia de que se puede controlar la propia salud mediante determinados comportamientos.

2.- Locus de control externo para la salud, es la creencia de que quien mejor controla la salud son los profesionales sanitarios

3.- Locus de control debido al azar, según el cual la propia salud depende de factores absolutamente incontrolables y azarosos.

B) Teoría del Control de la Compuerta de la Percepción del Dolor

Propone que la percepción del dolor está controlada por un circuito neural, 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, 1965).

C) Teoría de la Comunicación e Interacción Humana

Dicha teoría consiste en ver:

La comunicación como un proceso de transmisión de la información que implica la existencia de varios elementos:

- * Emisor (emite la información codificada)
- * Canal de transmisión
- * Contenido concreto
- * Receptor (recibe y decodifica la información transmitida)

Existen dos tipos de comunicación.

Comunicación verbal. Consiste en la transmisión de la información a través del lenguaje, es una información de contenidos concretos por medio del palabras.

Comunicación no verbal. Constituye una meta comunicación, es muy diversa y variada. Se realiza a través del tono de voz, gestos, posturas del cuerpo. Sus mensajes son de relación y se necesita ser traducida por el receptor.

D)Teoría del Doble Vínculo

Desarrollada por Bateson, (1972)

Esta teoría 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.

f) Métodos de la Psicología de la Salud

Método del Modelamiento

Dentro de la modificación de conductas de salud encontramos la aplicación del método del modelamiento que exige que se delimite 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.

Método de Comprensión

Dentro del conocimiento de las enfermedades comunes, en la comprensión de las recomendaciones de salud, se utilizan tres métodos distintos:

- 1.- El primero utiliza el autoinforme del propio paciente de aquellas cuestiones que ha comprendido o no.
- 2.- El segundo se basa en el juicio de expertos que entrevistan al paciente.
- 3.- Por último el tercero utiliza un test de evaluación de comportamientos o cuasi comportamientos, en el cual se evalúa la capacidad del paciente para poner en práctica las prescripciones asociadas con su enfermedad. (Ley, 1988)

Método del Recuerdo

Según Ley, 1988.

Se utilizan diversos y variados métodos para evaluar el recuerdo.

- * Recuerdo libre.: Al paciente simplemente se le pregunta qué le ha dicho el personal sanitario

- * Recuerdo Indicado. Se proporcionan preguntas más específicas sobre distintas áreas: diagnóstico, tratamiento propuesto, etc.,

- * Recuerdo Probado. En este caso el investigador continúa realizando preguntas hasta que el paciente ya no recuerda más

- * Cuestionario Escrito. El paciente debe rellenar un cuestionario que puede llevar preguntas abiertas, cerradas o de elección múltiple.

Método de Condicionamiento Encubierto

Según Cautela, 1967.

Es un método para la modificación de conductas denominada sensibilización encubierta, que ha servido de punto de partida para la elaboración de varias técnicas parecidas, agrupadas bajo el nombre de condicionamiento encubierto y basadas esencialmente en las imágenes mentales.

Métodos de Evaluación del Dolor

Según Penzo, 1989.

Consiste:

I Evaluación subjetiva

a) autoinformes

- * Entrevista o historia clínica

- * Estimaciones cuantitativas

- * Estimaciones cualitativas

- * Cuestionarios escritos

b) Autoregistro

- * Diario del Dolor

II Evaluación Objetiva.

a) Observación directa

- * Observación de conductas del dolor

- * Nivel basal conductual

b) Observación Indirecta

g) Técnicas de la Psicología de la Salud

Técnicas de Relajación

Relajación completa

- * Entrenamiento autógeno

- * Meditación

- * Imaginación

- * Hipnosis

- * Biofeedback

Entrenamiento autógeno

Fue desarrollado por Schultz y Luthe, 1969. Es un método para superar el estrés y la ansiedad, concentrándose en sensaciones de las distintas partes del cuerpo. Se conoce como concentración pasiva y es muy parecida a la autohipnosis o auto sugestión.

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.

Meditación Mantra.

Es una palabra o nombre que se repite varias veces para liberar con ello la mente de otros pensamientos. La palabra tiene un origen indo-europeo: man significa pensar y tra significa liberar. Algunos maestros de esta forma de meditación insisten en que cada individuo debe tener su propio mantra con un significado y una vibraciones particulares. Otros opinan que cualquier par de sílabas que no tengan ningún sentido, elegidas al azar y pronunciadas una a la otra; y por último una tercera opción recomienda el uso de cualquier palabra o frase que indique el estado hacia el que tiende el individuo .(Davis ,Mckay y Eshelman, 1988).

Imaginación

Consiste en aprender a meditar y visualizar imágenes dirigidas utilizando poderes intuitivos e imaginativos de la mente en la reducción del estrés. (Emil, Cou, finales del siglo pasado)

Hipnosis

Es en sí misma una manera de distracción con respecto a un tipo de tratamiento, se utiliza en cirugía, parto tratamiento dental, quemaduras, etc.

Biofeedback

Es un método para obtener autocontrol de los procesos orgánicos, se utiliza para tratar diversos problemas de salud (dolor, estrés, etc.)

h) Categorías de Psicología de la Salud

Dentro de las categorías más importantes de la Psicología de la Salud se encuentran:

El Estrés, la Personalidad (se abordan ampliamente en el capítulo 5) y el Apoyo Social.

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.

"(...) El acceso al apoyo social no depende sólo de la persona y de su deseo de pertenecer a la red de apoyo social, sino que depende a sí 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".

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.

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 la tasa de recuperación de estados precarios de 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). 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, la población y las medidas utilizadas en diferentes estudios (Schwarzer y Leppin, 1989).

El supuesto generalmente asumido de que el apoyo social está 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.

En la enfermedad crónica con respecto a las reacciones emocionales se dan las siguientes:

a) Negación.- Es un mecanismo de defensa por el cual los individuos evitan las implicaciones de la enfermedad. Es una reacción muy frecuente ante la enfermedad crónica. Cuando la negación de las implicaciones de los síntomas ocurre antes del diagnóstico, esta reacción puede ser un obstáculo para acceder al tratamiento de una forma más rápida (Greene, Moss, Goldstein, 1974). Por el contrario cuando ocurre inmediatamente después del diagnóstico, la negación puede tener una función protectora, reduciendo sus niveles de estrés (Lazarus, 1983) Por último durante la fase de rehabilitación de la enfermedad la negación suele tener efectos adversos, sobre todo si interfiere con la búsqueda de la información necesaria para el tratamiento y autocuidado (Garritty y col, 1976).

b) Miedo.- Después del diagnóstico de una enfermedad crónica el temor es también una respuesta frecuente, Muchos pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que va a experimentar su vida y por la posibilidad de la muerte. El miedo puede surgir de manera inermemente durante el curso de la enfermedad.

c) Depresión.- Es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación a la enfermedad crónica. La depresión puede ser beneficiosa en relación con algunas de las implicaciones del tratamiento, al mismo tiempo que ser un obstáculo para otras. Dado que la depresión puede ser una parte esencial del sufrimiento por la pérdida de actividades gratificantes, en algunos casos es una reacción preparatoria o concomitante para los ajuste y restricciones impuesto por el régimen terapéutico, Sin embargo, la depresión puede impedir en otros casos que el paciente adopte el papel activo que sería deseable para el manejo de su enfermedad (Cohen y Lazarus ,1979). La depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos indefensión y desesperanza, dependencia con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades "se requiere de una intervención psicológica".

d) Ira.- La ira, como la depresión, suelen aparecer después de haber transcurrido algún tiempo desde el diagnóstico inicial de una enfermedad crónica. Los pacientes pueden sentir demasiado miedo durante las primeras fases de la misma como para experimentar ira de la misma forma que la negación, puede bloquear las reacciones hostiles. Sin embargo, a medida que la negación o el miedo van remitiendo, el paciente puede empezar a sentir que la enfermedad es algo injusta y, consiguientemente experimentar reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad. Estas emociones negativas normalmente se superan con el tiempo, pero antes de ello pueden generar un intenso rechazo hacia el personal sanitario y el tratamiento. Rodríguez Marín (1995), cap. 2,3,4,5,6 y Grau J (1994).

La psicología de la Salud es una de las distintas disciplinas de mayor preponderancia que contribuye al enriquecimiento de la salud, define un campo de aplicación de la psicología al marco de la salud, se nutre de una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas y delimita un área de práctica profesional.

Finalmente se puede decir, que la Psicología de la Salud constituye un área de aplicación de la psicología al marco de la salud que estudia los factores emocionales,

cognitivos y comportamentales asociados a la salud y enfermedad física de los individuos,. Integrando las aportaciones de diferentes disciplinas psicológicas y colabora en el diseño y aplicación de programas de intervención individuales, grupales y comunitarios para la promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y para conseguir una buena calidad de vida del enfermo

2.4 Psicología social de la salud

a) Antecedentes

Se basa en los conocimientos que aporta la Psicología Social, que es una disciplina que investiga las relaciones entre sociedad e individuo, en un sentido estricto, relaciona la psicología general con las Ciencias Sociales, además utiliza el conocimiento de otros sectores de la psicología y otras corrientes de información como son: La Psicología del desarrollo, la Psicopatología diferencial, la psicología experimental, la psicología comparada y la psicología anormal.

Dentro de sus áreas de estudio se encuentran: La Influencia Social, Los Cambio de actitudes, La Construcción Social, El Aprendizaje Social y El Prejuicio.

b)Concepto

Si la psicología de la salud es la aplicación de la psicología científica a los problemas de la salud, 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 e en análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad.

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende o se realiza en un contexto social, por lo que un abordaje puramente individual probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad puesto que el contexto sociocultural determina las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y a la enfermedad. Es en este contexto en donde se diseña este papel social del enfermo, y el que incluso determina la aparición de nuevos problemas de salud.

En suma la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no puede comprenderse si se le separa de su contexto social: aún más, los servicios sanitarios se integran en organizaciones que se ajustan a determinados procesos sociales, el conocimiento de todo estos aspectos permite una mejor comprensión de los mismos y nos proporciona herramientas para facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria.

c) Campos de Estudio

* La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad

La modificación de conducta a los comportamientos relacionados con la salud abre un campo de estudio y aplicación de dimensiones insospechadas: En este campo la Psicología Social de la Salud ha estudiado los factores por los que los individuos se mantienen saludables o favorecen las conductas sanas y los factores por los que se adoptan conductas y hábitos de riesgo, además aporta conocimientos útiles provenientes de la aplicación de la teoría de la comunicación persuasiva, los principios del aprendizaje social, teorías sobre la formación y cambio de actitudes y teorías de la atribución en el diseño de campañas para la prevención de la enfermedad y para la promoción de hábitos y estilo de vida saludables.

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: Los efectos de las actitudes de los profesionales de salud sobre el diagnóstico, tratamiento y proceso rehabilitador así como las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de estos mismos procesos.

Conducta de enfermedad

Se hace una distinción entre conducta de enfermedad y enfermedad, la primera se refiere a las acciones que las personas realizan cuando creen que están experimentando síntomas de enfermedad, mientras que la enfermedad en sí misma implica una patología documentada, esta distinción es importante porque las conductas de enfermedad no necesariamente implican patología. La trayectoria psicológica y biológica responsables para los dos tipos de resultados son frecuentemente diferentes.

Son consideradas conductas de enfermedad todas acciones que afectan al significado social y personal de los síntomas de la enfermedad, de las discapacidades y sus consecuencias.

Relaciones entre el Profesional de Salud y el Enfermo

El análisis de la estructura dinámica del proceso de comunicación y de los factores que los facilitan u obstaculizan, es una cuestión que debe considerarse fundamentalmente desde la Psicología Social en el marco específico de la interacción profesional sanitario-enfermo.

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

Mejora del sistema de cuidado de salud y política sanitaria

Para mejorar la calidad asistencial, la Psicología 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, ofrece el estudio de como los mecanismos de influencia social junto con el sistema socio cultural inciden en los estilos de vida y el uso de los servicios sanitarios.

La Psicología aporta también las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y programas de manejo de estrés para el personal de la 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, así mismo 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 sus cuidados.

Lo que caracteriza a la psicología de la Salud es su atención preferente hacia la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud a través del cambio de conducta en direcciones de mejora de la salud.

2.5 Psicología Comunitaria

La crisis por la que ha atravesado durante años la Psicología Social, debido a su separación o aislamiento de otras Ciencias Sociales, a su multiplicidad teórica e irrelevancia social de sus estudios, entre otros muchos aspectos, ha llevado a la búsqueda de nuevas y mejores alternativas que contrarresten tal situación. La Psicología Comunitaria o la Psicología Social comunitaria es una de esas alternativas y se presenta como una nueva forma de hacer investigación, pues a pesar de su aparición en la década de los sesenta en Estados Unidos, en Latinoamérica se reconoce el empleo de su término hasta los setenta.

La verdadera identidad de la Psicología Comunitaria sigue en proceso de desarrollo, pues si bien, por un lado busca ser independiente de la psicología, por el otro su fuente de origen es la Psicología Social y sus conceptos son los compartidos por otras ciencias afines como la Sociología, la Antropología, la Educación Popular, el trabajo social, etc.

a) Definición

La Psicología Comunitaria se entiende según Montero (1982), como la rama de la psicología cuyo objeto es estudiar los factores psicosociales que permitan 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.

B) Marco Teórico

Pese a la realidad social del trabajo comunitario, hay especificados elementos que favorecerían la labor del Psicólogo Social comunitario, tal como una redefinición de la disciplina en donde se incluyen el rol del profesional y la redefinición del sujeto - objeto de estudio, es igualmente importante educar a la comunidad en todo lo que se hace, desde la identificación de necesidades hasta la búsqueda de soluciones, todo conducido a generar una conciencia integral que conlleve a la transformación social. Tales pueden ser algunas características de la Psicología Comunitaria, pero parece ser que la Psicología comunitaria se ve abatida por un sinúmero de microteorías o modelos que han sido elaborados para responder a problemas concretos, por eso, aún sigue cuestionándose el desarrollo teórico.

C) Modelos que han contribuido en forma importante al crecimiento de la Psicología comunitaria:

- * El modelo de Estrés Psicosocial de 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.

- * Teoría de la Potenciación (Empowerment), Rappaport, 1977.

Expone tres componentes básicos de la disciplina:

- 1) Desarrollo de los recursos humanos; una adecuada distribución de los recursos contribuye a cubrir las necesidades y prevenir la aparición de problemas

2) La acción política: La acción política encaminada a crear programas de intervención debe actuar preventivamente y garantizar una adecuada distribución de recursos.

3) La Ciencia Social: Se trata de llevar a cabo un estudio planificado de la realidad social.

Así mismo, Rappaport emplea un término poco conocido "empowerment" o 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.

* El Modelo Sociocomunitario

Entre sus generalidades, el siguiente modelo está basado en los planteamientos teóricos de la Psicología Comunitaria en Latinoamérica, este modelo propone la integración de diferentes perspectivas, ecológica, de cambio social, etc., 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.

Serrano García (1987), expone las bases de un modelo para la Psicología Social Comunitaria, en las que cada componente se enlaza con el siguiente para dar lugar a la construcción social de la realidad y su principal objetivo: la activación social.

Entre las bases necesarias para dicho modelo sitúa:

1) La base material. Es el modo dominante de producción de un momento histórico (Socialismo, Capitalismo), proporciona el marco en el que los seres humanos crean percepciones de la realidad.

- 2) El fenómeno de la ideología y la comunicación. El análisis de la comunicación y de la ideología que permite a los psicólogos socio comunitarios reconocer las definiciones sociales de la realidad y conocer su perspectiva social.
- 3) El concepto de conciencia. Conocer el grado de concienciación de un individuo o grupo en un momento dado y los factores que la determinaron.
- 4) El nivel de la interacción social. Identifica el nivel de interacción de los sujetos y descubre las normas que rigen la vida social (redes sociales, provisión de apoyo, la solidaridad etc.)

Desviación de Control y Cambio Social. Se trata de comprender bajo que condiciones ocurre el cambio social, que mecanismos de control inician una definición alternativa de la realidad y que impacto tienen sobre los sujetos que participan en dicho cambio.

El modelo socio comunitario se presenta como un modelo de acción investigación denominado "intervención de la investigación", en donde el profesional actúa como un agente de cambio social y cuya función implica:

- 1) Proporcionar información y promover actitudes y opiniones
- 2) Ofrecer los servicios de ayuda que se requieran para definir los problemas y las soluciones en el contexto de los participantes.
- 3) Explicar a los sujetos los objetivos y propósito de la investigación.
- 4) Planificar con ellos los programas de acción social y compartir los hallazgos.

Con la autogestión y el desarrollo comunitario se intenta alcanzar un cambio social.

Finalmente es conveniente mencionar la importancia del método de Investigación Acción Participativa en el trabajo socio comunitario.

* - La investigación Acción - Participativa surge a finales de los setenta en América Latina como crítica a las teorías del desarrollo y de la modernización, y al mismo tiempo reacción a las ciencias sociales tradicionales.

Gajardo (1982,1985), expone la existencia de tres concepciones en la Investigación Acción - participativa:

-Como método de acción y mecanismo de aprendizaje colectivo que culmina con la transformación del pueblo en sujeto político.

* Como método general para la elaboración teórica, sea en el campo de la educación en el de las ciencias sociales contribuyendo a la disminución de las brechas que generalmente existen entre teoría y práctica, entre sujeto y objeto, en las prácticas de investigación social y educativa.

* Como componente de los procesos de planificación local de grupos de una o más comunidades que viven en condiciones de dominación y pobreza por la forma en que se estructura la sociedad.

La investigación Acción - Participativa más que un método es considerado una metodología que conduce al quehacer de la investigación científica, mediante una serie de reglas a seguir. Por esta razón no se puede hablar de un modelo doctrinario que rige el trabajo de investigación sino más bien de propuestas y alternativas de investigación social.

225627

2.6 Intervención Psicosocial

El término de Psicología de la Intervención Social fue asumido en el primer Congreso de psicólogos en 1984, hicieron una formulación operativa de una tradición en Psicología y el impulso de una línea de investigación de enorme trascendencia, en la óptica de la metodología psicológica aplicada a los Servicios Sociales/Acción Social. La principal función de la Intervención Psicosocial es proporcionar la calidad de vida y el bienestar social a los individuos, grupos o comunidades.

Los elementos que caracterizan a la Intervención Psicosocial según Barriga (1987) son: la mediación e intervención entre dos elementos o sistemas, la participación activa del sistema usuario en la interacción, el alcance sistémico de la interacción enfatizando la comunidad y el contexto, la implicación personal del profesional, la concepción democrática de las relaciones humanas y sociales, la visión positivista en las posibilidades del hombre para orientar su propio destino. Dimensiones que implican a la intervención se dividen en el propio sujeto, su ambiente, la organización del servicio y la colectividad, lo cual comporta una visión rica y simultánea de la complejidad de la realidad social que apela a la participación inter disciplinar del psicólogo y sociólogo.

El psicólogo para intervenir en los servicios sociales debe tener estas características:

- * El paso de una psicología de enfoque descriptivo a un énfasis de la intervención
- * La evolución del enfoque individualista al enfoque social comunitario
- * El proceso de modificación de un énfasis de la validez externa y ecológica
- * El cambio de distinción entre psicología básica y la psicología aplicada a una estrecha relación entre investigación e intervención profesional

* Una mayor conciencia de la psicología como disciplina y tecnología.

Los métodos de la intervención Psicosocial en política Social y en Servicios Sociales a través de los grupos. Se agrupan en torno a métodos descriptivos, correlacionales, experimentales y de campo, las técnicas pueden ser divididas en:

-Técnicas de observación, de autoinformación y documentales, a tal efecto, el técnico social debe conocer desde el principio de su aplicación a la temática grupal, que cada uno de los métodos y técnicas presentan ventajas e inconvenientes, en lo que respecta a las estrategias, el técnico social debe escogerlas de acuerdo a sus objetivos, entre ellas las de los estudios de campo, muestreo representativo, las tareas de juicio, la técnicas de carácter general son la entrevista, cuestionario, análisis de contenido, el diferencial semántico, las listas de adjetivos en la medida de estereotipos, las escalas de actitudes, el test de frustración.

En un segundo conjunto de técnicas, de carácter específico, el técnico social con grupos puede encontrar instrumentos de gran utilidad, como el panel, el debate, el foro etc.

2.7 Intervención Comunitaria

La intervención es la actividad básica de la Psicología comunitaria (PC), es en sí el tema más definitorio y distintivo de la PC. La intervención social es definida como influencias planificadas o no, en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal y promover el bienestar de la comunidad.

El propósito de la Intervención Social (IS), es la mejoría de la condición humana a través de esfuerzos dirigidos principalmente hacia la asistencia de los pobres, los

menos privilegiados dependientes para enfrentarse con los problemas y mejorar o mantener una calidad de vida.

La intervención se refiere a la introducción, interposición o intermediación desde una postura de autoridad, de un elemento externo o la intención de modificar o inferir con el funcionamiento de un proceso o sistema en una dirección dada. La intervención es un proceso intencional de interferencia o influencia y persigue un cambio.

La IP o IS se puede clasificar según el tipo de cambio (objetivo o meta). La unidad social a afectar y según el marco utilizado. Si la unidad afectada es social (una comunidad) y el cambio perseguido también (cambio de estructura de la comunidad) tendríamos una Intervención Social.

Los Principios de Intervención comunitaria, son la Intervención Psicológica y la Intervención Social, en las cuales hay ciertas diferencias:

1.- Objeto destinatario o unidad con que se interviene. En la Intervención Social son los proceso y sistemas sociales estructuralmente complejos, en interacción ecológica con el entorno y en evolución dinámica.

En la Intervención Psicológica, se interviene sobre elementos más simples: los individuos, si los sistemas sociales son considerados (familias, grupos) suele ser más como contexto social del individuo que como blanco directo de la intervención.

2.- Estado inicial, en la I.S. hay un estado inicial propio del sistema social del que partimos; en la I.P. se asume a grosso modo que partimos de cero. La evaluación del estado inicial del sistema social a modificar, es el primer paso de la Intervención Social.

3.- El tipo de cambio. El objetivo inmediato de toda la intervención es producir un cambio o una transformación. En la I.S. se busca el cambio social, en la psicológica el individual.

4.- Objetivos y metas. El cambio social e individual constituyen las metas genéricas del IS y el IP respectivamente. Los objetivos específicos se fijarán según la dirección que deseamos dar a ese cambio o los efectos a lograr.

5.- Ambito de aplicación. La IP se suele centrar en la salud mental. La IS cubre un aspecto mucho más amplio (salud mental, educación, drogas y alcohol, ocio y recreo; sistema penal, etc.)

6.- Técnicas y estrategias usadas. En la IP, las técnicas usadas son de carácter exclusivamente psicológico. En IS, en cambio, y en respuesta a la complejidad y multifascetismo de problemas y sistemas sociales, las técnicas concretas son mucho más variadas.

7.- Duración temporal. Esta va a durar de acuerdo a los problemas tanto de la IP como de la IS.

* La primacía global de uno u otro enfoque dependerá de hasta que punto la situación, problema y comunidad concreta se adecuan mejor a las asunciones implícitas de uno y otro. La cuestión general no es, por tanto, intervención o desarrollo de recursos, sino de intervención (como, donde, cuando) y desarrollo de recursos (como, donde, cuando).

* En general el objeto de la intervención es común (grupos humanos con una estructura social dada), así como la asunción de causas sociales relevantes de la problemática humana.

Sin embargo hay diferencias y especificidades de la IC, que marcan líneas de actuación diferenciadas de esta respecto de la intervención social genérica, sobre todo en la parte del sujeto y nivel de intervención, así como en los objetivos y filosofía interventiva y relacional implícita. Algunas diferencias pueden ser:

- 1) Probablemente la diferencia básica entre IC e IS es el papel activo, participante y protagonista que tienen las personas en la intervención comunitaria además del papel común con la IS de objetos de esa intervención.
- 2) Inter-actividad.- El planteamiento radical de la IC incluye una verdadera interacción entre interventor y miembros del grupo cliente (inexistente en la IS) de forma que cada uno de ellos puede cambiar su punto de partida inicial.
- 3) El nivel de intervención comunitario es meso-social, más reducido que el de la IS, que es global, macro-social.
- 4) Auto dirección del grupo social o comunidad, que marca en la IC, una línea específica y particular de intervención y de valoración implícita del grupo como sujeto y origen de aquella, frente a una intervención más tecnocrática guiada por formulaciones o motivaciones sociales o económicas más globales, externas y planificadas en la IS.
- 5) La IC está más cerca de lo humano, involucrando más elementos inter-activo, comunales, relaciones primarias, etc.

6) El énfasis de lo positivo, recursos y desarrollo, es también relativamente distintivo de la IC frente a la IS que parece más centrada en los aspectos problemáticos disfuncionales de los sistemas sociales y el cambio social.

* La participación de un valor, un proceso, una técnica y una actividad, pero conviene hacer consideraciones generales y previas sobre el tema para centrarlo o situarlo más realistamente en el contexto de la IC.

* La participación social de las personas ya se da a distintos niveles a través de actividades e instituciones sociales y comunitarias como el trabajo, la familia, las actividades relacionales y sociales habituales de la vida comunitaria.

* Sólo las personas, por la razón que sea, que están excluidas o se auto excluyen de estas actividades tendrán un cierto "déficit" o necesidad estructural de participar a través de otros canales "especializados" en la actividad comunitaria o social habitual.

* Cuando los profesionales plantean el tema de la participación, suele ser, con relación a un proyecto o actividad que indicamos porque nos parece interesante, útil o necesario y en el que queremos interesar a la comunidad, haciéndola parte activa del él y de su realización.

* La participación debe ser analizada desde la perspectiva de demandas adaptativas adicionales a unas personas ya "cargadas" de funciones (roles) sociales variadas, demandas contrarias, por otro lado, a importantes tendencias sociales.

* La organización se puede hacer desde tres sentidos:

a) se realiza a través de organizaciones sociales.

b) Existen canales establecidos

c) Existen unas finalidades u objetivos que estructuran u organizan la participación

Para que la participación en una comunidad o contexto social u organizacional dado sea relevante y tenga impacto real en el enriquecimiento de la vida personal y comunitaria, debe incluir dos procesos clave en cualquier sistema social:

a) Fijación de objetivos: Actividad con frecuencia ligada en la intervención comunitaria a la evaluación de necesidades.

b) Toma de decisiones: Más relevantes que el proceso anterior, pues los objetivos pueden ser ignorados a la hora de las decisiones y actuaciones reales.

* En la participación se pueden distinguir niveles que la enmarcan, que serían de más globales a más microscópicos: sociopolítico, institucional, organizacional e individual. Así como implicaciones que serían lo político, técnico o profesional y grupos social.

La participación además de ser una mística es un proceso y una actividad que como todo, necesita aprendizaje y adaptación. Los aspectos técnicos son también importantes en la participación, el profesional es el encargado de diseñar, ejecutar y evaluar los programas. El técnico deberá estar abierto y dispuesto no sólo a permitir, son a facilitar que la comunidad sea parte activa y útil a lo largo del proceso programático renunciando al protagonismo. No debe, si embargo, renunciar a sus conocimientos o aportaciones técnicas y coordinadoras que deberán ser compatibles con la participación ciudadana.

Algunas reglas o principios generales que pueden resultar útiles para facilitar la participación desde el punto de vista de técnicas psicosociales serían:

a) Partir de intereses de la comunidad sea en cuanto a los contenidos(temas que le interesen al grupo).

b) Proponer objetivos concretos o precisos para facilitar la participación y dinamización a través de la acción.

c) Intentar que las propuestas participativas tengan algún beneficio o recompensa temprana o tangible, sobre todo si el proceso es largo y difícil.

d) Romper la estructura formalidad o distancia inicial entre el interventor y el grupo.

* Todo programa de intervención comunitaria debe tener en cuenta para su realización al menos tres elementos clave:

1) Tener sus raíces en la comunidad, siendo accesible a esta, toda intervención debe contar desde su iniciación con aquellos a los que se les va a aplicar.

2) Contar con los medios (financieros, materiales, de personal), necesarios para llevarla a cabo.

3) Se establece vía o sistema de comunicación apropiado con la comunidad o sistema cliente para obtener fee/back adecuado de estos que permita seguir el progreso de la intervención y hacer las correcciones precisas sobre la marcha.

Por último, no hay un proceso único y descriptivo para cualquier tipo de intervención comunitaria. Se pueden proponer sin embargo, un proceso genérico de seis fases mas o menos secuenciales:

1) Definción (y análisis) del tema, comunidad o problema

- 2) Evaluación inicial de necesidades
- 3) Diseño/planificación y organización del programa
- 4) Ejecución e implementación
- 5) Finalización y evaluación de resultados
- 6) Diseminación

CAPITULO 3

LA PROMOCION SOCIAL

3. La promoción Social

3.1 Características que dieron forma al concepto de promoción social

Existen definiciones que otorgan a la Promoción Social la finalidad del desarrollo a través del mejoramiento del funcionamiento de la sociedad y de las relaciones sociales para satisfacer las necesidades sociales, a nivel individual, grupal o social. Así, la Promoción consiste en otorgar servicios para resolver problemas de índole social

La promoción Social abarca aquellas actividades que mejoran el funcionamiento social de las personas como individuos, como miembros de una familia o de otros grupos sociales, o en su relación con la sociedad en general.

Cabe considerar el campo de la promoción social como un conjunto de instituciones, servicios y procedimientos que actúan mediante programas concretos para hacer frente a las necesidades de las personas de un modo que sea socialmente satisfactorio y que contribuya a un mejor funcionamiento social.

Otros autores establecen como característica fundamental la organización y la movilización social, utilizando como medio la organización comunitaria.

Promoción Social es toda actividad encaminada a lograr la estructura social de los diversos núcleos de la población, con el objetivo de generar en ellas un verdadero desarrollo de la comunidad, en todos aspectos, estructuras y acondicionamientos y acondicionamiento del territorio, fomento económico, educativo y de participación política de los sectores populares.

Algunas definiciones le incorporan un carácter educativo y de capacitación como medio que genera la participación política.

La práctica de la promoción es política. En el esfuerzo de movilización se trata de afectar la inercia de un grupo social, en cuanto es producto de una serie de circunstancias que han perfilado su existencia, que fijan sus posibilidades y que los obliga a ceñirse en unos límites que esas personas llegan a considerar que les corresponden como propios. La intervención movilizadora trata de apoyar a los hombres para que se capaciten en y hacia todos los momentos de esa transformación. Y por último hay quienes le incorporan la coordinación institucional como un elemento necesario.

La promoción social pretende la participación popular, organizada y comprometida para el logro de un proyecto específico mediante:

- a) Potenciar las fuerzas de los grupos existentes, estableciendo estrategias específicas;
- b) Centrar un problema o necesidad generadora, surgido de la comunidad o por la institución;
- c) Mantener una participación continua, organizada y autogestiva;
- d) Coordinar acciones con instituciones de la zona o bien, vinculadas a la problemática que se está atendiendo.

Diego Palma(1978) en su libro la Promoción Social de los Sectores populares, reafirma este elemento, al concebir la movilización como un proceso que se desarrolla a partir de la consideración de los "intereses sentidos", permite coincidir con las políticas institucionales en ese punto de arranque, en lugar de oponerse a ellas desde antes de partir y así, de paso se saca la promoción del ámbito de la utopía.x

La riqueza de las definiciones citadas y el análisis de las mismas, permiten identificar los siguientes elementos esenciales de la Promoción Social:

- * La Promoción Social tiende a elevar los niveles de vida, por lo que contribuye al desarrollo social centrando su acción en las necesidades sociales

- * La promoción Social, por lo tanto, busca solucionar problemas de infraestructura y servicios públicos, educación, vivienda, salud, capacitación y asesoría, acciones culturales y recreativas, mejoramiento ambiental, fomento económico, organización comunitaria y alimentación.

- * La Promoción Social visualiza la problemática social desde una perspectiva global e integral, vinculando las dimensiones y relaciones de los problemas particulares. En este sentido tiende al desarrollo social, más que a la resolución de los problemas aislados.

- * De esta manera, lo que le da razón de ser a la Promoción Social es la cooperación, organizada y comprometida de un grupo, una comunidad, un sector y como fin último una sociedad con un proyecto propio de desarrollo social. Por lo que la participación comunitaria se considera como una condición necesaria.

Así, las actividades de un proyecto de Promoción Social giran en torno a procesos de capacitación, educación popular y organización comunitaria, así como de gestión social, lo que representa las funciones básicas de la Promoción social que no debe estar al margen del ámbito político pues su aspiración al desarrollo la obliga a considerar las estrategias y estructuras políticas. Así mismo, siendo el eje de la Promoción social la participación organizada y la movilización social, la metodología de intervención comunitaria representa la base para la dirección de la intervención (Galeana de la O. ,1994).

3.2 Definición del concepto de Promoción Social

A partir de las características antes mencionadas, se puede definir a la Promoción Social como el área de intervención de trabajo social que tiene como objetivo el desarrollo desde una perspectiva global e integral, para responder a necesidades y demandas prioritarias, surgidas en la intrincada interrelación de la sociedad, a través de procesos de organización, y movilización social. Por lo que se fundamenta en acciones de capacitación, educación y gestión social para promover la participación organizada y comprometida de un grupo, una comunidad, un sector o la sociedad ante un proyecto social (Galeana de la O., 1994).

Considerando esta definición los objetivos de la Promoción Social son:

- * Promover el desarrollo social a través de procesos de organización y movilización de los diversos núcleos de la población, que permita la elevación de sus niveles de vida.
- * Desarrollar acciones de capacitación, asesoría y educación social, que tienen como fin último la organización comprometida de la población en un proyecto social para atender sus demandas y necesidades.
- * Realizar acciones de gestión y requerimientos de servicios fundamentales para el desarrollo de un grupo, sector o comunidad.
- * Implementar acciones de sensibilización y educación social que propicien la ubicación del individuo y el grupo en el contexto global, así como el reforzamiento de su identidad cultural, propiciando la participación comprometida y responsable.

Estos contenidos delimitan que la función social de la Promoción Social se centra en los siguientes aspectos:

- * Impulsar el desarrollo de los sectores populares que presentan profundas desigualdades sociales
- * Incorporar a los sectores populares en las estrategias de desarrollo
- * Pugnar por la justicia social a través de abrir espacios en la organización política y social de la sociedad
- * Lograr que los servicios sociales sean alcanzados por los sectores populares a través de procesos de gestoría social
- * Generar procesos de organización, capacitación, y educación social con los sectores populares para que sean ellos mismos los dirigentes de sus aspiraciones en cuanto al desarrollo.

Según la revisión conceptual anterior, El área de promoción tiene como eje la participación y organización social; esta condición asegura:

- * Hacer participe a la población en la toma de decisiones en cuanto a su propio desarrollo, incorporándola de manera activa y comprometida en las estrategias de crecimiento.
- * La apertura de espacios que generen y consoliden la relación gobernantes - población, en cuanto a la incorporación de esta última en la organización social y política de una nación.
- * Conformación de estructuras democráticas de participación comunal y barrial.

La promoción social centra su atención en los sectores populares que presentan pobreza extrema lo que exige la utilización de una metodología y procedimientos que

permitan realmente la utilización efectiva y optima de los recursos a través de aprovechamiento de potencialidades sociales y culturales, así como los recursos institucionales existentes en el área, comunidad o barrio.

- * Establecimiento de una coordinación estrecha entre instituciones eliminando la duplicidad de acciones y en consecuencia una pérdida excesiva de recursos.

El rescate y conocimiento de la cotidianidad como un elemento básico para la realización de acciones de participación social, en cuanto a que garantiza:

- * La eliminación de programas de escritorio, no elaborados a partir de las necesidades, demandas e intereses de la población.

- * Promover acciones que respondan a la problemática social y a la vida común de los sectores populares.(Galeana de la O.1994)

3.3 Evolución de la Promoción Social en el Contexto Histórico

Según Bonfiglio Giovanni (1981), las primeras experiencias de acción promocional como estrategias de desarrollo se detectan después de la Primera Guerra Mundial, en países como Asia y Africa. Cuando la oficina colonial británica desarrolló una serie de programas que tenían como base el trabajo voluntario de los pobladores enfatizándose a la comunidad como unidad de intervención. A partir de estas experiencias y la influencia determinante de la dinámica mundial, las prácticas de promoción social han presentado diversos enfoques de aplicaciones. Para Ignacio Algara Cosío(1982), en su Cuaderno de Dinámica Habitacional," El Concepto y la práctica de la promoción social en México", en los cambios y los diferentes tipos de prácticas que ha presentado la promoción social se pueden distinguir tres modelos que corresponden a diferentes a diferentes momentos de origen y a distintos planteamientos teóricos.

* Modelo de Desarrollo Comunitario con un enfoque de asistencia

* Modelo de Educación liberadora

* Modelo de Promoción Popular

El Modelo de desarrollo comunitario se derivó de la Segunda Guerra Mundial, los acelerados procesos de industrialización y urbanización, requerían de condiciones de integración y seguridad por lo que los programas de intervención comunitaria tendían a "integrar y construir los países que acababan de sacudirse de la tutela y dominio colonial"(Bonfligio Giovani, 1981) En los cuarenta se identificó a este tipo de prácticas como desarrollo de la comunidad, destacándose como "un movimiento con el fin de promover el mejoramiento de la vida de toda la comunidad, con su participación activa y en lo posible por iniciativa de la propia comunidad. Si acaso dicha iniciativa no apareciera de manera espontánea se emplearán técnicas que la hagan surgir y la estimulen con el objeto de asegurar respuestas activas y entusiastas al movimiento"(Ander Egg. 1982)

En los años cincuenta, el Consejo Económico y Social, subraya como ideas centrales del Desarrollo de la comunidad..."La participación de la población misma en los esfuerzos para mejorar su nivel de vida y el suministro de servicios técnicos y de otro carácter en forma que estimule la iniciativa y aumentar su eficacia".

Este modelo presenta como unidad de análisis e intervención a la comunidad definida como una entidad social, con características socio-económicas, rasgos culturales comunes y comparten un área geográfica, lo que permite la interacción continua e intensa de sus miembros.

Los seres humanos son el recurso principal de toda la comunidad, son los que generan la riqueza, organización y mantienen las instituciones en progreso, la fuerza y

anhelos de la misma. Así el estudio de la conducta de los individuos, su organización y funcionamiento y sus relaciones son elementos significativos, ya que son los que dan unidad a la comunidad.

Este modelo enfatiza los conceptos de desarrollo y progreso, concebido como un estado superior, como "estado a alcanzar" a partir del desarrollo de capacidades y recursos propios. Atacando "tanto los males sociales que sufre la comunidad cuanto los afectos que presenta el individuo". Así las acciones de desarrollo y organización comunitaria se conciben como un proceso de apoyo técnico y social que permite "...conseguir y mantener un reajuste progresivamente eficaz entre los recursos del bienestar y las necesidades de bienestar social dentro de una zona geográfica o campo funcional". En él se identifica como estrategia esencial "la triada" de los tres sujetos sociales fundamentales de un programa de Desarrollo comunitario.

- * La población; participa con su opción y si es posible con su iniciativa

- * El gobierno; cuyo papel es planear y organizar los programas sobre una base racional.

- * Personal Técnico; presta sus servicios de asesoría, capacitación, etc.

Este enfoque enfatiza el concepto de desarrollo, concebido como un estado superior, como un modelo a alcanzar por los países subdesarrollados. Esta concepción parte de la idea de considerar que el problema de subdesarrollo no es esencialmente económico, sino un fenómeno integral en el que se incluyen problemas económicos, sociológicos, políticos y psicológicos, así como técnicos y es precisamente en los factores extra económicos en donde se ubica el desarrollo de la comunidad, atendiendo así aspectos intangibles e inmensurables del desarrollo, tales como los sistemas de actitudes, hábitos, costumbres a través de procesos amplios de educación y organización social .(Galeana de la O. 1994)

En la década de los sesenta es cuando reciben un gran impulso en América Latina este tipo de programas de desarrollo de la comunidad a partir de la política Alianza para el Progreso, propugnada por Jhon F. Kennedy. Entonces el desarrollo comunitario se consideraba como una técnica social de promoción del hombre y de movilización de recursos humanos de un país con mira a lograr una mejor utilización de los otros recursos para todos los miembros de la colectividad. Esta técnica social fundamentalmente opera por medio de un proceso educativo y de organización (Ander I. Ezequiel(1982), Metodología y Práctica del desarrollo de la comunidad. P.62).

En los sesenta se pueden detectar programas como el PLAI (Plan Lerma de Asistencia Técnica) que incluía acciones de desarrollo de la comunidad o bien el programa "Cooperativo para el Desarrollo de la comunidad Rural" que presentaba el objetivo de construir obras de interés comunal.

Las principales propuestas metodológicas de este modelo las han dado, cada uno en su momento, Caroline F. Ware(1952) y Ezequiel Ander Egg(1963) .

La propuesta de Caroline F. Ware fue formulada en 1952, presentaba como principio básico el reconocimiento de los problemas comunitarios y el trabajo conjunto para superarlos, así los individuos organizados en diferentes grupos eran considerados como un factor activo y responsables de su propio progreso.

El proceso metodológico establecía un trabajo simultáneo que consistía en una recolección de datos sobre la vida y la dinámica de la comunidad a la vez que se llevaban a cabo proyectos de acción, presentaba como finalidad, satisfacer algunos problemas y necesidades manifestados por la propia comunidad, además de generar la confianza de la población.

La guía para el estudio de la comunidad constituía un instrumento esencial, porque permitía descubrir las características culturales, geográficas, políticas y la

organización de la comunidad. El estudio de los organismos y recursos para el servicio de la comunidad constituía una segunda fase en la que se resaltaban datos sobre recursos humanos y recursos institucionales sobre los aspectos de salud, económicos, alimenticios, bienestar social, vivienda, seguridad pública y de alimentación del menor y la mujer, apoyándose básicamente en instancias gubernamentales, religiosas, organismos civiles y sociales.

Una vez obtenida la información se elabora el programa de trabajo(tercera fase).

- a) El programa debe llenar una necesidad sentida de la comunidad.
- b) El Programa debe empezar en tal forma que desde el principio eche raíces en la comunidad, debe ser un programa pequeño con un proyecto simple que la comunidad entienda y apoye.
- c) El programa debe desarrollarse tan lentamente como se necesite para que la comunidad esté de acuerdo con él.
- d) Todo el programa debe incluir como participantes activos a las personas interesadas, así como a las beneficiadas.

Es necesario que los fines del programa sean definidos con claridad para que los participantes, las personas influyentes, los grupos diversos y los simples ciudadanos puedan entenderlo continuamente y seguir su desarrollo (Ware F. Caroline, 1986, p.138,139)

La propuesta de organización de desarrollo de la comunidad de Ezequiel Ander Egg , la da en el año de 1963. El autor presenta su modelo de intervención comunitaria basándose en las experiencias de los estudios realizados por personal de la ONU. Esta propuesta pretende identificar las necesidades sentidas, los grupos organizados

y recursos básicos de la comunidad, con la finalidad de desarrollar acciones en beneficio de la misma, lo que propicia su propio desarrollo (Ware F. Caroline, 1986).

Ander considera que es conveniente iniciar con un proceso preliminar debido a que la realidad de los pueblos subdesarrollados, se caracteriza por requerir de una intervención inmediata, y no esperar la conclusión de estudios previos exhaustivos, ya que los problemas de las comunidades tanto urbanas como rurales, son demasiado evidentes y urgentes. En ese sentido para el autor el diagnóstico preliminar no requiere señalar los problemas que real y objetivamente podrían tener prioridad sino aquellos que son más urgentes desde el punto de vista de la comunidad. En la etapa de investigación general, se establece abarcar los aspectos de: localización, datos históricos, estructura física, infraestructura y equipamiento, población, niveles de vida, organización social, procesos sociales, percepción del cambio social y recursos. Una vez recabada la información, se presentan elementos sólidos para la elaboración de un diagnóstico general que determinen un orden urgencial de prioridades de problemas "reconocidos" a través de un proceso formal de investigación, así se delinean las direcciones de acción a través de un plan que da pauta a la etapa de ejecución la cual se divide en dos momentos:

- 1) Aspectos previos a la etapa de ejecución. Se limita a responder cuatro problemas de la etapa ejecutoria
 - a) Preparación de la comunidad
 - b) Formación del personal
 - c) Formación de líderes locales
 - d) Coordinación de organismos existentes

2) Desarrollo de los proyectos.- Este momento se caracteriza por la puesta en marcha de proyectos programados para el cumplimiento de los objetivos de la intervención social

a) Organización de cooperativas

b) construcción de viviendas por ayuda mutua

c) Creación de centros sociales

d) Creación de créditos agrícolas supervisados

e) Creación de educación fundamental

f) Creación de servicios técnicos (extensión agrícola, servicios de nutrición, servicios de salud, servicios sociales, y programas a partir de la escuela).

En síntesis: El proceso metodológico que plantea Ander Egg establece cinco etapas:

1) Investigación preliminar

2) Diagnóstico preliminar

3) Planificación de la acción preliminar

4) Ejecución del plan

5) Evaluación preliminar.(Ander Egg, 1982)

El modelo de educación liberadora se presenta en condiciones significativas especialmente para los países latinoamericanos, cuna de las propuestas de este modelo. Por una parte se genera un nuevo ciclo de expansión de oferta y demanda, expresada por la penetración de empresas dirigidas no a la extracción de materias primas sino a la elaboración industrial. En contraste con el decaimiento de las exportaciones y el estancamiento general de las economías de la región. No menos importante lo fue un movimiento social auténtico: la revolución cubana. Estos acontecimientos influyeron en gran medida en el desarrollo de la reconceptualización (1965).

El proceso de reconceptualización en cuanto a fenómeno socio - cultural, se articuló como consecuencia de la crisis estructural que estaba afectando desde mediados de los cincuenta los patrones de dominación sociopolítica.

Dos de los campos de elaboración que distinguieron ala reconceptualización fueron:

- 1.- La formulación metodológica como medio que permitiría la estructuración de conocimientos y de técnicas de la nueva práctica profesional.
- 2.- La formulación de alternativas de organización de la currícula de las instituciones académicas, con el fin de elaborar un proceso acorde con la nueva orientación(marxista).

Estas orientaciones llevaron a plantear un nuevo enfoque en la teoría y la metodología en el área de la intervención de la Promoción Social.

Esto se puede observar en la definición que se elabora en la primera conferencia Interamericana sobre las Acciones Comunitarias: "...es un proceso integral de transformaciones sociales, culturales y económicas y, al mismo tiempo, es un método para lograr la movilización y la participación popular estructural con el fin de dar plena

satisfacción a las necesidades sociales y culturales" (CEA Documentos oficiales, Serie didáctica N. 92 P.5, Santiago de Chile 1970).

Cabe mencionar que para la formulación de estas estrategias, mismas que promovían la incorporación de las comunidades en el campo de la política, a través de la organización de los oprimidos y la educación para la liberación, influyeron en gran medida las condiciones políticas, derivadas de las luchas democráticas que se habían dado en países como Brasil, Chile y Perú.

Este modelo parte del materialismo histórico dialéctico, como teoría, como método y como filosofía, concibe a la sociedad en términos de clases sociales que se relacionan entre sí, con base a intereses antagónicos que se articulan como una estructura social fundada en la contradicción, considerando la dinámica social como la historia de la lucha de clases, por lo que se plantea la posibilidad de propiciar las transformaciones substanciales en las relaciones sociales dominantes, ya que estas no se les considera naturales, válidas e inmutables sino como una realidad que cambia al ritmo de sus propias contradicciones.

En este sentido la promoción se regula por la idea de que el propio hombre es sujeto activo en las transformaciones radicales de la estructura social, para lograrlo es necesario generar un proceso educativo que le permita la adquisición de conciencia crítica y de clase para su liberación y el cambio social. En esto, la propuesta metodológica de Paulo Freire(60s), coincide con el surgimiento de la crítica del enfoque asistencial y desarrollo comunitario, que pugnaba por dejar el campo del asistencialismo, el filantrópico y la modernización a través del concepto del desarrollismo, para abanderar la inserción en el campo de la política , la organización de los explotados y la concientización con respecto a su ubicación en la estructura social, a través del proceso de educación liberadora(Galeana de la O. 1994)

El enfoque de Freire (60s) se caracteriza por presentar una doble acción, por una parte la alfabetización y por otra la política, las cuales, según el autor, están vinculadas. Para Freire el enfoque social posee una conciencia ingenua sobre la realidad y su situación, por lo que es necesario despertar una conciencia crítica, vía educación activa y dialógica, que le permita participar de manera comprometida en la transformación estructural.

Así las experiencias sobre Promoción Social a partir de esta línea se caracterizan por programas y proyectos de educación a adultos, educación no formal y educación campesina.

Los autores de las principales propuestas metodológicas de este enfoque son Angélica Gallardo Clark (1972) con su modelo de aproximaciones sucesivas y Boris Lima (1986) con su propuesta de intervención en la realidad.

La propuesta de Angélica Gallardo se puso en práctica a nivel escolar en la Universidad Católica de Chile en 1970, para la propuesta de gallardo el objeto es el hombre y su problemática social, así como las relaciones que éste establece con la sociedad.

El proceso se distingue porque aporta una metodología básica para la intervención que se caracteriza por:

- a) abordar la realidad como una totalidad y no como partes aisladas.
- b) descubrir los constantes cambios que se producen en la realidad a raíz de sus contradicciones estructurales
- c) El conocimiento y la comprensión de la realidad a través de aproximaciones sucesivas a la realidad

d) Este tipo de intervención y de conocimiento permitirá la construcción teórica.

e) La metodología está integrada por dos procesos, uno que guía la intervención en la realidad(básica), y el segundo que se centra en un proceso educativo para lograr la participación popular, que incluso puede utilizarse de manera independiente como "alfabetización concientizadora". El primer proceso da inicio con una fase de investigación que pretende reunir de una manera organizada. todos los antecedentes que sirvan para conocer las situaciones sociales abordadas; en ella se distinguen dos niveles:

1.- Nivel de investigación preliminar, que tiene como fin obtener un conocimiento global de la situación social motivo de estudio(estructuración, necesidades emergentes, contradicciones que existen, valores, costumbres y modalidades de pensamiento de la gente, etc.

2.- Nivel de Investigación descriptiva, en el que se profundizan aquellos aspectos que de acuerdo al criterio técnico profesional y personal de trabajo social, le ha parecido mayormente interesantes y significativos.

Es significativo destacar el procedimiento planteado por la autora para la elaboración del diagnóstico de las situaciones problemáticas. Básicamente se utilizan dos esquemas:

a) Esquema 1: Mecanismos de jerarquización de problemas

b) Esquema 2: Presentación de diagnóstico

El primer esquema consiste en establecer la jerarquización con relación a los valores asignados con base a criterios de urgencia de atención tanto del personal técnico como los de representantes de las bases, en contrastación con los resultados de la

etapa de investigación. Posteriormente se realiza un balance promediando las diversas valoraciones, las cuales sirven para determinar la prioridad de cada problema.

El segundo esquema incluye fundamentalmente el diagnóstico como tal por lo que comprende un listado de problemas obtenidos en el " balance de criterios" , además de un análisis de causa efecto resultado la relación entre los diversos problemas, con el propósito de que la caracterización de los problemas, no sólo se describa en el presente sino que además se tenga una prospección a futuro, en el caso de no ser solucionado.

Los resultados del diagnóstico dan pauta a la programación de acciones de manera racional, basada en la toma de decisiones en cuanto a ¿qué se quiere lograr? Y ¿cómo se desea realizarlo?.

La etapa de ejecución de programas y proyectos que plantea la autora se caracteriza por acciones de capacitación, asesoría y educación social como parte de procesos de movilización y concientización, esta última con el firme objetivo de toma de conciencia, que se traduce en un cambio de conducta que permita la alteración o modificación de la realidad.

La última etapa del proceso, lo representa la evaluación, que permite detectar las fallas técnicas del proceso metodológico, con el fin de enmendarlas, además de permitir la confrontación de las metas programadas y aquellas alcanzadas, identificando aciertos y errores que nutran experiencias para el futuro.

El segundo proceso plantea la estrategia educativa como acción permanente y necesaria para la metodología básica. Está integrada por ocho etapas:

1.- Investigación Preliminar. Tiene como objetivo determinar la problemática, así como el universo de trabajo (sujeto y área) Por lo que se realiza una recopilación de datos generales, que sirva de base a la investigación temática.

2.- La investigación temática. Pretende lograr un conocimiento exhaustivo sobre el sujeto con el cual se lleva a cabo un programa específico de concientización.

De esta manera se debe conocer la historia del sujeto, sus medios de vida y producción, su cultura, su realidad. Una vez terminada la investigación, se elabora un listado temático de los conceptos que se presentan con mayor frecuencia.

3.- Investigación Temática Vocabular. Consiste en la selección de los temas y palabras generadoras,; La necesidad metodológica que exigen los procesos de concientización que establece la propuesta, parte de considerar el propio mundo conceptual y vocabular del sujeto, por lo que la aplicación criterios de comprensión temática, semántica y de complejidad fonética progresiva son fundamentales para la ordenación del material, cuya finalidad es presentar las palabras generadoras en un orden creciente de dificultad fonética partiendo de aquellas que presentan menor dificultad, sin dejar de lado la explicación de codificaciones y palabras en orden de secuencia temática.

4.- Codificación. Implica proyectar una situación temática en imágenes cotidianas. Lo significativo de esta etapa es, según Angélica Gallardo:

* La correspondencia entre la palabra generadora y la codificación

* La correspondencia entre la situación real a que el tema se refiere y la codificación

La autora pretende con esta etapa que el sujeto se observe su propia situación, a partir de una proyección de su existencia problematizada.

5.- Descodificación. En esta etapa se realiza una descomposición del tema generador en los diversos elementos que lo integran

6.- Verificación. Una vez que se tienen los temas de situaciones problemáticas ya codificados

7.- Aplicación. Significa poner en práctica el método Psico-Social es decir la etapa de la concientización a través de la tarea de alfabetización.

8.- Evaluación.- Permite valorar los contenidos educativos y los procedimientos pedagógicos así como las formas, requerimientos y mecanismos organizativos y legales de participación ya sean sugeridos por el interventor social o bien emanadas como necesidades gremiales. Esto da la posibilidad de reforzar el aprendizaje a través de análisis y reflexión del rendimiento grupal reafirmando los conocimientos y experiencias educativas (Galeana de la O. México, 1994)

Por otra parte el modelo de Intervención de la realidad de Boris Lima (1986) es elaborado en Venezuela, se enmarca en las elaboraciones que surgieron del movimiento de reconceptualización a finales de los sesenta, mostrando un profundo cuestionamiento a los objetivos de la práctica profesional de ese momento. Es importante recordar que la reconceptualización representaba una alternativa tanto teórica como ideológica - política, acorde a las exigencias de los grupos subalternos de la comunidad latinoamericana ante la agudización de las contradicciones de los sistemas de dominación.

El objeto de estudio de este modelo es la acción social del hombre, cuya finalidad consiste en que el individuo deje de ser un receptor para convertirse en el sujeto de su propia liberación.

La propuesta se presenta como una alternativa con la orientación de ese momento, que pugnaba por una práctica profesional más científica y comprometida, por lo que su novedad radica en una vinculación estrecha entre el proceso de conocimiento y el proceso de intervención, los que se retroalimentan y se fundamentan mutuamente, coadyuvando a que el sujeto sea el principal actor del cambio de su realidad.

"Porque de lo que se trata no es sólo de describir e interpretar los fenómenos, sino de hacer que el hombre, el sujeto cognoscente, en su actividad práctica se convierte en el principal agente de su transformación".

La propuesta entonces se configura por una estructura integrada por dos ejes: el teórico y el operacional, que se interrelacionan dialécticamente: El uno proporciona el objeto de conocimiento, el otro constituye la praxis y es el medio donde se reconoce y expresa la comprensión.

El nivel operacional se integra por seis fases que implica al mismo tiempo, el de los tres grados de conocimiento de nivel teórico.

- 1) Sensitiva
- 2) Información Técnica
- 3) Investigación participante
- 4) Determinación
- 5) Elaboración de modelos de acción
- 6) Ejecución y control

1) En la fase sensitiva se pretende adquirir nociones sobre la realidad, es la primera aproximación del agente promotor de cambio con el medio y el hombre, es decir, la conciencia ordinaria.

2) La segunda fase identificada como Información Técnica estriba en recabar los datos obtenidos y elaborados por organismos y/o instituciones con respecto al sector o área. Esto permite integrar un conjunto de conocimientos sobre la realidad abordada como los antecedentes históricos, estructura de la población, estructura económica, datos sanitarios etc.

Los contenidos de las dos fases anteriores configuran el primer grado de conocimiento externo.

3) La tercera fase de investigación participante, la población junto con el agente propulsor, van a profundizar el contenido de los fenómenos. En esta fase no sólo se continúa, sino se desarrolla el proceso de concientización, movilización e incorporación de la población, incluyéndose el trabajo con grupos siendo de gran utilidad el método psicosocial que pueda generar un proceso de toma de conciencia en el propio seno de las masas.

4) La cuarta fase permite la discusión entre los procesos reales(realidad) y los procesos de pensamiento(conocimiento) a nivel macro y microsocioal otorgando el lugar que le corresponde a cada uno de ellos.

Así la tercera y cuarta fase constituyen el grado abstracto o conceptual, en el cual se desarrollan conceptos, se clasifica información y se descubren conexiones internas y externas de la realidad del sujeto como un todo estructurado.

5) La quinta fase corresponde a la elaboración de modelos de acción, es decir, a partir de la formulación de los hechos se puede formular la programación de la acción,

esto es, el análisis de las contradicciones define las estrategias y tácticas, para la transformación de los fenómenos y de la realidad, mediante una guía de acción para la orientación, organización y movilización de la comunidad.

6) La última fase es la ejecución y el control, representa la operacionalización de los modelos en conjunto con la población bajo un principio de "abajo hacía arriba" que implica la comprensión de las contradicciones y la búsqueda de soluciones por parte de la misma.

En estas dos últimas fases se desarrolla el grado de conocimiento lógico-racional, que consiste en el retorno a la realidad mediante juicios y razonamientos que conducirán a la producción del comportamiento de las relaciones sociales y en consecuencia a su conducción consciente para un posible cambio estructural (Galeana de la O. S. México, 1994)

El tercer enfoque de la Promoción Social es el denominado enfoque de Promoción Popular. Este tipo de enfoque se desarrolla básicamente en las prácticas que tienen como fin el fortalecimiento de los procesos organizativos populares, así como las auténticas estructuras democráticas utilizando como estrategia la promoción de la participación y la solidaridad. Por lo que se desarrollan esencialmente en las organizaciones y movimientos sociales que se articulan en diferentes niveles a partir de algunas reivindicaciones colectivas, definidas por carencias comunes, tales como la vivienda, la alimentación y la salud. etc.

Citando la definición propuesta por Carlos Filgueira (80s) estas organizaciones y movimientos sociales se definen como aquellas expresiones colectivas que

* se organizan alrededor de ciertos intereses (o valores) socialmente determinados

- * Establecen ciertas áreas de igualdad entre sus miembros alrededor de las cuales privan solidaridades específicas.

- * Inciden o buscan incidir en algún nivel de proceso de toma de decisiones políticas

Los movimientos urbanos son explicados como aquellos "... provocados por las contradicciones urbanas, es decir, las que se refieren a la producción, distribución y gestión de los medios de consumo colectivo urbano como vivienda, educación, transporte etc.

En sí se ha delineado este sector social como capaz de crear formas organizativas de expresión colectiva que poco a poco incluyen sus reivindicaciones inmediatas en procesos políticos globales, esto quiere decir que tenemos un nuevo tipo de movimiento social. Estos movimientos se diferencian de aquellos que sólo se quedan en movilizaciones populares sobre reivindicaciones urbanas, no provocando impacto en el esquema social dominante. Castells (1992) identifica a los primeros como movimientos sociales urbanos y a los segundos movimientos urbanos.

Una característica fundamental de los movimientos sociales urbanos, según Alicia Zicardi (1989) es que no posee una identidad de clase, sino una identidad grupal, esta se caracteriza por una diferenciación que consiste en una precariedad en la vivienda, ausencia de servicios y equipamiento colectivo, mínimo margen de subsistencia, en muchos casos la situación ilegal de la ocupación de la tierra, los abusos fiscales y de corrupción etc.

Los movimientos sociales urbanos son capaces de considerarse en una perspectiva de clase cuando tienen carácter organizado y democrático. Medios de expresión ideológica y política propios en donde la lucha constituya tanto formas de organización amplias y mecanismos de representatividad estrechamente ligadas a las necesidades de la base social.

Entre otras particularidades de los movimientos sociales urbanos se encuentra la participación de la mujer como la principal responsable de la reproducción de la fuerza de trabajo en el seno familiar, participando, entre otras actividades en la transformación del salario en bienes consumibles, en el mantenimiento de la unidad de la vivienda y el auto abastecimiento de ciertos productos (cría de animales y huertos familiares).

Es la mujer la que siente en forma más profunda la explotación en el terreno de consumo de los trabajadores y de las clases oprimidas, su permanencia continua en las comunidades populares le da un gran peso a su participación.

En este sentido, las acciones de Promoción Social buscan fortalecer el proceso organizativo socio-político del pueblo oprimido, consolidado en un proyecto de liberación. La educación popular representa un instrumento base para la capacitación política e ideológica que propicie la apertura de espacios en la toma de decisiones a los grupos populares convirtiéndolos en gestores de su propio desarrollo.

Los procesos educativos, según, Carlos Nuñez (1989) implican el rescate de la cotidianidad, la comprensión crítica de la realidad, la búsqueda de la identidad, la valoración reflexiva de nuestra cultura y la potencialización de los espacios locales, todo ello tendiente a la integración y a una intención organizativa, cuya base se centra en el contacto directo de los grupos populares.

Es escasa la sistematización de este tipo de práctica, esencialmente este tipo de enfoque ha sido desarrollado por asociaciones civiles y organizaciones populares, cuyo carácter no gubernamental, le permiten establecer relaciones más estrechas y comprometidas con los sectores populares, sus acciones de orientación, formación y asesoría en el ámbito de la promoción social, el movimiento urbano y el desarrollo local y autogestivo, tienen como fin contribuir al desarrollo de los movimientos sociales y urbano popular.

La relación que se establece con los grupos populares es horizontal, desarrollando proyectos populares, básicamente educativos, de capacitación y fortalecimiento de procesos de organización y autogestión, para que la población misma ejecute sus proyectos sociales y económicos, así como el asesoramiento en la gestión de servicios y satisfactores ante instituciones gubernamentales.

Se fomentan y consolidan verdaderas estructuras democráticas que surgen de los mismos sectores, por lo que uno de los requisitos para proporcionar el apoyo técnico es que se cuente con una organización social, cuyo objetivo se centra en que sean los propios sectores los gestores de sus satisfactores.

En los procesos de intervención y de gestión son permisibles prácticas de exacerbación de las masas, las intervenciones contestatarias y la utilización de mecanismos agresivos, como instrumentos de presión para la gestión de sus demandas así como de su desarrollo.

A manera de conclusión de la descripción de los enfoques, se puede enfatizar en el análisis de dos aspectos: los sistemas conceptuales, que reflejan una determinada concepción de la realidad así como una forma de explicar la problemática relativa a la pobreza que presentan los sectores mayoritarios de la sociedad, y los procesos metodológicos que se proponen para intervenir en la realidad, intentando una modificación del objeto de la intervención.

Los diversos enfoques identifican como objeto de intervención a las condiciones de vida de aquellos grupos que por su ubicación en la estructura social, no satisfacen sus necesidades básicas.

El objeto de intervención presenta un carácter multidimensional y multidisciplinario; es decir refleja una diversidad de proyectos en el cual se sintetizan e integran categorías históricas – bio-psico-sociales.

Se detectan explicaciones muy opuestas en cuanto a la identificación de las causas que generan el objeto: existen aquellas que resumen en la falta de condiciones socioeconómicas de algunos sectores, lo que les impide alcanzar el desarrollo, es decir, se considera que la problemática no es causada esencialmente por factores económicos, sino que se incluyen elementos políticos, sociales, técnicos etc. Por otra parte otros enfoques centralizan sus explicaciones en la explotación del hombre, en una sociedad de clases con intereses antagónicos.

Estas diferencias en las explicaciones permiten visualizar que el objeto es un sistema complejo y que su interior se identifica un conjunto de interrelaciones que determinan su dinámica

Para algunos enfoques se parte de la finalidad de solucionar la problemática(objeto) a partir de cambio de actitudes, condiciones y costumbres a través de proporcionar apoyo económico teniendo como eje la participación y organización de la población.

Mientras para otros su fin radica en las estructuras económicas, políticas y sociales que generan los profundos antagonismos de clase, por lo que las acciones de educación popular y la movilización social se convierten en elementos fundamentales para generar procesos de organización popular que democraticen los espacios de acción y fortalezcan a la sociedad civil que lucha para transformar las condiciones de insuficiencia social.

Con respecto a las propuestas de intervención se detecta como punto coincidente una matriz metodológica que se estructura como un proceso operativo, el cual se conforma por diversas capas y momentos que van a variar en su interpretación, instrumentación y aplicación, dicho proceso operativo está integrado por las siguientes fases:

* Investigación

- * Diagnóstico

- * Planeación

- * Ejecución

- * Evaluación

La conjunción de estas etapas y las características del objeto de la Promoción Social, otorgan a la intervención su particularidad y su esencia el carácter integral y la multidisciplinariedad.

Este proceso operativo va a estar presente en todas las formas de intervención que tengan como eje la organización y participación social independientemente de los diversos enfoques.

La multidimensionalidad del objeto provoca que las interpretaciones sean diferentes y que el proceso operativo no sea rígidamente lineal, variando las fases de las estrategias en su contenido, conceptualización, ubicación y grado de profundidad de cada una de estas. En este sentido, dicho proceso(intervención) no es un método riguroso o un esquema rígido. En las propuestas existe poca claridad en cuanto a procedimiento se refiere, con respecto a la fase de ejecución, aspecto que ha repercutido en la coherencia y en la trascendencia de las acciones de Promoción Social en la realidad (Galeana de la O. S. 1994 p. 50-57)

3.4 La promoción Social en México

En México, el modelo de Desarrollo Comunitario con un enfoque de asistencia se puede detectar en las primeras experiencias de mejoramiento y desarrollo comunitario en 1921 a través de las denominadas misiones culturales. Dichas acciones se

realizaron en todo el país con el deseo de mejorar la situación en las áreas rurales, promoviendo la solidaridad comunal para combatir la pobreza, la ignorancia y la enfermedad. El objetivo primordial de estas prácticas fue el de proporcionar en momentos sucesivos, adiestramiento a corto plazo para maestros rurales, incluyendo métodos para el progreso de los sectores rurales. En los años cincuenta las prácticas u los modelos centrales de este modelo se ven reflejadas en algunos programas:

a) Programa de Mejoramiento del Hogar Rural que consistía en la promoción de la participación de comités locales para la construcción de aulas, sistemas de agua potable, introducción de energía eléctrica y centros de salud. Los equipos estaban integrados básicamente por mujeres. Sus funciones consistían en dar a la familia nociones acerca de las mejoras técnicas para el cultivo de legumbres, frutas y sobre la cría de animales domésticos, conservación de alimentos, mejoramiento del hogar, higiene y primeros auxilios, cuidado del niño, manejo del hogar, bienestar familiar y comunal, recreación, cooperativismo, civismo, redes sociales entre miembros de diferentes comunidades.

b) Centros de Bienestar Social. Surgen en 1953 pretendiendo el mejoramiento integral de las comunidades rurales mediante los esfuerzos unidos del pueblo y gobierno: Las actividades consistían en salud pública, saneamiento ambiental, proyectos socioeconómicos, obras públicas, proyectos educativos - culturales y recreativos; y organización comunitaria.

c) Juntas de Mejoramiento Moral, Cívico, y Material. Eran instituciones privadas establecidas en las cabeceras municipales y en otros pueblos, su papel consistía en encauzar los esfuerzos que hacían en pro del mejoramiento social. El mejoramiento cívico estaba referido a la aplicación de los derechos humanos y la justicia social, promoción de los sentimientos patrióticos, cooperación y progreso intercomunal; el mejoramiento moral consideraba, desarrollo de las relaciones familiares y vecinales, lucha contra el vicio, promoción del deporte y la cultura, así como el bienestar de los ancianos; el mejoramiento material consistía en construcciones de jardines,

mejoramiento de calles e instalaciones de parques. El financiamiento de las acciones se realizaba vía campañas locales, fiestas juegos y donaciones privadas.

d) Los Centros del Seguro Social para el bienestar familiar. Iniciaron en 1957, a través de estas instancias se realizaron programas de desarrollo comunitario en áreas urbanas y semiurbanas principalmente, pretendiendo un nuevo concepto de seguridad social, que no se limitaba a la ayuda médica y material en caso de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez, vejez, desempleo y muerte, sino incluía servicios de capacitación para que la clase trabajadora alcanzara más altos niveles vida.

Las actividades consistían en el adiestramiento en los campos de medicina preventiva, vida familiar, cultura general, educación cívica y recreación así como en desarrollar habilidades y destrezas tales como: costura , bordados, tejidos, decoración, tapicería, conservación de muebles, industria doméstica, fabricación de juguetes y cultura de belleza.

e) Programa de Clubes Juveniles Rurales. Inician en 1959, su objetivo consistía en mejorar la economía y los niveles de vida de los agricultores y sus familias, mediante la conversión de los jóvenes campesinos en buenos ciudadanos y buenas amas de casa de modo que pudieran actuar en sus comunidades como hombres prominentes y mujeres dignas de aprecio. El programa adiestraba a los jóvenes en las técnicas de la agricultura moderna, a las señoritas en el mejoramiento del hogar y las industrias domésticas y de esta forma ofrecer a los jóvenes la posibilidad de formar un capital mediante el trabajo honrado, disciplinado y una adecuada organización, se les capacitaba también para convertirse en líderes comunales, devotos de la democracia, el progreso y el bienestar, contribuyendo a la formación de una generación más rica y unificada inspirada por sentimientos hacia la humanidad (Galena de la O. México, 1994).

El modelo de educación liberadora, por su parte, se da en México en el marco de las condiciones políticas que caracterizaron el movimiento del '68, las represiones a movimientos como el de los ferrocarrileros, de maestros y el estudiantil.

Entre las principales experiencias se pueden distinguir las desarrolladas en el Instituto Nacional de la Educación para adultos, sin embargo el poco entrenamiento y las diversas interpretaciones en su aplicación, así como la falta de reflexión y sistematización de las experiencias no lograron el impacto y los resultados esperados. A partir de estas experiencias se intentó superar el carácter asistencialista y paternalista. Este tipo de enfoques fue aplicado en otros programas de carácter social.

Otro de los modelos de promoción social que se da en México, es el modelo de promoción popular, se da principalmente en las zonas marginales de la Ciudad de México en la década de los años setenta y principios de los ochenta.

3.5 La promoción Social en el Distrito Federal

En el Distrito Federal, según una investigación de campo que llevó a cabo la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de México en el periodo de 1994 a 1995, se detectaron cuatro tipos de instancias que promueven la organización y participación de la población en la resolución de necesidades básicas y en la gestión de servicios sociales obteniéndose la siguiente clasificación:

- a) Organizaciones Gubernamentales.- Que a su vez se dividen en Instituciones Públicas centralizadas e Instituciones Públicas descentralizadas.
- b) Organizaciones no Gubernamentales.- Que enmarca las Instituciones de Asistencia Privada, las asociaciones civiles, y las organizaciones populares.

Las organizaciones Gubernamentales, son organismos con normatividad jurídica creados por el Estado, Para operacionalizar algunas políticas a través de procesos administrativos y operativos como respuesta a un conjunto de demandas de la sociedad civil, que ofrecen atributos de eficiencia y legitimidad Para resolver conflictos entre diferentes grupos. Su doble función social se centra por una parte en la reproducción de las condiciones de existencia, a través de la respuesta a las presiones de los diversos sectores sociales, a quienes reorienta hacia fines antagónicos y por otra intenta cristalizar las demandas sociales en bienes y servicios necesarios Para su sobrevivencia y desarrollo. Este tipo de instancias tiene dos enfoques que se determinan mutuamente, la dirección de dicha conjugación va a estar influenciada por el grado y profundidad de las fuerzas y presiones que se presentan en la interacción social, lo que en última instancia se convierte en espacios coyunturales Para el mejoramiento, modificación y transformación en forma parcial y total de uno o más sistemas generales de la sociedad.

En este sentido, las entidades públicas desempeñan un rol administrativo y de servicio y un rol político, reflejando una dinámica constante de determinación y retroalimentación entre la dualidad.

La administración pública, de acuerdo con la ley orgánica se divide en dos grandes ramas, la centralizada y la paraestatal.

La primera se caracteriza por estar integrada fundamentalmente por organismos que crea el estado, los que se rigen bajo la ley de administración pública que les asigna la operacionalización de las políticas y las líneas de acción de un determinado modelo de desarrollo, también presentan como función la normalidad y el mantenimiento del orden social a través de las instancias represivas, coercitivas y sociales,

La segunda se refiere a los organismos creados por una ley emanada del Congreso de la Unión o un decreto del Presidente de la República, cuentan con una personalidad jurídica y patrimonios propios están orientados a la prestación de un

servicio o a la producción o explotación de bienes que satisfagan necesidades y demandas de la comunidad.

Los Organismos no Gubernamentales, son organizaciones voluntarias privadas, que poseen autonomía en su estructura orgánica, su administración, financiamiento y dirección. Estas características le permiten romper con estructuras formales y verticales, por lo que se logran verdaderos canales de identidad y comunicación, así como un conocimiento del entorno sociocultural, que da un mayor acceso a la dinámica de los grupos populares. Su financiamiento básicamente proviene de donativos nacionales e internacionales, convirtiéndose en la actualidad en verdaderos agentes de desarrollo. Debido a su estructura, filosofía, orientación, objetivos y acciones se clasifican en tres tipos:

Las Instituciones de Asistencia Privada Para el Distrito Federal, son entidades jurídicas con bienes de propiedad particular ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia sin propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios. Tienen como objetivo ejecutar actos de solidaridad que tiendan al desarrollo social, por lo que el estado reconoce su capacidad Para tener un patrimonio propio destinado a la realización de sus fines. Además por su utilidad pública están exentas del pago de impuestos, derechos y aprovechamientos que establezcan las leyes del Distrito Federal.

La relación que determina el Estado Para con estas instituciones se limita a la vigilancia e inspección de las mismas, lo que le confiere facultad Para impedir la administración de los bienes cuando estos se inviertan con fines ajenos a su objetivo social.

Las asociaciones Civiles se caracterizan por sus tareas de investigación, capacitación social y acciones promocionales de respaldo a los grupos de base y organizaciones populares. Con dichas tareas buscan el desarrollo autónomo y la Constitución y fortalecimiento de actores locales y regionales que sean los reales protagonistas de

su desarrollo, a través de practicas sociales transformadoras que tienen como base "una metodología educativa que permita fortalecer determinadas capacidades de análisis y toma de conciencia de la realidad interna de cada organización y de sus relaciones con el contexto, proceso permanente entre práctica - teoría - práctica.

Las Organizaciones Urbano Populares, son agrupaciones que presentan carencias comunes, son una clara expresión de la desigualdad social.

Sus miembros se integran en torno a una o varias reivindicaciones colectivas, orientadas por la solidaridad, la participación y la confianza del sector al que pertenecen, lo que les permite estructurar verdaderos sistemas de relación, comunicación y apoyo. Son nuevos actores que a través de estrategias contestatarias y de presión buscan la obtención de logros y en este sentido se convierten en verdaderas instancias de organización y autogestión. Su mayor expresión y consolidación se experimenta a través de los movimientos populares urbanos.

A partir de la identificación y definición de las diversas instancias que promueven acciones de Promoción Social, se puede concluir que estas presentan una diversidad de enfoques y modalidades en su orientación y estructura orgánica lo que repercute de manera determinante en la aplicación de sus programas y acciones, generando una diferenciación en sus procesos y procedimientos operativos, elementos que se reflejan en el tipo de relación que van a establecer dichas instancias con la población así como la trascendencia de sus objetivos y actividades, independientemente de que todas pugnen por un fin común: la organización y movilización social como elemento esencial del desarrollo social.

Modelo de Promoción Social en Instituciones Públicas

La mayor parte de estas instituciones surgen durante los últimos cuatro sexenios presidenciales, que se han caracterizado por emprender líneas de modernización

política y económica, utilizando como estrategias básicas la ampliación de infraestructura de servicios. Para apoyar el desarrollo industrial, el exceso de gasto público y la solicitud de préstamos al extranjero. De ahí que la creación de estas instituciones intente responder a las demandas de los grupos afectados por la modernidad a través de programas de asistencia y seguridad social.

La relación que predomina con la población es lineal y vertical, la institución es la que jerarquiza los problemas y selecciona cuales son los proyectos a desarrollar, independientemente de la correspondencia de ellos con las necesidades que la población considere como prioritarias. Muchos de los programas son elaborados a nivel directivo careciendo de perfiles socioeconómicos y culturales de las comunidades atendidas, por lo que las instancias operativas que se encuentran distribuidas en diferentes zonas, experimentan el desinterés, indiferencia y/o apatía por parte de los integrantes de una comunidad por la poca o nula congruencia con la realidad de los mismos, aunque resulta significativo señalar que algunos programas gubernamentales de vanguardia intentan establecer una relación con la población de tipo horizontal, pero la existencia de estructuras jerárquicas (mesa directiva) en los órganos de representación social (comité), ha provocado situaciones de individualismo, favoritismo y corrupción en la distribución del presupuesto y recursos, afectando y sacrificando el bienestar de la comunidad.

Los programas de Promoción Social en este tipo de instancias presentan la siguiente jerarquía en cuanto a la problemática que abordan:

- 1.- Capacitación, Educación y Salud
- 2.- Farmacodependencia, alcoholismo y alimentación
- 3.- Organización Popular, Problemas laborales, Gestión de servicios, Pandillerismo, Bandas.

Su objetivo de intervención básicamente se centra en elevar el nivel de vida de la comunidad implementando acciones de promoción y asistencia social, utilizando como elemento esencial la participación y organización de la población.

Este modelo de promoción Social se implementa tanto en instituciones del sector central como en el sector descentralizado, por lo que su forma de organización se caracteriza por estructuras gubernamentales no obstante en algunas instituciones descentralizadas se combinan con la modalidad de patronato.

Para su financiamiento cuentan con presupuesto gubernamental, sin embargo, algunas reciben donaciones de carácter nacional, específicamente de empresas, industrias, patronatos e instituciones públicas.

Establecen primordialmente coordinación con instituciones del mismo carácter (públicas) Para desarrollar en primer término programas conjuntos y, en segundo, Para proporcionar o solicitar capacitación, obtener recursos o bien Para la inserción en algún programa. Su relación con instituciones de asistencia privada, asociaciones civiles y organizaciones populares no es significativa, básicamente se caracteriza por proporcionar recursos tanto materiales como técnicos.

Fundamentalmente proporcionan servicios de capacitación laboral, de educación, médicos, asesoría, recreación de tipo cultural y en menor importancia desarrollan acciones Para la gestión de servicios públicos, mejoramiento de patrones alimenticios a través de la capacitación y el otorgamiento de apoyo en especie, algunos también prestan atención psicológica especializada.

Proceso metodológico:

Para SELECCIONAR una comunidad área o sector establecen como criterios la congruencia de los objetivos de la institución con las demandas y necesidades de la comunidad

Una vez seleccionada la comunidad se realiza un ESTUDIO de tipo exploratorio y socio económico Para detectar la problemática así como Para conocer las características económicas, políticas, culturales y sociales.

Para la elaboración del PLAN O PROGRAMA se analiza la naturaleza y la magnitud de la problemática dando pauta a la jerarquización de las mismas.

En la EJECUCION de los programas la participación de la gente se manifiesta en la obtención de servicios, colaboración en trabajos de beneficio de la comunidad y en actividades de recreación y cultura.

El SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS ACCIONES se realiza a través de procesos de supervisión, que utilizan como procedimiento la contrastación de la intervención con los objetivos y metas a través de informes, complementándose con entrevistas individuales y grupales al personal en el área trabajo.

La EVALUACIÓN se efectúa mensualmente tanto por directivos como por el personal especializado, tomando en cuenta el alcance de los objetivos, metas, resultados y en menor escala los procedimientos y el impacto social que generan las acciones de la población.

Modelo de Promoción Social en Instituciones de Asistencia Privada

Estas instituciones surgen en los últimos veinte años que se caracterizaron por profundas recesiones. Sus motivos de fundación fueron ayudar al individuo o

comunidad en condiciones de pobreza, con el fin de incorporarlos a una vida digna, decorosa y humana.

La relación con la comunidad se caracteriza por ser lineal y vertical en el sentido de que existen programas permanentes establecidos, ofreciendo a la comunidad una gama de servicios a los que puede acudir de acuerdo a sus intereses y a la correspondencia de estos con las necesidades y demandas del usuario y de la comunidad.

Su problemática de atención se refleja en la siguiente jerarquía:

- a) Capacitación laboral, educación y salud
- b) Desintegración familiar, patologías sociales, tiempo libre y alimentación.
- c) Gestiones de servicios, organización social, pandillerismo, desempleo y vivienda.

A pesar de ofrecer una atención integral al individuo, la unidad que preocupa es la familia, lo que a la larga repercutirá en el bienestar de la comunidad. Los requisitos que establecen para el otorgamiento de servicios son ser sujeto de apoyo(lo cual se determina a partir de un estudio socioeconómico), el pago de una cuota(significativa) y por último el interés y demanda del servicio.

Su objetivo es proporcionar diversos servicios a la comunidad Para lograr un desarrollo integral del individuo y de la familia así como el de los marginados o rezagados, a través de modificar y mejorar las circunstancias del orden biológico, cultural, económico y social incorporándolos a una vida digna.

Estas instituciones pertenecen a la Junta de Asistencia privada, su forma de organización esta caracterizada primordialmente por patronatos y en un porcentaje

menor por mesas directivas. Su financiamiento se basa en donaciones nacionales y contribuciones en especie, complementándose con aportaciones de instituciones privadas y cuotas de beneficiarios.

El tipo de relación que se da con otras instancias es para realizar programas conjuntos, obtener recursos y solicitar requerimiento de capacitación. Comúnmente cuentan con servicios culturales, de asesoría y gestión social, alimenticios y de atención psicológica, los profesionales del Trabajo Social y voluntarias trabajan en la sensibilización y modificación de la comunidad.

Metodología

Los criterios Para SELECCIONAR una comunidad son la congruencia de los objetivos de la institución con las necesidades y demandas de la población o bien el requerimiento de los servicios sociales que presta este tipo de instituciones. Inicialmente se realiza un estudio socioeconómico exploratorio Para conocer las características de la comunidad así como su problemática.

Para la PLANEACION acciones se toma en cuenta la naturaleza y magnitud de los problemas lo que permite establecer una jerarquía Para la intervención.

La etapa de EJECUCION consiste en la prestación de servicios, dado que el tipo de participación de la población se caracteriza por el uso de la infraestructura, colaboración en trabajo de beneficio a la comunidad y en actividades de recreación y cultura, por lo que la promoción de formas de organización es casi nula.

El SEGUIMIENTO de acciones se realiza por medio de supervisiones y entrevistas formales a integrantes de la comunidad, en donde es determinante la contrastación de la intervención con los objetivos y metas.

La evaluación no es una actividad muy sólida en este tipo de instituciones presentándose con una periodicidad combinada, es realizada por personal directivo, quienes primordialmente toman en cuenta los resultados y en segundo término los objetivos y las metas.

Modelo de Promoción Social en Asociaciones Civiles

La mayoría de estas instancias surgieron Para apoyar la organización y los procesos autogestivos de los grupos populares a partir del deterioro constante y profundo de los niveles de vida generados por la crisis socioeconómica que experimentó el país en la década de los ochenta. Los motivos de su fundación se centran básicamente en potenciar las capacidades autogestivas que impulsan la participación y organización ciudadana a través de la capacitación, asesoría, investigación y difusión cultural. Dentro de este grupo de instituciones existen variantes debido a que se encuentran asociaciones existentes con un carácter asistencial.

La relación que establecen con la población es horizontal debido a que son los sectores populares los que demandan acciones de capacitación, asesoría e investigación que les proporcione elementos Para fortalecer sus diversos movimientos en su lucha por mejorar sus condiciones de vida.

La intervención en estas instancias aborda la problemática siguiente:

- a) Educación, capacitación popular, organización popular
- b) Desintegración familiar, tiempo libre, gestoría, alimentación, vivienda y salud
- c) Problemas laborales, farmacodependencia, alcoholismo.

Su objetivo radica en capacitar y asesorar a las organizaciones sociales urbano - populares, a través del impulso de la participación y la organización, potenciando los procesos autogestivos que permitan el desarrollo de una sociedad civil justa y democrática.

Su forma de organización presenta una estructura de carácter democrática, está formada por mesa directiva y por un consejo o comité.

Su financiamiento está basado en las donaciones, haciendo uso en algunos casos de las aportaciones de instituciones privadas y aportaciones particulares. Establecen relación con dependencias públicas, de asistencia privada, organismos populares y asociaciones civiles caracterizándose por la realización de programas conjuntos y por otorgar servicios de capacitación y asesoría. Crean espacios de intercambio, retroalimentación y aprendizaje entre el personal y a su vez con instituciones del mismo carácter, cuya finalidad es homogeneizar concepciones, aspectos teóricos - metodológicos y formas de intervenciones en la realidad social.

Para estas instituciones, la capacitación del personal es un elemento fundamental por lo que se promueven acciones de este tipo con una periodicidad de tres o más veces al año.

Metodología

Los criterios de SELECCIÓN Para trabajar con un grupo, colonia o sector son el interés y la demanda de la población así como la existencia de una organización colectiva. Posteriormente se realiza un ESTUDIO exploratorio o descriptivo que permite caracterizar la problemática, aspectos socioeconómicos y culturales de la población.

La elaboración del PLAN O PROGRAMA de trabajo participan los directivos, personal especializado y representantes de la comunidad, ocasionalmente grupos de la misma, líderes de organizaciones y patrocinadores.

En la EJECUCION de acciones la participación de la población se distingue por la colaboración en trabajos de organización y capacitación, actividades recreativas, culturales, aportaciones materiales y por el uso de los servicios y la infraestructura.

El SEGUIMIENTO de acciones se realiza por medio de supervisiones, reuniones informales y entrevistas formales a la población, como complemento se utiliza la contrastación de la intervención con los objetivos y los datos de los informes.

La EVALUACION se realiza con una periodicidad combinada y queda bajo la reponsabilidad de los directivos y personal especializado, quienes toman en cuenta los resultados, objetivos, metas y procedimientos (Galeana de la O. 1994).

Modelos de Promoción Social en Organizaciones Populares

El surgimiento de estas organizaciones se puede ubicar en la década de los setenta, las causas principales de origen fueron, la manifestación de la crisis urbana dentro de la crisis global de la sociedad mexicana que recayó sobre los grupos populares quienes buscaron los medios para defenderse, el radicalismo político de los estudiantes a raíz del movimiento del 68 que proporcionó militantes que se introdujeron en comunidades, propiciando nuevas formas de organización política autónoma, y la política del gobierno de Luis Echeverría, que abrió espacios de propuesta y oposición, buscando base social, así como impulsar las políticas urbanas(Ley de Asentamientos Humanos), cuyo fracaso generó la necesidad de movilizarse autónomamente. De esta manera, los motivos y causas de surgimiento giran en torno de una necesidad de organización y una coyuntura para resolver su problemática social, económica y política.

El tipo de relación que establece con la comunidad es directa y estrecha, se concretiza a través de ~~asamblea~~ que se integra por los representantes de los diversos sectores que participan, lo que les permite desarrollar proyectos para responder a sus necesidades, sustentan sus acciones en estrategias de gestión que tienen como base tácticas de presión tanto a las instituciones como a las autoridades gubernamentales, e incluso con actividades de matices político alternativo.

La problemática que atiende presenta la siguiente jerarquía:

- a) Urgencia de la tierra, organización popular, vivienda y gestión
- b) Problemas laborales, alimentación y educación
- c) Capacitación y salud.

La dinámica y movilidad de estas organizaciones giran en torno a un problema básico: la vivienda.

Su financiamiento se basa en donaciones nacionales y cuotas de los integrantes, destacándose las donaciones de instituciones públicas y organizaciones políticas. Establecen relación con organizaciones homogéneas y en segundo término con asociaciones civiles e instituciones de asistencia privada. Dicha relación se caracteriza por requerimientos de asesoría primordialmente, en segundo término ofrecen servicios de apoyo alimentario, culturales, médicos, educativos y de capacitación, para la obtención de servicios se establecen como requisitos, pertenecer a la organización y apoyo con cuotas.

Metodología

Para la INCORPORACION DE GRUPOS O SECTORES a sus programas estas instancias establecen como criterios prioritarios la demanda, la organización de los demandantes y la congruencia de las necesidades con los objetivos de la organización popular.

Los estudios e investigaciones que dan pauta a la planeación representan un aspecto poco considerado, pues por el contacto estrecho con la población, la dinámica de los sectores sociales se encuentra implícita en cada acción que se promueve.

Para la PLANEACION de acciones se establece la naturaleza de los problemas y necesidades lo que da pauta a la jerarquización de los mismos, usualmente establecen como prioritarios los relativos a la vivienda.

En la elaboración del PLAN O PROGRAMA participan fundamentalmente los representantes de las organizaciones y de manera complementaria los asesores y grupos de las comunidades.

En la EJECUCION de acciones la participación de la población se caracteriza por su intervención en actividades políticas y de gestión, complementado por las aportaciones materiales y en especie, así como su cooperación con trabajos en beneficio de la comunidad y de los sectores.

El SEGUIMIENTO de las acciones no es sistemático, se realiza por medio de supervisiones y reuniones informales quedando bajo la responsabilidad de los representantes de los sectores básicamente consideran los resultados y procedimientos.

La EVALUACION no es una actividad constante y su periodicidad es indeterminada, generalmente queda bajo la responsabilidad de coordinadores y representantes

- c) Existen grandes debilidades en las tareas de planificación, gestión, seguimiento y evaluación de proyectos
- d) Los programas y acciones no responden a la problemática social, ni a la vida común de los mismos por lo tanto son de poca trascendencia ya que son programas y estrategias de "escritorio".
- e) Falta de coordinación entre las instituciones que desarrollan programas de promoción social, lo que genera la duplicidad de acciones y en consecuencia una pérdida excesiva de recursos.
- f) Existe una carencia de estructuras de organizaciones reales y más acabadas que tendieran a la participación de los sectores populares
- g) Comunidades y sectores apáticos e indiferentes a las acciones de Promoción Social
- h) Control de algunos líderes que son los intermediarios entre los colonos y los funcionarios de la administración, respaldados por algún partido político
- i) Ideas encontradas de dirigentes en cuanto a la concepción de las relaciones sociales y procedimientos de gestión
- j) Carencia de respuesta por parte de las autoridades a los procesos de gestión y demandas sociales
- k) Excesiva ideologización de organizaciones y movimientos sociales, que en algunos casos convierten las decisiones en políticas partidistas no de desarrollo social .(Galeana de la O. Silvia ,1994).

quienes aplican criterios básicos: los resultados, el impacto de las acciones y la participación de la población. (Galeana de la O. 1994)

La dirección de las organizaciones urbanas populares en la década de los años setenta y ochenta, estuvo en manos sobre todo, de grupos de izquierda de corte maoísta o "línea de masas" como la Organización de Izquierda Revolucionaria Línea de masas (OIR-Lm) y el Movimiento Revolucionario del Pueblo (MRP). En menor medida, estuvieron presentes en el Movimiento Urbano Popular otras corrientes de la izquierda, como la Asociación Cívica Nacional Revolucionaria (ACNR), Punto crítico y el Partido Revolucionario de los trabajadores (PRT), de filiación trotskista. Sus militantes se vincularon a las organizaciones sociales para "servir al pueblo, aprender de él y orientar sus luchas".

En estos mismos años surgieron al interior de la Iglesia Católica corrientes con una opción definida por "los pobres". El compromiso de fe de sus integrantes - en la denominada Teología de la Liberación - los conduce a un trabajo de promoción de la participación de las comunidades campesinas o urbanas, formando Comunidades Eclesiales de Base (CEBS) al interior de ellas (Flores H.E., 1998).

La problemática actual de los modelos de promoción social en el Distrito Federal es:

- a) Reducen la esencia de la Promoción Social (impulsar y atender el desarrollo de los sectores populares a partir de procesos de organización social y autogestión), al cumplimiento de metas establecidas lo que se traduce en actividades aisladas con poca o nula congruencia con los objetivos de organización e integración social
- b) Existe el predominio del fin político para obtener la legitimación de los diversos sectores de una población

3.6 La Promoción en el contexto histórico de la sierra de Santa Catarina.

Causas que dieron origen a las diversas formas de Promoción Social en la Sierra de Santa Catarina

Las cuarenta y siete colonias que forman parte de los asentamientos urbanos de la Sierra de Santa Catarina. Están situadas en la ladera de una zona montañosa ubicada al oriente de la Ciudad de México, en la delegación política de IZTAPALAPA y tiene como límite la avenida Ermita Iztapalapa.

Los factores principales que inicialmente lograron que se promoviera la organización en estas colonias fueron, por una parte, la lucha política de una parte de la población para lograr la regularización de sus terrenos y el acceso a los servicios públicos, y los intereses electorales de las autoridades gubernamentales, por otro.

El surgimiento de organizaciones sociales políticas y religiosas se puede ubicar en la década de los setenta y ochenta a partir de la crisis urbana en el Distrito Federal, que se manifestó dentro del marco de la crisis global que sufrió la sociedad mexicana debido a los acelerados procesos de industrialización, esto recrudeció las precarias condiciones del campo y la contracción económica en las ciudades de la provincia, y generó una migración considerable hacía el centro del país. Dicha migración ocasionó que la política tributaria fiscal en el Distrito Federal (D.F). encareciera, los terrenos, las viviendas, los servicios públicos, lo que hizo imposible que la gente que rentaba en la zona del centro de la Ciudad de México, siguiera habitando el lugar.

Estos hechos obligaron a la población a buscar espacios habitables en los alrededores del Distrito, principalmente en Ciudad Nezahualcoyotl. Posteriormente, la ladera de la Sierra de Santa Catarina se saturó de viviendas de gente que provenía de Oaxaca, de Puebla, de Michoacán, de Guerrero y de otros estados del interior del país. Una tercera parte de la población que habitó la Sierra de Santa Catarina, llegó

del centro de la Ciudad de Colonias como la Candelaria, La Morelos, La obrera, La Guerrero etc. San Miguel Teotongo, Miravalle e Ixtlahuacan fueron tres de esos lugares donde se verificó este reacomodo de pobladores pobres (DECA- Equipo pueblo, 1996).

Años después, con el sismo de 1985, el problema de vivienda aumentó aún más y el aglutinamiento de gente en la zona fue mayor. En esas condiciones, las organizaciones gubernamentales e independientes fueron la respuesta que estas personas concibieron para dar cause a sus muchas demandas.

Desde el principio existió la venta fraudulenta de terrenos de algunos fraccionadores, y la negativa de las autoridades locales para regularizar los terrenos y servicios. Esto originó que la gente se organizara en diversos frentes; y surgieran diversas instancias independientes y organizaciones pertenecientes al Partido Revolucionario Institucional (PRI) que buscaban ganar presencia y control o desaparecer a los independientes. Estaban preocupados por el crecimiento de la población y su polarización hacia el nacimiento de estos grupos (DECA- Equipo Pueblo, 1996).

3.7 Evolución de las diferentes formas de Promoción Social en la Sierra de Santa Catarina

Al contrario de otras zonas de la Sierra de Santa Catarina, como Potrero y Buenavista, las organizaciones vecinales de los habitantes de San Miguel Teotongo, Miravalle e Ixtlahuacan, desde sus inicios fueron independientes. En esta zona los servicios se consiguieron principalmente por la lucha de los colonos organizados y en menor medida por la actitud clientelar del partido en el poder (PRI) (DECA - Equipo Pueblo, 1996).

Es en este contexto donde se desarrolla la Promoción Popular en San Miguel Teotongo, Miravalle e Ixtlahuacan, es decir, gente que participa en organizaciones y

movimientos sociales para exigir reivindicaciones colectivas definidas por carencias comunes, tales como: la vivienda, la alimentación la salud etc.

De todas las organizaciones, destaca el caso de la **Unión de colonos de San Miguel Teotongo** que durante 24 años de organización y lucha ha impulsado importantes proyectos de bienestar social (proyectos de autodesarrollo integral), tales como: Casas de Salud con medicina alternativa ,(alópata y herbolaria), De alimentación (Desayunadores comunitarios), Parques ecológicos, y Emprendedores de pequeñas empresas locales. En su inicio se habían preparado, e incluso funcionaron, dos programas mas: Uno de cultura y otro de comunicación los cuales desaparecieron (Sáez de Nanclares, 1997). Desde 1975 la Unión de Colonos ha participado también en la gestión de los servicios como son, escuelas, mercados, centros de salud. En un inicio la Unión funcionó con una mesa directiva y en 1983 se cambia por una estructura horizontal, en la que se promueve la toma de decisiones colectivas, la organización y participación de sus miembros. Esta estructura consiste en asambleas de información, decisión y coordinación todos los sábados por la tarde y asambleas de consejo para analizar y orientar el trabajo semanalmente.

La unión de Colonos ha jugado un papel importante en la conformación y participación de diversas redes sociales como la CONAMUP(Coordinadora Nacional del Movimiento urbano Popular), Movimiento Nacional de Salud y forma parte de una organización social urbana regional llamada UPREZ(Unión Revolucionaria Institucional Emiliano Zapata), etc.

En la Unión actualmente el trabajo se divide en tres ejes:

- a) El Proyecto de Auto Desarrollo Integral
- b) El trabajo de representación vecinal

c) El trabajo Propio de la Unión

Con estos proyectos la Unión trata de construir alternativas que permitan a los vecinos de la zona mejorar su calidad de vida, Estos proyectos los impulsa con un convenio de corresponsabilidad de Equipo Pueblo y la Unión (Doc. Unidos por una vida digna, Corpus C. 1996).

A su organización se le imprimió un estilo de participación autogestiva en el que la gente tenía la palabra y la decisión en la preparación de sus soluciones ante los pocos espacios de negociación que las autoridades abrían. La movilización permanente fue uno de los medios a los que acudieron para generar esos espacios de negociación, en especial con las autoridades de la Delegación Iztapalapa y del Departamento del Distrito Federal

El programa de salud se remonta al año de 1985. Un grupo de mujeres organizadas de la comunidad, aprovechan unas instalaciones abandonadas por autoridades del sector salud para llevar a cabo su programa de medicina alternativa, pues su contexto se caracterizaba por la proliferación de enfermedades propias de la pobreza extrema: Respiratorias, Gastrointestinales, circulatorias, nerviosas reumáticas etc., suministran bienes como:

- a) Formación de promotoras de salud
- b) Servicios de educación para la salud.
- c) Atención médica (emergencias y problemas comunes).
- d) Acciones de salud preventiva (Sáez de Nanclares, 1997)

Este proyecto consta de 3 centros de salud popular en los que se emplean diferentes técnicas de atención a la población como la medicina herbolaria, acupuntura, masaje y medicina alópata. Funcionan a través de promotoras de salud de la propia comunidad, quienes son responsables de los centros y del trabajo de salud fuera de ellos (doc. Unidos por una vida digna, Corpus C. 1996)

Por otra parte, la urbanización desenfrenada en San Miguel y los grupos de choque dependientes del partido oficial que invadieron algunas áreas verdes de la colonia, produjeron efectos públicos negativos, y por recomendación del Banco Interamericano de Desarrollo, en 1981 se puso en marcha un proyecto de conservación ecológica, actualmente, recibe apoyo de la Secretaría de Desarrollo social. Y su función es:

- a) La limpieza ambiental por medio del parque ecológico y los huertos comunitarios
- b). Dar servicios de educación ambiental.
- c) Generar bienes en los huertos comunitarios.
- d) Dar acceso al parque ecológico y a los huertos comunitarios (Sáez de Nanclares, 1997)

En el Programa de ecología, destaca la construcción del parque ecológico de San Miguel Teotongo, el cual es importante para impulsar una cultura de respeto al medio ambiente. Además de que a través de este la gente podrá respetar y conocer las diferentes especies de flora y fauna de la sierra de Santa Catarina. Es un proyecto en el que ya se cuenta con la tercera parte de su construcción y con un vivero ecológico Educativo que tiene capacidad para producir 75000 plantas anuales, tanto ornamentales como forestales (doc. Unidos por Una Vida Digna, Corpus C. 1996).

El programa de emprendedores, por su parte, se estructuró en el año de 1993, a partir del análisis y desarrollo de proyectos productivos factibles de implementar y que resultaran además rentables. Consiste en otorgar créditos de inversión para pequeños y medianos empresarios. Se apoyan en actividades de comercialización, mejora o consolidación de servicios productivos, fomentar el ahorro, y capacitar a los participantes.

Los fondos han sido suministrados por Equipo Pueblo y en 1996 se obtuvo un apoyo económico por parte del Departamento del Distrito Federal. Su función principal por lo tanto es:

a) Dar crédito.

b) Dar Capacitación (Sáez de Nancíaes, 1997)

Lo que se intenta en este proyecto es mejorar las condiciones de los microempresarios como los pequeños productores de ropa, maquiladoras, pequeños comerciantes, etc., a través de un crédito para su empresa (doc. Unidos por una vida digna, Corpus C. 1996)

El programa de alimentación, se concibió en la década de los años 80s, la organización y movilización de las mujeres de San Miguel, originó que se fueran ideando formas diversas de enfrentar los problemas de alimentación. Las actividades que se llevaban a cabo en esta materia se incorporaron a un proyecto denominado Proyecto de Desarrollo Integral, el cual puso en funcionamiento las primeras cocinas populares, en su diseño se tomaron en consideración criterios nutricionales, cultura alimentaria, innovación en la elaboración de los alimentos y racionalidad económica. Los desayunadores otorgan:

a) Desayunos y comidas a bajo costo.

b) Campañas nutricionales (Sáez de Nanclares M. 1997)

Existen cinco comedores populares en la colonia, en las cuales se elaboran desayunos y comidas a un bajo costo. Su base principal es la participación voluntaria, a través de las socias que son parte de las beneficiarias. Ellas se encargan de elaborar los alimentos .(doc. unidos por una Vida Digna, Corpus C. 1996).

La Unión de Colonos contó con el apoyo de la Organización civil Equipo Pueblo de México y NOVIB Holanda.

La promoción popular en San Miguel Teotongo surgió como respuesta a problemas de la desigualdad social que se derivó y agudizó por el predominio de los diversos modelos de desarrollo y organización social de las fuerzas del mercado nacional y mundial. Situación que se sigue reflejando en los planes de gobierno que no muestran estrategias integrales de crecimiento en cuanto que no dan cuenta de una relación de apoyo y correspondencia entre el aspecto político, y sobre todo social. La política social básicamente ha sido utilizada como un elemento de discurso político y demagógico de los grupos dirigentes para la obtención del consenso y la legitimidad ante la disputa del poder. Sus procesos de planeación están desvinculados de la sociedad civil. Se han caracterizado por el predominio del fin político sobre el social.

En San Miguel Teotongo los colonos han perdido la credibilidad y cuestionan la capacidad de sus representantes para dirigir el desarrollo del Distrito Federal (D.F.). Lo han manifestado en sentimientos de apatía, manipulación y rechazo hacia toda propuesta gubernamental. La autonomía reivindicada por la Unión de Colonos es la puesta en acto de un rechazo al clientelismo corporativizante de la política social mexicana (Sáez de Nanclares, 1997).

En la década de los ochenta hacen su aparición las Asociaciones Civiles en San Miguel Teotongo y otras colonias aledañas como Equipo Pueblo de México o la

Organización NOVIB, de HOLANDA, entre otras. Estas han permitido que se desarrollen verdaderos procesos de retroalimentación.

El caso de las asociaciones mencionadas así como algunos gremios de profesionales han creado varios espacios de intercambio. Sus servicios se basan en la capacitación intermediación y asesoría, esto ha permitido profundizar la relación y el contacto directo con la vida diaria de los grupos sociales existentes en San Miguel.

Tal es el caso del proyecto técnico que realizaron los estudiantes de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Nacional Autónoma de México, que en 1981 diseñaron una red de agua, la cual fue instalada por los pobladores del lugar (Doc. Unidos por una Vida Digna, Corpus C.1996).

El caso de Equipo Pueblo es diferente, es una Organización no gubernamental, que surge en la misma época que la Unión de Colonos (UC) en medio de un paisaje sociopolítico mexicano, dominado entonces por una aguda polarización ideológico-política (a mediados del los 70s). Al igual que la mayoría de las organizaciones que se alineaban en la izquierda, sus compromisos políticos se referían a las mayorías socioeconómicas desprotegidas.

Se especializó en impulsar proyectos de desarrollo económico y social con base local, su desempeño, abarca la conjunción de investigación, cabildeo o interlocución permanente con organizaciones sociales de base (Sáez de Nanclares, 1997). Equipo Pueblo, cuyo nombre legal es Desarrollo, Educación y Cultura Autogestionarios (DECA) Equipo Pueblo, es una Asociación Civil mexicana fundada en 1977 que trabaja de manera estrecha con organizaciones sociales y grupos ciudadanos en la promoción de la democracia, el desarrollo social, la defensa de los derechos humanos y la justicia económica. Como ya se mencionó anteriormente su misión es impulsar programas alternativos de desarrollo social, la elaboración de políticas públicas y la diplomacia ciudadana, para contribuir a la construcción de un poder civil y cultura ciudadana capaz de proponer, administrar y vigilar los asuntos de la vida pública de

México y aportar a una propuesta de proyecto nacional para el logro de la justicia social y la democracia.

El reto del equipo pueblo es contribuir, desde el ámbito local, con las organizaciones sociales, y en el nacional, a través de redes y esfuerzos ciudadanos ampliados, con propuestas oportunas y claras de transición hacia la democracia, y continuar y fortalecer el cabildeo y diplomacia dentro y fuera del país, como una cuestión de interés nacional. La falta de democracia, los limitados resultados hasta ahora alcanzados, exigen que las ONGs, las organizaciones sociales y las redes civiles, actúen de manera articulada para la defensa y construcción de la democracia en México. (Doc. Unidos por una Vida Digna, Corpus C, 1996).

En las dos décadas anteriores las ONGs recibían del Banco Mundial entre el 70 y el 80 por ciento de los fondos, en esta década de los 90s reciben sólo el 20 y el 30 por ciento, son las aportaciones gubernamentales las que forman la mayor parte de los fondos (Saéz de Nanclares M. 1997)

Dentro de las organizaciones populares que son a su vez Asociaciones Civiles se encuentran la **Unión de Mujeres de Ixtlahuacan, A.C. (UMI)**, se constituye legalmente el 5 de diciembre de 1991 pero con antecedentes de luchas anteriores de diez años atrás.

Surge la organización de los colonos a finales de los años 70s y a raíz de las necesidades más elementales que van teniendo los nuevos pobladores venidos de distintos lugares de la República y de la Ciudad que se llegan a asentar en lo que son las faldas de la Sierra de Santa Catarina ubicada al oriente de la Ciudad de México. Estas necesidades son prioritarias (servicios públicos: agua, luz, escuelas, lecherías, caminos, transporte público etc.) que son acompañadas por otras como la participación electoral, la conformación de lo que fue la CONAMUP de la zona oriente, y a nivel local, la construcción de una organización de base alternativa a la impuesta por el gobierno como la mesas directivas de la "Asociación de Residentes". En este

proceso de lucha que dura aproximadamente diez años, se va conformando un grupo numeroso de vecinos. hombres y mujeres quienes son los que con su aporte de tiempo y deseos de prosperar le van dando vida a una organización social y, en este trayecto se va dando una participación constante, activa y destacada de las mujeres siendo así que, en los años de 1984 y 1985 las mujeres se empiezan a enfrentar de manera directa a los problemas de la colonia luchando por el agua, el abasto, y el subsidio de la tortilla entre otros.

De 1985 a 1987 las mujeres empiezan a demandar y a gestionar ante el gobierno, servicios complementarios o alternativos ante la carestía de la vida y es en este tiempo donde empieza a generarse una participación más directa de la organización de las mujeres, empezando por el abasto popular, la lucha por el subsidio a la tortilla y la recuperación del terreno para servicios comunitarios. Surge la inquietud de hacer otras cosas que hacen que beneficien de manera conjunta a las mujeres y sus familias, es así como recuperan un terreno donde hoy se encuentra la tienda de abasto popular, la cocina popular, el preescolar infantil popular, materno infantil popular, espacio de salud popular alternativa y el local de asambleas.

A la fecha se sigue prestando servicio y se sigue participando en la construcción, terminados y acabados del edificio, se siguen capacitando en talleres y cursos de formación.

Esta Organización Social está integrada básicamente por mujeres, su trabajo se enfoca a las siguientes áreas:

- a) Abasto Popular
- b) Alimentación infantil
- c) Educación Infantil Popular

d) Materno Infantil Popular

e) Salud Popular Alternativa

f) Nutrición Popular Infantil

g) Ecología

a) Abasto Popular.- Desde hace ocho años la UMI ha venido trabajando en una tiendita donde se venden al público productos de la canasta básica y de cremería, en esta área trabaja un comité de mujeres y una persona que es la encargada.

b) Alimentación Infantil Popular.- Con el apoyo de muchas mujeres de la comunidad y algunas instituciones se cuenta con un espacio propio para una cocina popular y donde se elaboran alimentos y se venden desayunos a precios populares, así como comida para llevar, está integrado por dos personas responsables y un promedio de ochenta socias que participan en la preparación de los alimentos.

c) Educación Infantil Popular.- Se imparte por las mismas compañeras educadoras populares de la comunidad a niños de edad preescolar de tres a seis años con cupo para 50 niños, se capacita a las mujeres educadoras populares que participan en el proyecto con el objetivo de generar multiplicadoras de la educación infantil popular y ofrecer un mejor servicio a los padres de familia.

d) Materno Infantil Popular.- Es un área reciente para las mujeres trabajadoras que buscan un lugar donde dejar a sus hijos. Cuentan con un espacio para veinticinco niños de edades de 3 meses a 6 años. Existen tres encargadas en esa área.

e) Salud Popular Alternativa.- Cuenta con un comité promotor de la salud que da consultas, así como un pequeño local para la exhibición de las medicinas que

preparan, elaboran y ofrecen a la comunidad a precios muy bajos, también imparten talleres de medicina alternativa.

f) **Nutrición Infantil Popular.**- La UMI impulsa de manera permanente un comité de atención y vigilancia nutricional donde se lleva un control de peso y talla de los niños. Esta integrado por tres personas.

g) **Ecología.**- Se da capacitación y asesoría para el cultivo de hortalizas, con la finalidad de crear alternativas de producción y consumo doméstico a las familias de la comunidad .(Doc. Unidos por una Vida Digna, Corpus C. 1996).

También la **Organización Coordinadora Comunitaria Miravalle A.C. (COCOMI)** forma parte de este tipo de organizaciones.

Tiene por objetivo ser un proyecto que venda productos básicos a un precio menor que las tiendas cercanas, fomentando lo nutricional y así beneficiando a la comunidad, siendo una fuente de difusión, un espacio de capacitación y controlador de estas áreas estratégicas. Sin fines de lucro, que parte de una necesidad real, que trabaja en grupo, es un grupo voluntario, honesto y confiable. Dentro de su escala de objetivos se encuentran los siguientes:

a) Abaratar productos básicos a través de gastos muy reducidos(servicio comunitario voluntario) y no lucrativo.

b) Formar y brindar a la gente: productos alternativos

c) Ayudar a difundir aspectos importantes de la organización comunitaria

d) Capacitación interna: administrativa, formación, educación política, cultura y organización

e) Abre una nueva perspectiva de la vida.

La gente beneficiada son los colonos del ámbito urbano de escasos recursos, de colonias como Miravalle, Ixtlahuacan, Miguel de la Madrid, San Miguel Teotongo y Santiago (Doc. Unidos por una Vida Digna, Corpus C. 1996)

Paralelamente a las asociaciones civiles florecieron también Instituciones de Asistencia Privada, igual que las anteriores son ONGs. Tal es el caso de los **Proyectos del Grupo de Promoción Humana** que coordina directamente la Parroquia de Corpus Christi . Ubicada en el Centro de San Miguel.

Esta organización surge también en el contexto de los años ochenta. La migración de la gente del interior de la República hacía la capital origina una gran aglutinación de personas con diversa ideología, diferentes costumbres, y diferente cultura. Se da una enorme concentración humana muy compleja en los espacios habitables de la Sierra de Santa Catarina, y la religión católica, fue un punto que unió a los habitantes de tan diversas procedencias, ya que la mayoría de los habitantes en el México de los ochenta se identificaban con dicha religión (entrevista P. Cosme, Corpus C, 1998). Esta ha tenido una gran influencia en la zona por la labor que realiza, aunque el peso de lo religioso actualmente ya no influye en la comunidad como en sus inicios, esto puede explicarse porque las nuevas generaciones, un poco más del 40% de la población, ya son ajenas al origen provinciano de sus abuelos y sus padres (DECA - Equipo Pueblo, 1996).

Los proyectos del Grupo de Promoción Humana , sin embargo, han sido alternativa real de desarrollo social para la población. Actualmente cuenta con una infraestructura que alberga diferentes proyectos:

PROYECTO "A CADA NIÑO UNA FAMILIA"

Objetivo: Desarrollo armónico de las familias "a riesgo"

Las actividades que se realizan son las siguientes:

- * visitas a las familias
- * entrevista a las familias
- * estudio social
- * servicio médico
- * evangelización
- * pláticas educativas

El equipo está conformado de once voluntarias, una trabajadora social, un médico general.

TECHOS FRATERNOS (atención a los ancianos)

- * Alimentación (Desayunos, comida y cena, esta última para aquellos que la necesitan por estar solos).
- * Atención médica, apoyados por el Centro de salud de la colonia y por el centro de Promoción Humana de la Parroquia
- * Aseo personal

- * Terapia ocupacional. Ejercicio físico
- * Visitas domiciliarias, pláticas de salud, transporte.
- * Convivios, paseos, semana de vacaciones anual
- * Servicio nocturno temporal, según las emergencias

COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS

El 14 de abril de 1996 se inició un taller que

hablaba sobre la importancia de la difusión de los Derechos Humanos. Surge de esta manera la inquietud de formar en la colonia un comité de derechos humanos dentro de la parroquia y colonia. Esto fue la base para que el 14 de julio de 1996 se organizara una reunión con aquellas personas que participaron en el curso para tratar de conformar lo que sería el comité de derechos humanos de la parroquia Corpus Christi.

Acciones: Defender el lugar y los sitios donde se manifiesten violaciones.

Promover los derechos humanos mediante campañas y conferencias

Formación a través de talleres y conferencias

ASESORIA JURIDICA

Atención que brinda:

* Asesoría y orientación jurídica, se recibe a la persona que solicita la consulta, canalizándose para su atención. El servicio prestado es en forma general relacionado con las siguientes áreas: administrativa, civil, familiar, laboral, mercantil, penal; cubriéndose el procedimiento ante las autoridades correspondientes en caso de ser necesario.

CENTRO SOCIAL (Guardería)

- * Servicio médico - Servicio de alimentación
- * Integración familiar
- * Canalización a niños con diferentes necesidades, visitas domiciliarias
- * Pláticas mensuales con los padres de los niños
- * Servicio de Talleres
- * Canchas abiertas al público en general
- * Abasto popular

MINISTROS DE LA EUCARISTIA

- * Visita a los enfermos
- * Organización de rifas para despensa a los enfermos
- * curso bíblico

* Celebración y convivencia para los enfermos una vez al mes

SERVICIOS DE SALUD

SERVICIO DENTAL

PSICOLOGIA

REHABILITACION

OCULISTA

SERVICIO MEDICO

* Medicina general

* Infecciones respiratorias

* Diarreas, deshidrataciones

* Infecciones venéreas, infección en la mujer, control de embarazo

* Infecciones en la piel

* Servicio pediátrico, geriátrico, ginecológico

TALLER MATERNIDAD SIN RIESGO

LABORATORIO QUIMICO

ABASTO POPULAR

La parroquia tiene dos pequeñas tiendas de abasto popular, una en S. Juanita y otra en Corpus Christi.

El objetivo es ofrecer productos básicos en precios menores a los que ofrecen los establecimientos comerciales para esto se solicitó la asesoría de la UMI.

Los motivos de fundación de esta organización fueron, ayudar a la comunidad que estaba en extremas condiciones de pobreza, con el fin de incorporarlos a una vida digna, decorosa y humana, a través de modificar y mejorar las circunstancias de orden biológico, cultural, económico y social. El fin primero y último de las actividades es la promoción del ser humano y de la comunidad en todas y en cada una de sus dimensiones, según las cualidades de cada uno. Al mismo tiempo que se busca la promoción de la persona, se intenta llevar y suscitar en todos los rincones de la colonia el amor a Dios y al prójimo, haciendo lo posible para que este amor impregne y vivifique todo: individuos, instituciones sociales, actividad, relaciones personales y de grupo. Por lo que respecta a la sociedad el compromiso va encaminado hacia la sensibilización, de modo que ninguna persona, grupo o pueblo navegue a la deriva sino que sean ayudados a tomar parte activa en el progreso de la civilización para que ninguno se quede atrás sólo o abandonado, sino que todas las vidas y todas las personas se sientan acogidas y rodeadas por el amor y el cariño.

Frente a los contrastes y discordia que desgarran la colonia y México, se contribuye al desarrollo de un clima de respeto, acogida, concordia y fraternidad, tanto en el seno de las familias como en el interior de los grupos sociales y políticos y de toda la comunidad, para mejorar las relaciones entre ellos y, sobre todo, para que los

individuos y los pueblos recorran caminos de convivencia pacífica y solidaria (Doc. Unidos por una Vida Digna, Corpus C. 1996).

Existen programas permanentes establecidos que ofrecen a la comunidad una gama de servicios a los que pueden acudir de acuerdo a sus intereses y a la correspondencia de éstos con las necesidades y demandas del usuario y de la comunidad.

Ofrecen una atención integral al individuo, pero su preocupación máxima es la población de discapacitados y ancianos, ya que el fundador de la Congregación religiosa (P. Luis Wanella) que asiste la Parroquia de Corpus Christi y que está a cargo de éstos proyectos, tiene dentro de sus lineamientos evangélicos, favorecer este tipo de población.

Los requisitos que se establecen para el otorgamiento de servicios, se determinan a partir de un estudio socioeconómico, el pago de una cuota o el interés en la demanda del servicio. Su financiamiento se basa en donaciones nacionales e internacionales, complementándose con las cuotas de los feligreses.

El trabajo comunitario en los Centros de Promoción humana se realizan fundamentalmente por personal voluntario, algunos profesionistas y otros, la mayoría, que no tienen una preparación para este tipo de actividad, su motivación de participar, radica en su profundo sentimiento de apoyo y ayuda para con los individuos y grupos desprotegidos.

La congregación Waneliana, seleccionó la Comunidad de San Miguel Teotongo para continuar su labor de promoción humana porque una organización de civiles que se hacía cargo de algunos discapacitados pobres, así lo demandó. Esta congregación religiosa fundada en Italia, tiene como objetivo dar una vida digna a la población de discapacitados y ancianos, éstos objetivos se ajustaron a las necesidades y

demandas de la población. Los religiosos vinieron a México y radicaron en San Miguel, fueron conociendo las características de la comunidad, así como su problemática en la convivencia directa, que durante diez años mantuvieron con esta comunidad. (Entrevista a cooperadores de los Techos Fraternos, Corpus C.1998).

Otra institución de asistencia privada que ha tenido una presencia importante en la Sierra de Santa Catarina es la Obra Social y Cultural Sopeña (OSCUS).

Es también una Asociación Civil, no confesional, de inspiración cristiana, que promueve actividades encaminadas a la promoción del mundo del trabajo, a favorecer las relaciones humanas fraternas, y a ofrecer plataformas del voluntariado social.

El centro agrupa jóvenes y mujeres que encuentran en él, promoción, cultura y fe. Los colaboradores de la Obra Sopeña, son laicos atraídos por la vida y la obra de Dolores Sopeña,

El instituto Dolores Sopeña constituye una forma original de presencia en el mundo, que integra los ideales de promoción humana.

Dolores Rodríguez Sopeña, su fundadora, fue sensible a las necesidades de su tiempo que hoy permanecen actuales:

- a) .Promoción
- b) Reconocimiento
- c) Dignificación
- d) Relaciones fraternas.

Se dirigió a un sector particularmente olvidado y descuidado: El mundo del trabajo, el hombre y la mujer del trabajo que agobiados por las tareas de su subsistencia no tenían, ni tienen tiempo para preocuparse de sí mismos, en un mundo, manipulado por el consumo, el materialismo y las ideologías. Se sintió llamada a despertar la sensibilidad y la conciencia de aquellos sectores que pudiendo ayudar a sus hermanos, se habían olvidado de ellos.

La familia sopeña, sostiene anima e impulsa

Centros de promoción:

- a) Masculinos
- b) Femeninos
- c) Juveniles
- d) Indígenas
- e) Rurales.
- f) Centros familiares.
- g) Academias técnico artesanales.
- h) Guarderías
- i) Escuelas profesionales.

La Familia Sopeña en México

Sostiene:

- * Centro de Promoción Femenino

- * Educación de adultos: alfabetización, primaria y secundaria

- * Dispensario médico

OSCUS está establecida en México desde el año de 1985, ha propagado su acción en orden a la dignificación de la mujer, dada la situación de "doble marginación": Ser pobre y ser mujer.

TALLERES DE PROMOCION

En estos talleres, hay inscritas alrededor de 300 señoras que se interesan por aprender alguna habilidad que le sirva para mejorar su preparación en vistas a ganar algún dinero con que pueda apoyar a su familia. Tan necesario para muchas, por estar el, han de hacer frente al sustento de los hijos.

Los talleres que se imparten son: marido sin trabajo y otras que estando separados

- * primeros auxilios

- * corte y confección

- * cultura de belleza

* cocina y repostería

* deshilado

* peluche

* tejido

* migajón

* tarjetería española

* mecanografía.

OSCUS además se preocupa de la formación humana de estas persona, y cada 15 días, por grupos, se les ofrecen talleres de: Relaciones humanas, jóvenes y sus problemas, Relaciones familiares, como manejar los sentimientos, biblia.

Todo está orientado a la dignificación de la mujer y su promoción humana que la pueda integrar mejor en la sociedad, al mismo tiempo que pueda tener una repercusión en la familia.

Tiene otras actividades culturales: Fiestas familiares, Bellas artes, Visitas a Museos

Educación para adultos

Ante la situación de abandono escolar, o por falta de recursos; y ante la constante demanda de las personas para concluir su educación básica, se implementó la

educación para adultos que dio inicio en Septiembre en 1990 en colaboración con Municipio de los Reyes, Estado de México.

En 1993 de acuerdo oficial, la Zona de San Miguel Teotongo pasó a ser territorio del INEA del D.F. por lo que se comenzó a trabajar con esta institución y aunque ellos llevan la documentación oficial, el centro es responsable del proceso de formación a través de películas que les hagan reflexionar.

Se programan charlas formativas para los jóvenes, de tal manera que los hagan concientes de su situación sobre alcoholismo, enfermedades infecto contagiosas, problemas familiares etc.

Dispensario de salud Integral Sopeña

El Dispensario SOPEÑA, nace en 1990, para dar una respuesta a las necesidades de la comunidad, de atención a la salud.

La población atendida, se extiende a todos los niveles:

- a) mujeres
- b) niños
- c) ancianos
- d) hombres
- e) jóvenes

Ante la demanda tan grande se construyó en un terreno donado, y con la ayuda de organismos internacionales, un dispensario de salud para poder dar un servicio más completo.

Se cuenta con una infraestructura que comprende:

Dos consultorios médicos

* Uno de odontología

* Sala de curaciones

* Sala de espera

* Pequeña oficina

Otras áreas para futuros proyectos

Se promueve el Desarrollo Integral de la Salud mediante la formación de promotores.

Tipo de servicio que se brinda:

1) Atención médica:

- Medicina general
- Gerontología
- odontología

- seguimiento y control de embarazadas
- consulta a domicilio

2) Promoción para la salud

Directa en el consultorio

Formación de promotores mediante curso intensivo

Resumiendo:

Las formas de promoción social que se dieron en la Sierra de Santa Catarina, concretamente en las Colonias de San Miguel Teotongo, Miravalle e Ixtlahuacan debido al proceso de metropolización de la Ciudad de México, se convirtieron en el instrumento fundamental de la comunidad para atender las desigualdades sociales, producidas por la incompetencia de la "modernidad" para lograr un reparto equitativo de los recursos del país.

San Miguel Teotongo, Miravalle e Ixtlahuacan, igual que otras Colonias de la Sierra de Santa Catarina se transformaron poco a poco, y fueron adquiriendo una identidad propia gracias a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), desde los comités de barrio, Instituciones de Asistencia Privada, Asociaciones Civiles, hasta la Unión de Colonos Independientes, y al apoyo de la cooperación Internacional. Todos ellos han conseguido no sólo contrarrestar los efectos del ajuste estructural, sino impulsar proyectos alternativos de desarrollo social.

Las organizaciones No Gubernamentales, fueron en San Miguel Teotongo y en otras colonias de la Sierra de Santa Catarina, las que transformaron y dieron identidad a una zona que surgió como consecuencia de la enorme migración del campo a la

ciudad en los últimos 30 años y de la política tributaria en el D.F., que ocasionó el encarecimiento de la vivienda y como resultado directo, la decisión de la gente del centro de buscar espacios habitables más baratos (DECA -Equipo Pueblo ,1996).

3.8 Salud, Promoción y Promotores

El propósito de los programas de promoción y protección de salud han sido creados para fortalecer la capacidad de gestión institucional, gubernamental, no gubernamental y de grupos organizados de la sociedad civil, para el cumplimiento de los compromisos de salud establecidos en los acuerdos de paz y en la política sectorial de salud, en la intervención y vigilancia sobre los macrodeterminantes de la situación de salud (políticos, económicos, sociales y culturales); sobre los principales factores de vulnerabilidad y riesgo de enfermar, discapacitar o morir prematuramente (conductuales, biológicos, ambientales, nutricionales, laborales y otros).

Que aborde los problemas prioritarios; mediante la promoción de ambientes y estilos de vida saludables y la implantación de nuevos modelos de atención con énfasis en los grupos marginados, con enfoque de etnia, y género; a fin de fortalecer el compromiso nacional de mejoramiento continuo de las condiciones de salud y bienestar, con equidad, en pro del desarrollo humano y sostenible de la población

Los resultados esperados son:

* Que exista capacidad para la conducción y ejecución del Sistema de Vigilancia de Salud Pública en los macrodeterminantes, factores de riesgo y redes sociales para la promoción de la salud y la coordinación de los sistemas de salud (oficiales y tradicionales) fortalecidos a nivel institucional (OGs y ONGs) y comunitaria; dentro del marco de la Reforma Sectorial y los Acuerdos de Paz.

* Que se dé la capacidad técnica y operativa en las OGs, ONGs y Grupos Comunitarios Organizados, fortalecida por la implementación del programa de promoción de la salud, en los distritos de salud priorizados por la reforma sectorial de salud.

* Que exista capacidad docente para la investigación fortalecida en las instituciones formadoras del recurso humano y afines, en función de la promoción de la salud los factores de riesgo psico - sociales (conductuales) y nutricionales.

* Que existan acciones de promoción de la salud de los promotores comunitarios, coordinadas a nivel local entre los consejos de hombres, mujeres y las municipalidades, para la formación del recurso humano, la creación de metodología de desarrollo humano y la aplicación de modelos de atención que responda a las necesidades de la comunidad .(Información de Internet sobre Promoción y protección de la salud en Guatemala, marzo de 1999).

3.9 Los Promotores Comunitarios de Salud: Trabajadores de servicios asistenciales

Los promotores comunitarios de son personas que, a pesar de que carecen de entrenamiento académico y formal en áreas determinadas, desempeñan roles claramente profesionales en la administración de servicios a la comunidad, y aunque su educación formal escolarizada no rebasa, a veces, el nivel de educación primaria, se han entrenado para realizar labores propias de profesionales.

Por el rol que desempeñan están expuestos a la relación humana, igual que los médicos, enfermeros, maestros, asistentes sociales, policías, clérigos etc., por lo que la relación con las personas les genera sentimientos y comportamientos adversos hacia ellas. Estos sentimientos y comportamientos a su vez, son generadores de

estrés, el cual les resulta inevitable, pues por su labor de administrar servicios a la comunidad tienen que estar expuestos a las relaciones interpersonales constantes.

Si las demandas de las personas imponen una intensidad o una extinción de dichas relaciones y rebasan la capacidad o tolerancia del promotor, o éste no tiene la posibilidad de ejercer control sobre dicha demanda, entonces surgen los síntomas que caracterizan al estrés negativo. El desgaste psicológico y emocional originado por el deseo de lidiar exitosamente con la comunidad a la que prestan servicio, les produce una elevada tensión, es decir, un elevado estrés conducente a una mayor probabilidad de enfermar (Instituto de Salud de Guatemala, Internet, Marzo 1999).

De esta tensión experimentada por los promotores en relación con su ambiente, surge el denominado estrés psicosocial. Para entender esta modalidad de estrés y la relación que existe entre éste y los comportamientos ligados a la salud y enfermedad de los promotores comunitarios se hace necesaria una revisión del marco teórico que lo caracteriza.

CAPITULO 4

EL ESTRÉS PSICOSOCIAL

4. El estrés psicosocial

4.1 ¿Qué es el estrés

El concepto de estrés fue tomado de las Ciencias físicas. En las investigaciones sobre las propiedades elástica de los materiales sólidos "estrés" significaba la presión externa o fuerza aplicada a un objeto mientras que "tensión" significaba la distorsión interna o cambio de tamaño o forma del objeto.

La relación entre estrés y tensión puede expresarse cuantitativamente (kg. Ó cm), y depende de la estructura molecular del material, define la elasticidad y resistencia del mismo ante las fuerzas que actúan sobre él.

El médico británico William Osler (Inicios del S. XX) aplicó estas definiciones usadas en física a los problemas del comportamiento humano, cuando equiparó "estrés y tensión" con "trabajo duro y preocupación". Sus estudios iniciales sobre estrés los centro fundamentalmente en la respuesta biológica del organismo humano frente a los acontecimientos vitales que le plantean demandas excesivas (Rodríguez Marín, 1995)

El término estrés ha entrado a formar parte del lenguaje popular. Para algunas personas es la sensación de verse apremiado y contrariado porque tiene que hacer muchas cosas en un corto periodo de tiempo, o la irritación que se siente cuando chocamos con dificultades de la vida diaria. El estrés es una respuesta del organismo humano ante situaciones que significan algo importante para él y que poseen carácter de amenaza, desafío o sobrecarga. Estas situaciones son llamadas estresores o agentes estresantes. La respuesta de estrés se expresa a nivel psicológico (la persona se siente tensa), a nivel fisiológico (se acelera el pulso, se eleva la tensión arterial) y a nivel bioquímico (algunas sustancias del organismo pueden sufrir alteraciones). El estrés es la consecuencia de nuestra reacción interna ante las cosas que nos suceden y las exigencias que debemos cumplir.

El origen de estos sentimientos se halla en nosotros mismos, en otras personas o en algo que nos ocurre.

El estrés tiene dos componentes: los acontecimientos y exigencias externos impuestos en nuestras vidas y nuestra reacción interna ante ellos. Surge únicamente cuando nuestra reacción interna ante esos eventos es de incomodidad o desagrado. Aunque las exigencias a veces no son externas pues puede ocurrir que nos imponamos demasiadas exigencias.

El estrés puede ser conveniente cuando se refiere a estímulo, entusiasmo y energía al asumir las actividades. Pero generalmente, el término se usa para hacer referencia a algo en sentido negativo, o sea, como nuestra reacción interna, desagradable y no deseada ante los acontecimientos y exigencias que enfrentamos en nuestra vida (García - Viniegras, 1992) Biológicamente, según Walter Cannon (1929- 1932), la reacción del cuerpo ante las emergencias o peligros tiene las siguientes características:

El organismo responde preparándose para atacar la amenaza o para huir de ella. A esta reacción se le ha denominado lucha o huida, en ella el sistema nervioso simpático estimula las glándulas adrenales del sistema endócrino para que excreten epinefrina, que activa el organismo. Según Cannon esta activación podría tener consecuencias positivas y negativas:

Las consecuencias positivas se dan porque preparan al organismo para que responda rápidamente al peligro y las negativas se manifiestan cuando el estado de alta activación del organismo puede ser perjudicial si se prolonga. Se entiende entonces por estrés una reacción alarma que perturba el equilibrio interno del organismo por la "sobrecarga" de la alta activación.

Hans Selye (1956, 1976, 1985) recogió este concepto de estrés e investigó que ocurre "cuando la situación de estrés se prolonga. Descubrió que la denominada respuesta de lucha o huida es sólo la primera de una secuencia de reacciones fisiológicas (alarma, resistencia, y claudicación), que denominó Síndrome General de adaptación (SGA).

La REACCION DE ALARMA que corresponde a la respuesta de lucha o huida, tiene como función movilizar los recursos del organismo activándolos a través del sistema simpático - adrenal, se manifiesta con la frecuencia cardiaca, la glucogenolisis y la lipolisis, la disminución en la secreción de insulina y el aumento en la secreción de ACTH, de hormona de crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales (Valdés y Flores, 1985). Pero el organismo no puede mantener esta activación intensa durante mucho tiempo. Si el estrés sigue siendo intenso e inevitable y ese nivel inicial de activación se mantiene, el organismo puede morir, pero si la situación estresante se mantiene pero no es tan grave como para causar la muerte, entonces la reacción fisiológica entra la fase de RESISTENCIA. Durante esta fase el organismo intenta adaptarse al estresor. La activación fisiológica disminuye pero se mantiene por encima de lo normal. Los signos de estrés son pocos, pero el organismo está debilitado para resistir nuevos estresores, y se torna crecientemente vulnerable a problemas de salud (ulcera, hipertensión, asma, y enfermedades que siguen al daño del sistema inmune). Si la presencia prolongada o repetida del agente estresor mantiene la activación fisiológica del organismo, las reservas de energía para resistir de éste se van reduciendo hasta llegar a la fase de AGOTAMIENTO. En esta fase la enfermedad se torna muy probable, y puede ocurrir la muerte.

El modelo de Selye no dejaba lugar a la valoración psicológica de los acontecimientos estresores pero proporcionaba una teoría general de las reacciones del organismo ante una amplia variedad de estresores.

Actualmente las definiciones del estrés coinciden en entenderlo como una transacción entre la persona y el ambiente, o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace.

Desde este punto de vista el estrés es la condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente la conducen a percibir una discrepancia (real o no) entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos y sociales.

Psicológicamente el estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. (Lazarus y Folkman, 1986)

4.2 Fuentes de estrés

Hay variedad de fuentes por las que puede provenir el estrés que pueden ser clasificadas según el sistema al que pertenezcan (Sarafino 1990): La persona, la familia, la comunidad y la sociedad.

Una de las fuentes personales de estrés más frecuentes son las situaciones de conflicto. El conflicto surge cuando se dan simultáneamente dos o más tendencias de respuesta que son incompatibles entre sí. Según Carl Lewis (1935), las situaciones de conflicto personal pueden ser de cuatro tipos:

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

evitacion - evitacion.- Se da cuando la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente indeseables.

acercamiento - evitación.- Es el caso en el que la persona desea alcanzar un objetivo al mismo tiempo que le da miedo obrar de esa manera.

doble acercamiento - evitación,. Se da cuando el acercamiento a un objetivo concreto implica la pérdida de otro, de forma que cualquiera de los dos objetivos lleva consigo una tendencia a evitarlo, puesto que supone la pérdida del otro.

Tanto el procedimiento de solución del conflicto, como el hecho de que el conflicto, quede sin resolver, producen tensión; es decir, son estresantes.

Otra de las fuentes más importantes personales de estrés es la enfermedad.

Las fuentes familiares de estrés más importantes son:

- Muerte del cónyuge
- Nacimiento de un hijo discapacitado
- Presencia de un miembro de la familia con una enfermedad crónica
- Dificultades económicas

Las fuentes sociales de estrés son:

- * El contexto laboral en los adultos
- * El contexto escolar en los jóvenes y niños.

-Estresores del ambiente físico como: ruido, vibración, iluminación, temperatura, higiene, toxicidad, condiciones climatológicas, disposición de los espacios físicos.

-Estresores por el desempeño de roles, por relaciones interpersonales o grupales, y otros que son derivados de las nuevas tecnologías.

- Por la pérdida del empleo y la jubilación.

Los factores que determinan la evaluación de un acontecimiento como estresante son dos:

a) Los factores personales, que incluyen elementos cognitivos, motivacionales, de personalidad y hábitos comportamentales. Entre los cognitivos, Lazarus y Folkman destacan las creencias y los compromisos. Las creencias son nociones pre-existentes acerca de la realidad, son configuraciones cognitivas moldeadas social y culturalmente. Hay un conjunto amplio de creencias generales (por ejemplo las creencias religiosas) y de creencias específicas (por ejemplo, creencias sobre la enfermedad, o sobre una enfermedad en concreto) que son indudablemente relevantes para la persona, y lo que tiene significado para ella. Las creencias sobre el control personal son muy importantes para afrontar el estrés. Tienen que ver con la medida en que la persona piensa que es capaz de controlar acontecimientos mediante su conducta, y capaz de tomar decisiones y realizar acciones que produzcan resultados deseados y eviten los indeseados. Pueden integrarse dentro del marco general de la teoría atribucional de Heider: De acuerdo con esta teoría las personas intentan entender y dar sentido a los acontecimientos formando creencias sobre las causas de los acontecimientos, juzgando o explicando su propia conducta, motivos, sentimientos o intenciones o las de los demás.

b) Los factores situacionales, son las características objetivas que distinguen al estresor.

Hay que distinguir si se trata de un acontecimiento de pérdida (remoción de una fuente deseada de refuerzo positivo), o castigo (ocurrencia de una situación aversiva). Entre las dimensiones objetivas de la situación se pueden señalar: La valencia de la situación (su potencialidad estresante inherente); su controlabilidad (las oportunidades de control inherentes a la situación); su mutabilidad (la probabilidad de que la situación cambie por sí misma); su ambigüedad (el grado en el que una situación carece por sí misma de suficiente información como para que podamos hacernos una idea clara de ella); su potencialidad ocurrencia o recurrencia (la capacidad de ocurrir o volver a ocurrir inherente a la situación); su momento o cronología respecto al ciclo vital (momento de la vida de una persona en que ocurre el acontecimiento).

En suma, podemos decir, que probablemente los acontecimientos negativos producirán más estrés que los positivos; los acontecimientos incontrolables o impredecibles más que los controlables o predecibles; los ambiguos más que los claramente definidos; los inmutables mas que los que se pueden cambiar. Lo importante aquí es que esa percepción - interpretación del acontecimiento es básicamente producto de factores psicosociales. Hemos visto que el estrés produce cambios fisiológicos pero también tiene efectos cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales. Algunas de estas respuestas pueden ser consideradas como reacciones involuntarias al estrés, otras son respuestas voluntarias y conscientes ejecutadas para afrontar el estrés.

En este proceso mental (evaluación cognitiva), evaluamos dos factores: Las exigencias de la situación que amenazan nuestro bienestar y los recursos disponibles para responder a tales demandas. (Lazarus y Folkman 1986), denominaron a la primera, evaluación primaria, en ella distinguen tres resultados posibles de dicha evaluación.

1.- Evaluación Irrelevante

2.- Evaluación benigna positiva

3.- Evaluación estresante

En esta última el acontecimiento ("transacción") significa daño o pérdida, es cuando el individuo recibe algún perjuicio, como una enfermedad o lesión incapacitante, una pérdida familiar, económica y/o social. Significa la amenaza a los daños y pérdidas que no han ocurrido todavía pero que se prevén. Y por último significa también, hacer un juicio sobre los recursos para superar dichas imposiciones.

Este proceso psicobiológico tiene tres componentes principales: Una situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligroso ("Acontecimiento estresante o estresor"); un momento siguiente en el que el acontecimiento es "interpretado" como peligroso, perjudicial, o amenazante; y, finalmente, una activación del organismo, como respuesta ante la amenaza, que se caracteriza como una "respuesta de ansiedad".

Cuando se produce un acontecimiento estresante, se altera el equilibrio del organismo (la homeostasis). Esta alteración comienza con la percepción del estresor, que puede ser interno o externo. La estructura de los episodios consiste en aspectos de la situación objetiva que son subjetivamente percibidos, seguidos por respuestas a esta percepción, y por los resultados de estas respuestas.

En el episodio estresante, por lo tanto, nos encontramos con un acontecimiento o situación que "exige" (demanda) un esfuerzo por parte del sujeto para poner en marcha sus recursos de afrontamiento biológicos, psicológicos y sociales (Rodríguez M. 1995).

4.3 Estrés psicosocial y el burnout

Con el concepto estrés psicosocial, se ha convenido en considerar la tensión experimentada por el sujeto en su relación con el ambiente (no únicamente natural sino también, y sobre todo social). Es un modelo teórico que se ha desarrollado para explicar la relación entre ciertas condiciones del medio en que el hombre vive y la probabilidad de enfermar o de incrementar su estado de salud.

Los factores reiteradamente observados como asociados a comportamientos saludables o no, abarcan tanto cuestiones como crisis económicas, desastres naturales, la comunicación con otros, estados emocionales de satisfacción etc.

No todos los factores psicosociales tienen igual envergadura, peso, inmediatez en la determinación del comportamiento etc. La cultura, costumbres, satisfacción y otros, son elementos muy disímiles que no pueden relacionarse por igual.

Varios autores se han centrado en estudiar las relaciones entre algunos de estos factores como explicativos de la probabilidad de enfermar. Atención especial en este sentido concedemos al modelo demanda control de Robert Karasek, elaborado a finales de la década de los años setenta y que, partiendo de la relación hombre-trabajo, ha sido ampliamente aplicado a la explicación del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Para Karasek, las elevadas demandas en el trabajo combinadas con la poca o nula posibilidad de aplicar habilidades propias o de modificar el medio, constituyen condiciones que generan una elevada tensión en el sujeto, es decir, un elevado estrés conducente a una mayor probabilidad de enfermar.

Este modelo de Karasek ha sido aplicado por otros autores. T. Theorel del Instituto de Factores Psicosociales de Estocolmo, ha encontrado confirmación de este modelo

empleando indicadores bioquímicos. Por su parte, J. Johnson, de las Instituciones médicas Jhon Hopkins de Maryland ha enriquecido el modelo, inicialmente concebido para ser aplicado en el estudio de profesionales manuales industriales, al aplicarlo a profesionales asistenciales, en particular a médicos (Hernández Roman J. 1998)

Estas profesiones asistenciales tienen la tendencia a desarrollar un síndrome el cual ha sido llamado el síndrome de burnout (Quemado). Dicho síndrome, condición o padecimiento de la quemazón (burnout), como se conoce comunmente, ha estado sujeto a la investigación por más de veinte años en países como Estados Unidos, Israel, Holanda, Alemania y Puerto Rico, entre otros. Casi todas las investigaciones realizadas en estos y otros países presentan resultados muy parecidos o altamente relacionados entre sí, independientemente de la muestra de participantes que están bajo estudio, por lo que siempre ha quedado la duda sobre si su desarrollo se da en profesiones asistenciales únicamente.

El termino "quemarse o quemazón" fue conocido por primera vez de boca del psicólogo clínico familiar Hebert J. Freudenberger allá para el año de 1974. Explica Freudenberger lo siguiente: "la quemazón es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos". Añade por otro lado "es lo que pasa cuando un miembro de la organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante".

Aunque fue Freudenberger la persona que originó el concepto de quemazón, fue la investigadora Cristina Maslach la que para el año de 1982 definió dicha condición de una forma más contundente.

Actualmente se reconoce la definición establecida por Maslach como la más apropiada y certera de todas las definiciones establecidas hasta el momento. Dicho concepto no tan sólo está aceptado como lo definió ella, sino que la mayor parte de los estudios y análisis de literatura que evalúan estas investigaciones se fundamentan en los trabajos realizados por dicha investigadora. Maslach define la quemazón como

un "síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes".

La investigadora añade, "la quemazón es una respuesta a una tensión emocional de índole crónico, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos; particularmente cuando tienen problemas. Lo que es único de esta condición, agrega, es que la tensión surge de la interacción social entre el recipiente (persona que recibe la ayuda), y el que ayuda".

Según sus investigaciones, al ocurrir este evento, el que ofrece la ayuda pierde el interés y su tacto hacia el recipiente, presentando entonces una actitud deshumanizada y sin mostrar preocupación alguna.

A partir de las investigaciones de Maslach se multiplicaron los estudios en torno a él.

En los elementos que lo componen (agotamiento emocional, despersonalización, disminución de los logros en el trabajo, desilusión, retracción, trastornos psicosomáticos) y su relación con los distintos factores que lo provocan: estrés ocupacional relacionado con la sobrecarga emocional que implica la atención de problemas humanos, insatisfacción con las condiciones laborales, vulnerabilidad individual. Se estudia también la interrelación de estos distintos factores en relación con los ideales personales y sociales.

Según B. Moreno ,(1993), el burnout es un estrés organizacional crónico y cotidiano que aparece en trabajadores de servicios asistenciales: médicos, enfermeras, profesores, terapeutas, psicólogos, policías, abogados, según este enfoque el burnout es un tipo particular de estrés laboral asistencial (ELA).

Para Freudenberger (1980), como ya se mencionó anteriormente, es un estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada.

Para Pines y Aaronson, (1988), es un estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por un largo periodo involucrado en situaciones emocionales de demanda.

Resumiendo:

En las diferentes investigaciones se le han dado al burnout diferentes acepciones:

- * Síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización y rendimiento personal
- * Tipo particular de afrontamiento y autoprotección frente al estrés
- * Estadío final de intentos progresivos fracasados para manejar el estrés laboral crónico en las profesiones de ayuda.

El burnout es un síndrome que se produce fundamentalmente entre los "profesionales de la ayuda" es decir, entre aquellos profesionales cuyo objetivo laboral central es ofrecer servicios humanos directos y de gran relevancia para la persona - cliente. Se trata de un síndrome característico del profesional que trabaja con personas. En consecuencia los grupos de alto riesgo son todos aquellos grupos de profesionales de "servicios y ayuda".

La definición más actual sobre el burnout la dio Gil- Monte, Peiró, (1997), según este autor el "síndrome de quemarse por el trabajo" es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), que surge tras un proceso de reevaluación

cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.)

Partiendo de la concepción anterior, se deduce que el burnout no es ninguna modalidad de estrés, por lo tanto son dos aspectos diferentes:

EL BURNOUT

- * Sólo se experimenta ante alto empeño y sentimientos de fracaso
- * Es resultado del distrés (estrés negativo) emocional incrementado en la interacción con otras personas

EL ESTRES

- * Ocurre a más personas en diversas situaciones
- * El estrés por sí mismo no es causa de burnout, personas con estrés pueden prosperar y no tener burnout si sienten que su trabajo es significativo, apreciado.

Las principales consecuencias del estrés laboral asociadas al síndrome de burnout son:

Indices emocionales

- * Sentimientos de soledad

* Sentimientos de alienación

* Ansiedad

* Sentimientos de impotencia

* Sentimientos de omnipotencia

* Indices actitudinales

* No verbalizar

* Cinismo

* Apatía

* Hostilidad

* Susplicacia

Indices Conductuales

* Agresividad

* Aislamiento del sujeto

* Cambios bruscos de humor

* Enfado frecuente

- * Irritabilidad

Indices psicosomáticos

- * Dolor precordial y palpitaciones

- * Hipertensión

- * Crisis asmáticas

- * Catarros frecuentes

- * Mayor frecuencia de infecciones

- * Aparición de alergias

- * Dolores cervicales y de espalda

- * Fatiga

- * Alteraciones menstruales

- * Úlcera gastoduodenal

- * Diarreas

- * Jaquecas

- * Insomnio (Grau Abalo J. 1998)

En todas las acepciones que las diferentes investigaciones le han dado al burnout, ponen de relieve la importancia del fenómeno del estrés, es probable además que el estrés organizacional (el generado por la relación persona - organización y por los determinantes organizacionales en el desempeño de la tarea) es el elemento clave en la etiología del burnout (Rodríguez Marín, 1995).

La relación del estrés laboral con la falta de salud se da fundamentalmente a través de las repercusiones del primero en las emociones del sujeto, más que a través de los sentimientos negativos de incompetencia o ineptitud. (Grau Abalo J., 1998)

4.4 Estrés, personalidad y salud

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."

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, competitividad y la agresividad.

Componentes del patrón A, Según Fridman y Roseman, (1974).

Riesgo cardiovascular, 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 el Papel de lo Psíquico en la Enfermedad Somática.

Entre los **indiciadores** 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 de forma pesimista sus eventos negativos que les ocurren, por tanto, son menos inmunes y vulnerables a la enfermedad.

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. (Pettersen y Seligman, 1984). Por lo cual existe un déficit.- pasividad, depresión, baja auto estima, alta morbilidad etc.

Formas Esenciales de Integración de los Contenidos Psicológicos en la Personalidad

- 1) Unidades Psicológicas Primarias: valor emocional expresado en formas concretas de comportamiento (razgos, 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

Dentro de la personalidad encontramos las causas de estrés psicológico

Indicadores Patológicos de la regulación psicológica de la personalidad

- * insomnio
- * ansiedad
- * hipocondrio
- * temor a la muerte
- * depresión

- 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 .(sobrevaloración).
- 4) Sujetos con pobres recursos personológicos

El estrés psicológico dentro de la personalidad también es autoregulado por aspectos no personológicos como el apoyo social, el control 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 .(Rodríguez M. 1995).

La tensión psíquica continuada puede hacer que el organismo sea más vulnerable a las enfermedades.

Puede haber síntomas como dolor de cabeza, depresión, insomnio, dolores estomacales, dermatitis.

Dentro de los factores físicos estresantes se encuentra el ruido, los riesgos químicos, las temperaturas extremas, radiación, traumas físicos, vibraciones, turnos nocturnos, malas posturas, trabajos extraordinarios.

Dentro de los factores mentales y emocionales tenemos: Miedo a las sanciones, cólera contra las injusticias, el reto de un nuevo puesto, conflictos con los jefes, competencia con los compañeros, exceso de trabajo, turnos nocturnos, cambios estructurales trabajos monótonos, presión por el tiempo (Internet, Salud y Medicina, octubre de 1996).

El estrés psicológico refleja un estado de tensión sostenida del organismo, que provoca una respuesta fisiológica estable. Este estado puede resultar positivo, cuando la integración psicosomática de esa tensión se exprese en sistemas de actividades o relaciones que despierten el interés permanente y activo del sujeto, encontrando su expresión en forma de comportamiento organizado de su personalidad o en su sistema de objetivos y aspiraciones más mediatas. Sin embargo, esta tensión puede ser profundamente perjudicial, llamándole muchos autores distrés, cuando la misma, de forma estable se deriva de aspectos contradictorios, ambiguos, o de una carga que el individuo percibe como excesiva y no puede personalizar en su expresión aspectos que determinan una vivencia permanente de tensión, unida al desinterés e incapacidad para expresarla en formas organizadas de comportamiento. La activación fisiológica resultante del distrés, aparece asociada a alteraciones de riesgo para distintos tipos de enfermedad, destacándose las vinculadas a las enfermedades cardiovasculares.

El distrés, aún cuando tiene una naturaleza multicausal sistémica, participando en su génesis los distintos sistemas de interacción relevantes del individuo (familiar, laboral,

político etc.), está muy relacionado con la capacidad del sujeto, como personalidad, para enfrentar y resolver las distintas situaciones que personalmente le afectan.

La personalidad se relaciona con la forma de los individuos para enfrentar el estrés que produce las enfermedades. La personalidad va a ser entonces un elemento mediador entre el entorno y la salud. Comprende las características únicas del individuo, es una mezcla de rasgos físicos, mentales y emocionales.

Los factores que influyen en la personalidad son:

- * El ambiente.- Es todo lo que te rodea e influye sobre tu, la familia, las amistades, las personas que te rodean, el agua, aire, montañas, océano, río, desierto etc.

- * Cultura.- Es una mezcla de las influencias de las personas en tu hogar, tu ciudad, tu estado o nación. Se manifiesta en la forma de expresarte, el acento, el manierismo típico de tu familia o región.

- * Herencia.- Se caracteriza por la transmisión de los rasgos de una generación a otra, como la estatura, el color de los ojos, las habilidades para pensar, sentir, actuar, razonar, aprender.

- * Concepto propio.- Son las creencias que el individuo tiene de sí mismo, incluye una autoevaluación de sus mejores características y de sus debilidades (ambicioso, talentoso, inteligente, tonto, aburrido etc.) (Traducción al español José Carlos Escobar, 1993).

Hace 25 años, los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman (1974), de San Francisco, comenzaron a investigar la conexión entre comportamientos y enfermedades del corazón. Su trabajo llevó diez años (1960-1970) y abarcó 35,000

hombres, entre 31 y 59 años de edad cuyo comportamiento fue clasificado de acuerdo con las entrevistas y observaciones.

En su clasificación encontraron dos tipos de personalidad: El tipo A y el tipo B.

Llegaron a la conclusión que las personas con ciertos rasgos inmoderados de personalidad reaccionan en forma negativa al estrés y les produce enfermedades del corazón.

La respuesta negativa al estrés la dieron personas con las siguientes características:

Personalidad Tipo A (Tiene una predisposición a las enfermedades cardiacas).

- * Se orienta por la cantidad de logros y acciones. Lucha por el reconocimiento a través del número de realizaciones, es común su fijación en los números, se empeña en producir cantidad en vez de calidad. Se preocupa por tener no por ser, a este tipo de personalidad se le da una pérdida del sentido estético de la vida a causa del interés en acumular realizaciones.

- * Tiene una gran inseguridad de Status, externamente es confiado y seguro de sí mismo pero en su interior es inseguro. Domina las conversaciones, cambia los temas de conversación, hacía asuntos de su interés, le resulta difícil no interrumpir al otro. Finge escuchar pero piensa en otra cosa. Se siente culpable cuando descansa, comienza a perder el respeto por sí mismo cuando no tiene nada por hacer por algunas horas.

- * Considera una pérdida de tiempo las actividades físicas no competitivas. Se aprieta las manos con frecuencia, golpea con la mano la mesa o la palma de la otra mano para insistir en su punto de vista, rechina los dientes o estira habitualmente el menton. Es común en ellos los tics y los gestos nerviosos.

- * Es hostil, agresivo y extremadamente competitivo, se enfurece sin causa aparente. Se siente en competencia aunque la situación no lo exija. Es agresivo especialmente en la presencia de otra persona tipo A

- * Tiene un apremio del sentido del tiempo, tiene la enfermedad de la prisa, quiere hacer más en menos tiempo, programa en forma exacta, no deja margen para hechos imprevistos, se siente presionado por el reloj, fija plazos cuando no existe ninguno. Anda en movimiento constante, se mueve, camina, come deprisa. Es un impetuoso verbal, destaca las palabras importantes y acelera las últimas palabras de cada frase. Es impaciente, apura a otros cuando hablan o concluye las frases por ellos, le angustia esperar en una fila. Hace varias cosas al mismo tiempo.

Las personas con personalidad tipo A, tienen un elevado concepto de sí mismos y logran mucho, Sin embargo se crean presiones excesivas que pueden crear frustraciones innecesarias y baja autoestima. El resultado puede ser el estrés negativo (distrés) producido por la ansiedad.

Personalidad Tipo B (sano)

- * Acepta las cosas como vienen y pone poco énfasis en hacer las cosas rápidamente

- * Para los sujetos con este tipo de personalidad siempre existe bastante tiempo para sopesar, para evaluar las alternativas y para experimentar con las diferentes opciones.

- * Se orienta más por la calidad de las acciones y logros.

- * Son personas más calmadas y sosegadas que las personas del tipo A.

Las personas con personalidad tipo B parecen tener cosas buenas, pero lo bueno en demasía también puede provocar el estrés negativo, pues una persona puede ser tan laxa hasta el punto de no adoptar metas significativas o interesantes, el resultado puede ser el aburrimiento y los periodos frecuentes y prolongados frecuentemente producen el estrés negativo (José Carlos Escobar H, 1993).

Eysenck (1994), realizó otras investigaciones relacionadas con el papel de la personalidad y el estrés como factores psicosociales de riesgo que podrían causar cánceres y cardiopatías Isquémicas (CI).

Encontró que el tipo de **personalidad con propensión al cáncer**, a veces llamada **tipo C**, es una personalidad que Eysenck llamó tipo 1 y tiene las siguientes características:

- * Es apaciguadora
- * No asertiva
- * Extremadamente cooperativa
- * Extremadamente paciente
- * Buscadora de armonía
- * Evitadora de conflictos
- * Dócil
- * Defensiva

Tiene dos características que se le señalan con más frecuencia

- a) Suprime las manifestaciones emocionales, niega las reacciones emocionales fuertes
- b) Siente imposibilidad de hacer frente adecuadamente al estrés y a la reacción de abandono asociada con sentimientos de desesperación y desamparo.

Las personas con este tipo de personalidad muestran una tendencia permanente a considerar un objeto, una persona, una ocupación u otra cosa que posea un valor emocional como la condición más importante para su bienestar y felicidad. No se distancian del objeto y permanecen dependientes respecto al objeto, persona u ocupación porque la ausencia o la distancia sobre estos les produce un gran estrés. Son dependientes y no son capaces de expresar sus emociones, su incapacidad de afrontar ese estrés a su vez les crea dependencia y caen en un círculo vicioso.

En la clasificación de Eysenck (1994), la **personalidad tipo 2**, es una **personalidad con propensión a las Cardiopatías Isquémicas (CI)**, dicha personalidad tiene las siguientes características:

- * Muestra una sobre excitación

- * Tiene una tendencia constante a considerar un objeto(persona u ocupación), con gran importancia emocional, como la causa principal de su angustia e infelicidad específicas

El rechazo por parte del objeto (persona u ocupación) o la imposibilidad de alcanzarlo, lo experimentan como un trauma emocional pero no logran liberarse del objeto (persona o situación) y se sienten cada vez más dominados por una dependencia desamparada con respecto a dicho objeto. Este tipo de personas permanece en

contacto con estas personas o situaciones que valora de manera negativa y perturbadora desde el punto de vista emocional. No se distancian ni se liberan de la persona o situación y reaccionan con ira (manifiesta o reprimida) y agresividad.

La personalidad tipo 3 en la clasificación de Eysenck (1994), es un tipo de personalidad que parece relativamente a salvo tanto del cáncer como de las CI, se caracteriza por la ambivalencia, tiende a pasar de la reacción del tipo 1 a la reacción del tipo 2 y viceversa. Consideran un objeto (persona o situación) de alto valor alternativamente:

- a) Como la condición más importante para su propio bienestar
- b) Como la causa principal de su infelicidad

Por consiguiente también alternan sus sentimientos de desesperación, desamparo y de ira - agresividad.

Por otro lado la clasificación de **personalidad Tipo 4** de Eysenck (1994), se parece en ciertos aspectos al tipo B (sano) de la clasificación de Friedman- Rosenman y tiene la característica siguiente:

* Las personas con este tipo de personalidad tienen una fuerte tendencia a considerar que su propia autonomía y la autonomía de las personas con las que desean estar en contacto es lo más importante para su propio bienestar y felicidad (Eysenck , 1994).

En los últimos años a estos estudios que se han realizado sobre el papel de la personalidad y el estrés como factores psicosociales de riesgo que podrían causar enfermedades, se han añadido otros dos tipos de investigación a los cuatro ya mencionados:

Estas investigaciones más recientes sobre como influye la mente en el cuerpo las han realizado en la Universidad de Ohaio el Psicólogo Norman Rothermich (1998). Este añadió a la clasificación ya hecha por Eysenck un tipo de personalidad 5 y otro tipo 6:

El tipo 5 de personalidad está relacionado específicamente con la **predisposición a adquirir Artritis Reumatoide** y tiene las características siguientes:

- a) Vive en continua congoja, percibe su situación siempre negativamente, tiene un gran pesimismo interior.
- b) Tiene una excesiva conciencia del mal, todo lo malo lo exagera.
- c) La personas con este tipo de personalidad son muy temerosas de la crítica, tienen miedo a ser criticados, se cuidan de las otras personas y juegan a estar muy tensos para que las cosas les salgan excesivamente bien y no haya ningún juicio negativo a su persona, se angustian por llenar la expectativa ajena, se esfuerzan por ser amables para no ser criticados o atacados.
- d) Este tipo de personalidad caracteriza a los individuos que siempre andan tristes, deprimidos, de mal humor, cabisbajos y que tienen una mala imagen de sí mismos, es decir, una baja autoestima (Enfermedades Psicosomáticas en el Centro Médico siglo XX1, Doctor Horacio Jaramillo Loya 1999).

La investigación sobre el **tipo 6 de personalidad** es la más reciente y aún está inconclusa, en ella se estudia la personalidad que está propensa a la drogadicción.

Se puede tener una personalidad de entre los diferentes tipos mencionados o una combinación de algunas. Lo importante es recordar que la manera de sobreponerse a los sucesos de la vida determina el nivel de estrés negativo o positivo.

Existen dos elementos esencialmente psicológicos que van a determinar el carácter positivo..o negativo que para el organismo tiene la tensión experimentada por el sujeto; éstos son: la implicación del sujeto en el sistema externo o interno que determina la tensión y las posibilidades de expresión del mismo en este sistema, sea en el comportamiento concreto, o en los sistemas de proyección mediada de la personalidad.

El distrés no se produce sólo por exceso de estimulación, sino también por la falta de ésta. Cuando el hombre no le encuentra un sentido a lo que hace y no es capaz de organizar planes sobre los cuales organizar su vida presente, aun cuando su régimen de autoridad sea descansado experimentará fuertes tensiones internas que definirán el estado del distrés .

El estrés en su expresión tensión negativa, o distrés, como muchos autores han preferido diferenciar, no se produce por ningún evento externo, por traumatizante que este parezca ni por diferencias individuales en la capacidad de respuesta psicofisiológica del organismo, aparece siempre mediatizado por las potencialidades personológicas del sujeto y la forma en que este las utiliza en sus distintas situaciones vitales.

Se destacan los siguientes aspectos que mediatizan el distrés:

El apoyo social implica:

- a) Reconocimiento a la persona tal cual es.
- b) Respeto a la expresión auténtica de su individualidad
- c) Que la persona sienta afecto en la comunicación

d) Que la persona sienta posibilidad de expresarse y ser considerada en las decisiones de ese marco relacional.

El control.- Es la capacidad del sujeto para predecir y manipular su medio.

Ningún hecho o cambio por estresante que parezca, tiene un sentido estresante en sí mismo fuera del sentido psicológico que adquiere para el sujeto.

En el concepto de salud mental se articulan de forma armónica un conjunto de elementos que son, en su integración, los que definen un estado sano del organismo. Estos son:

- a) Expresar bienestar, sentirse bien.
- b) Tener capacidad de autodeterminación y de una expresión congruente con ella, sobre la base de las principales motivaciones de la personalidad (Grau J. 1994).

4.5 Estrés psicosocial y enfermedad

El estrés produce cambios en el sistema biológico que afectan a la salud: La respuesta fisiológica al estrés implica una liberación de hormonas, lo que provoca efectos negativos sobre el sistema cardiovascular que se manifiesta principalmente como angina de pecho o infarto al miocardio. Además la acción de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmune se expresa mediante fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades autoinmunitarios y formación de neoplasias: este tipo de enfermedades que son causadas por factores psicológicos, fundamentalmente por el estrés se denominan tradicionalmente enfermedades psicosomáticas y actualmente reciben el nombre de trastornos psicofisiológicos o trastornos de somatización.

El estrés puede conducir también a una conducta de enfermedad, aunque sin producir realmente enfermedad, este es el caso cuando el estrés genera una variedad de síntomas como ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, fallos de atención etc. Algunas personas interpretan estos síntomas como signos de enfermedad y llevan a cabo conductas de enfermedad como buscar tratamiento y ayuda médica.

Es interesante señalar que la anticipación de la enfermedad puede ser tan estresante como la ocurrencia real, y a menudo lo es mucho más. Por otra parte, la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que padece la enfermedad sino que tiene efectos estresantes en los familiares del enfermo: además cuando la enfermedad es crónica sus características estresantes se potencian, así como su impacto de perturbación social.

La apreciación de una enfermedad como estresante puede ser función de las propias características fisiológicas de los síntomas que presenta, de los estados afectivos y cognitivos del individuo que en ocasiones determinará la aparición de la enfermedad misma, y de la pérdida de funcionalidad psicológica que conlleva (estresor psicológico): de la interacción social real vulnerada por la aparición de la enfermedad y de la interrupción en el desempeño de los roles habituales (estresor social): y de su capacidad estigmatizante (estresor cultural) .(Rodríguez Marín, 1995).

4.6 El afrontamiento al estrés

a) Los recursos de afrontamiento

La mayoría de los investigadores definen el afrontamiento como un conjunto de respuestas ante la situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación. Es decir, se habla de afrontamientos refiriéndose al aspecto del proceso de estrés que incluye los intentos del individuo

para manejar los estresores. Se trata, de respuestas provocadas por la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla.

Se habla de afrontamiento con relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a tales demandas. La magnitud de la discrepancia determina, en parte, el estrés que experimenta la persona. Desde la perspectiva de su modelo "transaccional", Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

b) Respuestas de afrontamiento

La respuesta inicial a una situación de estrés es la activación fisiológica. Esta reacción puede considerarse bien descrita por el modelo de Seyle. La actividad del sistema simpático incrementa la presión sanguínea, la tasa cardíaca, el pulso, la conductividad de la piel, y la respiración. Se produce además una disminución de la actividad intestinal, una mayor dilatación bronquial, vasocostricción cutánea y vasodilatación muscular. En suma, el organismo se prepara para consumir una energía necesaria para la confrontación con el estímulo amenazante, para la "lucha o huida" (Valdés y Flores, 1985).

En segundo lugar, se producen respuestas cognitivas. Entre ellas hay que considerar no sólo los resultados de la evaluación cognitiva de la que hemos hablado en el capítulo cinco, es decir, la percepción de características perjudiciales o amenazantes en el acontecimiento de que se trate, sino también respuestas involuntarias como la incapacidad para concentrarse, y trastornos en la ejecución de tareas cognitivas (Cohen, 1980), o la aparición de pensamientos, intrusivos repetitivos (Horowitz, 1976).

Un nivel alto de estrés trastorna nuestra memoria y nuestra atención en el curso de una tarea competitiva.

En tercer lugar, encontramos una amplia gama de reacciones emocionales ante el estrés. Usamos, de hecho, nuestro estado emocional para evaluar el nivel alto de estrés que experimentamos.

La emoción no sólo refleja la activación fisiológica, sino otros contenidos de naturaleza cognitiva y evaluativa, que se vinculan, a su vez, al contexto social y cultural de la persona (Torregrosa, 1982). Las reacciones emocionales ante el estrés incluyen el miedo, la ansiedad(angustia), la excitación, la ira, la depresión y la resignación.

En cuarto lugar, el estrés provoca un amplísimo número de respuestas comportamentales, que dependen naturalmente del acontecimiento estresor y de su percepción por el sujeto. Todas ellas pueden organizarse en torno a tres que son básicas en cualquier organismo animal que se enfrenta con una amenaza: aproximación(lucha), evitación (huida) e inmovilización.

El estrés produce, además cambios en la conducta social de las personas. Así, cuando la respuesta emocional al estrés es la ira, entonces las conductas sociales negativas aumentan. La ira tiende a aumentar la agresión durante las experiencias estresantes.

Una buena parte de las respuestas al estrés tienen como meta funcional la recuperación del equilibrio biopsicosocial del organismo.

Para dominar el estrés hay que empezar por prepararse, comprender que es lo que nos afecta, y descubrir las actitudes y enfoques que debemos adoptar.

Pueden establecerse inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento según el foco en el que se centren: la regulación de las emociones causadas por el estrés negativo (distrés) que es un afrontamiento centrado en la emoción, y el manejo del problema que está causando el distrés, afrontamiento centrado en el problema, Folkman y Lazarus (1980), demostraron que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que se evalúa cada "transacción".

El afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción difieren en las facetas de la confrontación estresante que son usadas para ganar el control sobre el acontecimiento. El afrontamiento centrado en la emoción se usa para controlar ésta.

El afrontamiento centrado en el problema se usa para controlar la relación perturbadora entre la persona y su circunstancia mediante la solución del problema, la toma de decisiones y/o la acción directa. Atendiendo a su causa estresante(foco), también se pueden clasificar las conductas de afrontamiento en tres tipos (Pérez y Reincherts, 1992): el afrontamiento orientado a la situación; el afrontamiento orientado a la representación, referido a acciones ejecutadas para cambiar la representación, cognitiva de la situación, que puede implicar la búsqueda o supresión de información y afrontamiento orientado a la evaluación que incluye operaciones dirigidas a la estructura de metas o a la valencia subjetiva de la situación.

Existe otra perspectiva común y muy coherente que se basa en dos categorías ya mencionadas antes para entender el concepto de afrontamiento estresante: aproximación y evitación. Así pues, encontramos otras dos formas generales de afrontamiento:

a) Afrontamiento aproximativo y

b) afrontamiento evitativo.

El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el distrés. El afrontamiento evitativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas.

Se puede introducir una tercera dimensión sobre la base del tipo de proceso que se hace intervenir en la respuesta de afrontamiento y que permite distinguir dos categorías más de afrontamiento: afrontamiento comportamental y afrontamiento cognitivo.

Las estrategias en la categoría de afrontamiento cognitivo implican un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones:

- a) Minimización.- Las personas se dicen a sí mismas que no vale la pena preocuparse por el problema o que se resolverá en poco tiempo.
- b) Distracción.- La persona centra su atención en los aspectos positivos de la situación o dirigen su atención hacia otras cosas. Pueden usar procesos de comparación selectiva para asegurarse así mismos que las cosas podrían ser peor o que en algunos aspectos están mejor que otras personas (comparaciones sociales).
- c) Reestructuración.- Intentan reinterpretar la situación de forma que se perciba como no problemática.
- d) Realce de la eficacia.- Cuando los procesos de autocontrol para afrontar el problema pueden incluir el recuerdo de los éxitos previos.

e) Consideración de consecuencias.- El pensar sobre las consecuencias positivas o negativas de la realización de una conducta no deseada.

f) Fuerza de voluntad.- El decirse a uno mismo que no haga algo.

Algunos autores (Wills y Shiffman, 1985), distinguen una categoría denominada aceptación o resignación que también se clasifica dentro de las estrategias de afrontamiento cognitivas.

Esta categoría está basada en la creencia de que no se puede hacer nada(o no debería hacer nada) respecto del problema que se afronta y que en consecuencia simplemente debe aceptarse la situación hasta que vengan tiempos mejores.

Las estrategias que caen dentro de la categoría del afrontamiento comportamental implican un intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello.

a) Solución de problemas.- Supone la búsqueda y reunión de información relevante para el problema, la evaluación de los cursos de acción alternativos, y la decisión por un curso concreto de acción.

b) Acción directa.- Implica hacer intentos de cambiar directamente la situación problemática o mediante negociación o compromiso con otras personas.

c) La "retirada o escape".- supone abandonar físicamente una situación problemática o evitarla.

d) La "conducta asertiva".- Consiste en la capacidad para aplicar de forma apropiada conductas asertivas a situaciones sociales.

e) La búsqueda de apoyo social.- Es un proceso en el que los individuos buscan activamente ayuda de otras persona, bien hablando sobre sus problemas con alguien con quién tenga confianza(apoyo emocional), bien buscando ayuda instrumental, consejo, indicaciones, o bien, buscando ayuda económica, física, etc.

f) Conductas alternativas.- Realizar conductas alternativas incompatibles con la conducta problemática.

g)"relajación".- Incluye varios métodos de obtener relajación mediante ejercicios de relajación muscular meditación, o métodos de control del estrés.

h)"búsqueda de placer".- puede definirse como un intento activo de proporcionarse experiencias positivas mediante el entrenamiento, las actividades sociales del ocio.

Podemos distinguir dos tipos más de respuestas de afrontamiento si atendemos al "momento" en el que se emiten: Anticipatorias y restaurativas. Las primeras se ejecutan antes de la ocurrencia del acontecimiento estresante. Es decir, las respuestas de afrontamiento pueden ejecutarse con un comportamiento preventivo de los acontecimientos estresantes que se espera que ocurran(como una manera de manejar tales acontecimientos), o bien como un compromiso restaurativo del equilibrio psicosocial una vez que se haya producido la respuesta de estrés(la cual, como se ha dicho, es producto de una apreciación de desequilibrio entre las demandas de la situación y nuestros recursos) ante el acontecimiento o situación(Wills y Shiffman, 1985).

El afrontamiento anticipatorio o preventivo implica conductas de solución de problemas(afrontamiento comportamental), que ayudarían a prepararse para el acontecimiento demandante, esfuerzos para cambiar la interpretación o la importancia percibida de una situación(afrontamiento cognitivo), y esfuerzos para evitar la

ocurrencia de acontecimientos estresantes, que puede ser tanto afrontamiento comportamental como afrontamiento cognitivo.

El afrontamiento restaurativo implica el uso de estrategias cognitivas o comportamentales para habérselas con las dificultades en la medida en que los acontecimientos se van presentando.

Por último, si no fijamos en la amplitud o grado de generalidad de las respuestas podríamos clasificarlas en generales, globales o específicas. Es decir, se pueden ejecutar conductas con una funcionalidad global, que permiten reducir o manejar categorías de estresores, o se pueden ejecutar conductas que específicamente pretendan manejar un estresor específico.

Las categorías señaladas constituyen un repertorio potencial de respuestas de afrontamiento, de las que cualquiera o todas ellas, pueden ser usadas por un individuo para vérselas con un problema particular. Deban ser enmarcadas dentro del modelo propuesto que considera al afrontamiento como un proceso dinámico multidimensional y biospsicosocial en el cual los individuos estresados intentan resolver problemas prácticos, mantener un sentido de autoestima positivo y mantener su estado bioquímico y fisiológico en un equilibrio óptimo. Dentro de este modelo debemos esperar una considerable variabilidad en las estrategias de afrontamiento usadas por los individuos en las diferentes situaciones y frente a distintos tipos de problemas.

El afrontamiento del estrés es un proceso dinámico, y sus orientaciones básicas pueden variar en primacía a lo largo del tiempo para un individuo, y pueden estar presentes en cualquier momento particular. En consecuencia, también, un individuo puede tener una preferencia consistente hacia una u otra orientación, o cruce de categorías, incluso frente a restricciones situacionales que parecen "exigir" otra respuesta.

En cualquier caso, se puede hablar de ciertos factores determinantes de la selección de las ~~respuestas de~~ afrontamiento que la persona pone en marcha cuando se produce un episodio estresante.

Los recursos de afrontamiento, como anteriormente se menciona, son los elementos y/o capacidades internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante.

De acuerdo con la clasificación que he mencionado, cabe distinguir los recursos de afrontamiento.

- 1) Físicos/Biológicos, que incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona (incluyendo su propio organismo biológico) que están disponibles para ella.
- 2) Psicológicos/Psicosociales, que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de la autoestima, nivel de independencia o autonomía y sentido del control. Los recursos psicológicos incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destrezas para la solución de problemas, la autoestima y la moral.
- 3) Culturales, que tienen que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos vienen dadas por la cultura propia del individuo.
- 4) Sociales, que incluyen la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional.

Este tipo de variables relacionados con el sistema de apoyo social parecen ser cruciales para la capacidad de afrontamiento del estrés. Incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo.

Dentro de los recursos sociales podemos incluir también, los elementos que tienen que ver con los compromisos (Lazarus), y fundamentalmente consiste en la forma de interpretar un papel social (obligaciones de rol y medida en la que el sujeto se considera comprometido). A su vez, la representación de los papeles sociales está determinada por el diseño social específico de tales roles. Sin la gama de papeles sociales en el repertorio del sistema social, la persona carecería de una serie importante de elementos para afrontar acontecimientos estresantes.

c)Factores de los que depende una respuesta de afrontamiento

La selección de una respuesta de afrontamiento en particular puede depender de varios factores:

a)La gravedad percibida del estresor .- Cuando los estresores son más graves y más directamente relevantes para los objetivos o metas de una persona, s puede predecir que evocará una mayor variedad de respuestas de afrontamiento.

b) Mutabilidad percibida del estresor.- Son situaciones o acontecimientos percibidos como relativamente variable, evocan respuestas de afrontamiento orientadas hacia la solución de problemas y a la resolución directa de la situación, mientras que una situación problemática percibida como inmutable evocará estrategias de afrontamiento orientadas hacia la reinterpretación cognitiva de la situación y hacía la minimización del estado afectivo negativo evocado por el estresor.

c)La remediabilidad percibida.- En la medida en que la persona juzga que la situación es remediable pondrá en marcha estrategias de afrontamiento como la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, búsqueda de consejo profesional, etc. Si tales destrezas le faltan y evalúa la situación como irremediable puede acudir a otro tipo de conductas como uso de drogas, o la pasividad.

d)La dificultad o costo de la respuesta de afrontamiento.- Se da en función de que algunas respuestas más esfuerzo o más perseverancia que otras requieren.

Un proceso de afrontamiento no es siempre constructivo o destructivo en sus consecuencias, sino que sus costos y sus beneficios dependen de la persona, su momento y el contacto de estrés (Rodríguez Marín, 1995).

4.7 Estrés psicosocial y promoción

El personal de la salud, tanto profesional como voluntario, trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Estos pueden variar desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas mayores y enfermedades terminales.

Tal recarga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción de personas en desgracia puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales en quienes brindan servicio , los cuales pueden tener implicación en su capacidad para hacerlo de una forma adecuada, sobre su bienestar emocional y su vida particular.

En la atención médica por ejemplo, los aspectos estresantes pueden considerarse bajo las siguientes premisas: en primer lugar, las formas específicas generalmente encontradas en algunas enfermedades; en segundo lugar, las labores desarrolladas por los trabajadores de salud; y, en último las clases de relajación que se establecen entre el trabajador y el paciente.

Los puntos críticos del trabajo con personas en desgracia son las experiencias vividas ante el trauma, la muerte, el desfiguramiento, la vida en peligro y, en algunos casos, el conflicto moral que suscita su cuidado. A esto se añade la naturaleza recalcitrante

de muchas enfermedades crónicas (Internet, Estrés en los trabajadores de la salud, Cuba marzo 1999).

Los roles y actividades desarrolladas por el personal varían de acuerdo a su tipo de trabajo, esto se aplica por igual a trabajadores profesionales y voluntarios.

El enfrentarse con tales estresores, en la atención médica, involucra procesos cognocitivos emocionales y de comportamiento. La adaptación a ellos depende de los recursos personales del individuo, y de los recursos que le proporcione el ambiente labora, amistoso y familiar.

El mantenimiento de la autoestima y la sensación de dominio se pueden considerar como las metas hacia las cuales se deben encauzar los esfuerzos para enfrentar los estresores.

La manifestación de los esfuerzos por mantener una sensación de dominio variará en cada individuo, de acuerdo con la percepción de su papel, sus expectativas y sus atributos particulares, sus estrategias de lucha. La habilidad para mantener el sentimiento de voluntad hacia el trabajo, combatir la desesperanza, mantener la motivación, disminuir la autocensura, establecer expectativas reales y sentir orgullo de los éxitos alcanzados, es muy importante.

Recientemente se ha hecho alusión a la sobrecarga traumática en el personal de la salud, como el "síndrome de agotamiento"(Burnout Syndrome). Sus características son cansancio emocional con agotamiento de los recursos emocionales y un sentimiento de no se ha dejado nada para dar a los demás; despersonalización con desarrollo de actitudes negativas, en algunos casos duras, con la gente con quien se trabaja; y una desvalorización de los éxitos personales.

Otras manifestaciones de estrés pueden ser la sensación de agotamiento físico, malestar persistente; dolencias psicosomáticas(constante dolor de cabeza, insomnio y alteradores gastrointestinales); así como otros cambios emocionales y de conducta como irritabilidad, frustración y predisposición al mal humor, rigidez e inflexibilidad ante los asuntos de trabajo, incremento en el consumo de alcohol, cigarrillo o drogas.

Enfrentar el estrés es un proceso dinámico, por lo que, a nivel individual como colectivo, el personal de la salud puede manifestar diferentes estilos de adaptación a los diversos momentos en que está expuesto al estrés en los lugares de trabajo.

La esperanza y el altruismo son cualidades importantes de tener, cuando se empieza sentir desesperación, soledad y ansiedad ante la impotencia. La presencia de una patología defensiva puede llevar a disminuir los sentimientos de compasión de aquellos que permanezcan en el trabajo, resultando en el distanciamiento y la deshumanización . El trabajador termina por pensar que aislar sus emociones y proporcionar un cuidado frío y mecánico, es todo lo que puede dar de sí. Puede darse una descompensación en forma de un desorden traumático de estrés como ocurre en la mayoría de los siguientes eventos traumáticos: ansiedad, pesadillas, recuerdos de escenas traumáticas del pasado en situaciones presentes de gravedad .(Internet, marzo de 1999).

La promoción de la salud se ocupa, de manera general, del fomento de modos de vida sanos y de la creación de entornos, combinando enfoques intersectoriales y multidisciplinarios para hacer frente al estrés. Situada en la esfera de la sanidad, abarca determinados aspectos de salud pública y prevención de enfermedades y hace especial hincapié en los elementos determinantes de la salud, más bien que en las enfermedades.

Las diferentes investigaciones han tenido como objetivo aumentar el impacto sobre la salud mediante el fomento de las actividades de promoción de la salud que permita a los individuos no sólo conocer su estado de salud, sino transformarlo para contribuir a

garantizar un elevado nivel de protección de la salud humana en la definición y aplicación de todas las políticas y estados miembros de la comunidad, y mediante el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y la difusión de modelos de práctica correcta (Internet, marzo de 1999).

CAPITULO 5

**MODELO DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN
PARTICIPATIVA**

5. Modelo de Investigación Acción Participativa

5.1 Origen

Desde fines del siglo XIX el término Investigación Acción Participativa, se abren dos vertientes o paradigmas para entender y aplicar las relaciones entre teoría y práctica. Ambos enfoques la determinan: uno se dirige al estructural funcionalismo, en convergencia política con la burguesía dominante; otro hacia el materialismo histórico, en convergencia política con las clases explotadas por el capitalismo.

La lógica del funcionalismo, dirigida al mantenimiento del estado de cosas, visualiza la investigación acción como una metodología de la ciencia aplicada.

Desde el materialismo histórico, debe ser una respuesta que permita a las clases explotadas no sólo conocer su realidad, sino transformarla, por lo que el punto de partida está en el marxismo.

Su desarrollo en América Latina data en la década de los años 60's. A partir de la crítica hecha al concepto de la modernización y su implicación en las teorías sobre el desarrollo.

En donde prevalece un enfoque tradicionalista de las ciencias sociales. No obstante lo anterior en la década de los ochenta los países desarrollados, la emplean para alcanzar la eficiencia en sus procesos de industrialización. Esto propicia que actualmente se mencionen tres tendencias: la tecnológica, la político-militante y la promocional.

La primera constituye una técnica práctica que involucra al participante con el crecimiento de la producción; en la segunda, se utiliza como un instrumento de producción del conocimiento y desarrollo social, en donde los participantes se

involucran en la transformación y en las acciones de su comunidad; en la tercera la investigación participativa "es un proceso de estudio, investigación y análisis donde los investigadores e investigados se involucran y son parte del proceso que modifica o transforma el medio sobre el cual interviene" Sin embargo se cree que la investigación acción participativa es una alternativa y una opción metodológica en las ciencias sociales, por ello vale la pena precisar que características tiene y cuales son los fundamentos de la concepción tradicional predominante.

Al hablar de la investigación tradicional se aborda su expresión dominante que es el positivismo. Sus características más significativas son:

- * El objeto de la ciencia esta determinado por el dato empírico y por el sujeto que conoce.
- * La sumisión a los instrumentos de observación y a las reglas del formalismo metodológico.
- * La objetividad a través de un conocimiento no valorativo.
- * La investigación se queda en un nivel descriptivo y morfológico de los fenómenos.
- * Cuando se plantean soluciones se hacen en relación a los datos aislados y atomizados.
- * La investigación se considera como un elemento que permite plantear soluciones concretas a los problemas.
- * No se plantean relaciones de causa-efecto.

- * El modelo científico utilizado copia el que se usa en las ciencias físicas como el patrón más acabado de la ciencia.
- * La encuesta es el instrumento fundamental.
- * La participación es limitada.
- * Es Tecnócrata
- * La comunidad es objeto y no sujeto de investigación.
- * Es Externa a la comunidad.
- * Los resultados de la investigación son extraídos de la comunidad, se priva a esta la oportunidad de conocerse, enriquecerse y transformarse

5.2 Características de la Investigación acción Participativa

La investigación Acción Participativa es una concepción metodológica más que un método. Es una metodología porque lo que se propone es como hacer investigación científica acerca de ciertos problemas considerando la inter relaciones existentes entre marco teórico y métodos, marco teórico y conocimiento del objeto y, finalmente la relación entre método y objeto (De Schutter y Yopo, 1983).

De esta manera este modelo propone que la comunidad mejore su conocimiento de la realidad; desarrolle conciencia sobre las interrelaciones sociales, económicas, políticas y culturales; y estimule la solidaridad para lograr un mayor nivel de organización, facilitando así la participación activa en los procesos de cambio y desarrollo estructural.

Dentro de esa metodología existen características comunes. De acuerdo con Gajardo (1985), son:

- * Hacer explícita una intención política y una opción de trabajo con los grupos más postergados de la sociedad.
- * Integración de investigación, educación y participación social como momentos de un proceso centrado en el análisis de las contradicciones que muestran con mayor claridad las determinantes estructurales de la realidad vivida.
- * Incorporación de los sectores populares como actores de un proceso de conocimiento de la realidad, donde los problemas se definen en función de una realidad concreta y compartida, en la que los grupos definen la programación del estudio y las formas de encarar la realidad.
- * Sustentación de las actividades de investigación y de la acción educativa sobre una base organizada, en tanto esta actividad no culmina en una respuesta de orden teórico, sino en la generación de propuestas de acción expresadas en una perspectiva de cambio social.

5.3 Conceptualización del proceso participativo

A fin de aclarar el Proceso Participativo, se partió de considerarlo como: el proceso a través del cual un grupo social desarrolla acciones en diversos ámbitos que involucra el reconocimiento de la experiencia, el análisis de la realidad y la capacidad de tomar decisiones para la solución de su problemática cotidiana

De acuerdo a la opinión de Víctor Silveira "... el término participación parece tan obvio que aparentemente no requiere análisis, precisión o definición. Por cuanto los seres humanos por ser animales gregarios y tener una vivencia social y grupal se asume

que están "participando". Por lo tanto, cuando el término se enuncia hay implícito el supuesto de que todos y cada uno están entendiendo el concepto subyacente en dicho término. Pero hay condiciones sociales, de cultura, formación profesional, ubicación socioeconómica, ideológica, opción política que lo configuran y transforman, cada grupo humano, técnico y profesional, puede tener su muy particular concepto y las características que adopta la participación.

Stavenhagen, Sanguinetti, Le Boteri, Vio Grossi, entre otros (1980), señalan: que un proceso participativo existe en la medida en que se da como una actividad organizada que propicie a partir del análisis de la realidad, el acceso del grupo a la toma de decisiones que permitan realizar acciones tendientes a la transformación de la realidad individual y colectiva de los grupos. Entendiendo por transformación la expresión de necesidades o de mandas, la defensa de intereses comunes, el trabajo conjunto para alcanzar objetivos diversos, que los conduzcan a la configuración de su escenario cotidiano.

Sin embargo, habrá que considerar lo que Antón de Schutter y Boris Yopo (1983) señalan, que la metodología participativa no se satisface con una buena aplicación de un marco teórico ni con una programación de acciones de transformación social o de dinamización de las organizaciones de base. Necesita adoptar e incorporar acciones a las limitaciones propias del contexto y conjugarlas en una praxis social. Observación a la que hay que agregar, la participación tanto individual como colectiva, se ve influida por la experiencia del sujeto en acciones de esta naturaleza. La participación, como conducta manifiesta, no sólo depende del contexto y de las contingencias del momento, sino también de los antecedentes sociales, laborales y educativos no siempre satisfactorios que extrapola en sujeto o grupo a otras situaciones, independientemente de las características que las definan.

Estos factores sin duda influyen, sobre todo si se toma en cuenta que la investigación participativa se fundamenta primordialmente, en el análisis y dialogo como método de trabajo.

La participación no es un proceso que se dé automáticamente. Se requiere que el individuo forme y tome parte del conjunto de actividades que lo conduzcan a ella en una forma real y efectiva, que se traduzca en acciones concretas hacia la toma de decisiones.

A este respecto Silveira dice: la investigación participativa para ser un instrumento o la metodología de los grupos populares debe tener una utilidad operativa perceptible más allá de sus fines últimos de cambios estructurales. La gente no se mueve alrededor de cosas que no le sean útiles, que no tengan una aplicación mediata o inmediata, para resolver situaciones concretas y para mejorar condiciones de vida, trabajo y relación. Los grupos marginados y pobres necesitan el conocimiento para resolver algunos de los problemas cotidianos existenciales que los agobian. No pueden darse el lujo de conocer por conocer, pues eso es para los niveles sociales que tienen resueltos sus problemas vitales.

Las cosas que emprenden o aprenden deben tener una aplicación concreta. Es por ello el interés de la aplicación del modelo acción participativa en el que se parte de un diagnóstico para detectar la propensión a enfermedades de acuerdo al nivel de estrés psicosocial de los promotores comunitarios de la Sierra de Santa Catarina e implementar algún taller de información y técnicas para manejar el estrés

Gajardo (1982,1985) afirma que existen tres concepciones en la investigación acción participativa las cuales son:

- * Como método de acción y mecanismo de aprendizaje colectivo que culmina con la transformación del pueblo en sujeto político.
- * Como método general para elaboración teórica, sea en el campo de la educación o en el de las ciencias sociales contribuyendo a la disminución de las brechas que

generalmente existen entre teoría u práctica, entre sujeto y objeto, en las prácticas de investigación social y educativa.

* Como componente de los procesos de planificación local de los grupos de una o más comunidades que viven en condiciones de dominación o pobreza por la forma en que se estructura la sociedad.

En este sentido, el análisis y dialogo generado en las distintas etapas y momentos del proceso de participación y capacitación, el conocimiento concreto de la realidad, y las relaciones sociales intergrupo permitirán al investigador: ser participe de un proceso dinámico en lo personal y social, que le permita la toma de decisiones orientadas a propiciar una transformación.

Sobre estos mismos aspectos Boris Yopo agrega: “el dialogo no es producto de una actitud psicológica, sino producto de un proceso educativo en donde todos los que participan, incluidos los investigadores enfrentan la realidad y la comparten en la toma de decisiones colectivas” Por otro lado, este autor considera las reuniones de los miembros de la colectividad como fuentes de información para que el individuo reconozca, apropie la problemática y establezca alternativas de solución; así en la medida en que esta informado el sujeto participará.

Por otro lado, Sanguinetti hace referencia a tres factores a considerar:

* La participación como factor esencial debe ser concebido como fenómeno social, proceso de desarrollo personal y como proceso educativo.

* El análisis como condición necesaria que conduzca al diálogo.

- * La elaboración de instrumentos tales como, entrevista, guías, cuestionarios, etc. Que permitan que un individuo tenga elementos subjetivos para efectuar el análisis, y que la participación se constituya en una actividad organizada.

5.4 Criterios que fundamentan el modelo de investigación acción participativa

Esta alternativa en la investigación social tiene sus particularidades y sus centros de interés (acción transformadora, compromiso político, participación popular, concientización), existe en relación de interdependencia entre los diferentes modelos que permite deslindar algunos criterios mínimos que integran y fundamentan la investigación acción participativa. Estos criterios se enlistan a continuación:

- * Se visualiza la realidad como una totalidad concreta.
- * El problema de investigación se origina en el grupo-comunidad.
- * Se descubre como un método de trabajo productivo, no sólo de investigación.
- * Establece una nueva relación entre teoría y práctica.
- * El objeto de la investigación es la construcción del poder popular.
- * Plantea una nueva relación entre sujeto y objeto.
- * Es un proceso de lucha por el poder.
- * La cultura propia de las comunidades es portadora de elementos para la interpretación, creación y transmisión de conocimientos.

- * Es un proceso que integra la investigación, la educación y la acción transformadora.
- * Busca superar la dicotomía entre técnicas cuantitativas y cualitativas para la indagación de la realidad social.
- * Pretende la creación y la democratización del conocimiento.
- * Enfoca su trabajo a los sectores marginados y postergados de la sociedad.
- * Es una propuesta de desarrollo.

De acuerdo a lo anterior, se presenta el siguiente esquema metodológico del proceso acción participación:

1 Frente de entrada a la comunidad

1.1 Promoción de promoción de programa preventivo

1.2 Ejecución de programa preventivo

2.- Organización de grupos de investigación participativa

2.1 Integración

2.2 Capacitación y educación

3. Investigación Participativa

3.1 Tema

3.2 Objetivos

3.3 Población

3.4 Técnicas e instrumentos

3.5 Aplicación de técnicas e instrumentos

3.6 Ordenación y clasificación de la información

3.7 Análisis de la información

3.8 Devolución de los resultados de la Investigación al resto de la comunidad

3.9 Alternativas y plan de trabajo

5.5 Evaluación

Sin embargo, a nivel teórico metodológico la investigación acción participativa necesita superar algunas cuestiones fundamentales, a saber:

- * Definir el peso y los momentos en que se introducen los elementos teóricos al trabajo práctico.
- * Clarificar algunos términos usados en la investigación participativa para precisar las relaciones entre ellos (teoría y práctica en un solo proceso, transformación social y participación, sinergia comunidad investigador, etc.) y utilizarlos consistentemente en el proceso dinámico de creación de conocimiento.

- * Precisar estrategias adecuadas y apropiadas para contextos locales, económicos y políticos diferentes.
- * Priorizar objetivos a corto plazo versus objetivos a largo plazo.
- * Conjuguar los aspectos cualitativos y cuantitativos de la realidad histórica.
- * Precisar el lugar de la investigación participativa en las ciencias sociales
- * Precisar la importancia de los métodos convencionales de investigación en la investigación participativa y la relevancia que pueda tener esta hacia los métodos.
- * Estudiar los procesos de motivación previa que requiere la investigación participativa y los cambios en los individuos al incorporarse en un proceso de participación.
- * Avanzar en la transferencia del control del proceso de investigación a los sectores locales.
- * Diseñar instrumentos y técnicas que permitan enriquecer el proceso de evaluación de la investigación participativa en el contexto de los movimientos populares.

En resumen, la metodología de acción participativa plantea que:

- * El objetivo de la investigación está definido por el grupo en la medida que identifica un problema a resolver
- * La resolución del problema llevará consigo una transformación hacia el mejoramiento del estilo de vida del grupo de Promotores Comunitarios.

* Los que intervienen deben desempeñar un papel de investigadores de su propio proceso, identificando sus necesidades, habilidades y recursos.

* El papel de quien propicia el proceso, es de animación y deberá estar orientado fundamentalmente a proporcionar apoyo a las organizaciones.

De acuerdo a este modelo de investigación acción participativa pretendí provocar la reflexión y actitud de los promotores comunitarios, convirtiéndolos en protagonistas de su proceso de concientización, que les permita percibir los riesgos y asumir decisiones en relación al estrés psicosocial.

CAPITULO 6

METODOLOGIA

6.5 Muestreo

La muestra consta de 25 sujetos 19 mujeres y 6 hombres.

El tipo de muestreo fue intencional, porque los instrumentos de la investigación les fueron aplicados únicamente a sujetos que cumplieron con los siguientes requisitos:

- a) Personas que participan como Promotores Comunitarios dentro de alguno de los proyectos que llevan a cabo organizaciones no gubernamentales de las tres colonias más representativas de la Sierra de Santa Catarina: San Miguel Teotongo, Ixtlahuacan y Miravalle, en ellas están establecidas las Organizaciones que más influencia tienen en la comunidad.
- b) Que son residentes de la comunidad en donde se encuentran los proyectos en los que participan
- c) Que carecen de un entrenamiento académico formal en las áreas en donde participan
- d) Que dan servicio a la comunidad.

Las organizaciones no gubernamentales de donde se obtuvo la muestra fueron elegidas de un documento llamado "Unidos por una vida digna", que pertenece a la Parroquia de Corpus Christi de San Miguel Teotongo, en donde están registradas todas las organizaciones no gubernamentales y los proyectos que más influencia han tenido dentro de la comunidad en los últimos veinte años.

6.6 Hipótesis y Variables

H1. : El tipo de proyecto, el nivel de estudios, la antigüedad en el proyecto en el que participan, el sexo, el estado civil y la edad, predisponen a los Promotores comunitarios de la Sierra de Santa Catarina a desarrollar el síndrome del Burnout

H2: El sexo, la edad el estado civil, la antigüedad en el proyecto, el nivel de estudios y el tipo de proyecto en el que participan son factores que conducen a los Promotores Comunitarios de la Sierra de Santa Catarina a desarrollar conductas de enfermedad que los hacen propensos al Cáncer y a otras enfermedades crónicas.

H3: El sexo, la edad, el estado civil, la antigüedad en el proyecto, el nivel de estudios y el tipo de proyecto en el que participan son factores que determinan el tipo de personalidad de los Promotores Comunitarios de la Sierra de Santa Catarina, el cual repercute en su forma de afrontar su estrés.

Variables independientes 1,2,3, Tipo de proyecto, Nivel de estudios, Antigüedad, Sexo, Estado civil, y edad

Variable dependiente 1: Propensión a desarrollar el Síndrome del Burnout

Variable dependiente 2: Desarrollo de conductas de enfermedad con propensión al Cáncer y enfermedades crónicas.

Variable dependiente 3: Tipo de personalidad para control del estrés

6.7 Instrumentos

1.- Se utilizó el Inventario de Burnout de C.Maslach (anexo 1).

Este instrumento es el más utilizado para evaluar el burnout, tiene como precedente la revisión de Perlman y Hartman (1982) de 48 definiciones y la elaboración de conceptualización similar a la del Maslach Burnout Inventory (MBI), en tres dimensiones. Cuenta con 22 ítems con escalas tipo Likert y mide tres dimensiones:

El agotamiento emocional:.....9 ítems

Despersonalización:.....5 ítems

Realización personal en el trabajo:.....8 ítems

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas variables continuas y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala, pueden ser diferentes para cada país. Este instrumento ha sido utilizado en Alemania, Australia, Canadá, España, E.E.U.U, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Jordania, Polonia, Zimbabwe.

En el caso específico de esta investigación la puntuación es el resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas. Los elementos que comprende cada escala y sus puntuaciones directas (PD) máximas se especifican a continuación.

ESCALA	ELEMENTOS
Cansancio Emocional	CE 1,2,3,6,8,13,14,16,20
Despersonalización	DP 5,10,11,15,21
Realización Personal	RP 4,7,9,12,17,18,19,21

Las puntuaciones directas obtenidas en la fase de puntuación no son interpretables por sí mismas, no tienen significación por su valor absoluto; fue necesario transformarlas en unos valores o escala de significación universal que sitúa las puntuaciones del sujeto en relación con las obtenidas por un grupo normativo. La muestra normativa (N=1.138) ha sido utilizada para construir los baremos de tipo general (reunión de varias submuestras).

Estas tablas de baremos permiten la conversión de las puntuaciones directas.

Ya que se ha realizado esta conversión, las autoras decidieron emplear una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados en el MBI.

En la categoría baja se encuentran los resultados de los sujetos que ocupan el tercio inferior (centiles 1 a 33).

La categoría media está formada por las puntuaciones de los casos que ocupan el tercio central de una distribución normal (centiles 34 a 66).

En la categoría alta se recogen las puntuaciones del tercio superior (centiles 57 a 99).

Con este criterio normativo para la interpretación se construyó una tabla con las principales muestras americanas la cual fue utilizada en esta investigación para clasificar a cada miembro de la muestra en las categorías baja, media y alta.

El MBI puede ser autoaplicable, administrado en situación individual o colectiva. Las instrucciones necesarias están impresas en la primera página (ver anexo 1).

2.- Se aplicó también un cuestionario para medir el riesgo al cáncer y a las enfermedades crónicas. Este instrumento fue tomado, y modificado del elaborado en el Instituto Nacional de Salud Liga Nacional contra el Cáncer de Guatemala por la

Psicóloga Cubana Teresa Romero (anexo 2). Dicho instrumento se divide en diez secciones con 81 preguntas de respuestas binarias que evalúan:

- 1.- La condición física
- 2.- Historia Familiar
- 3.- Auto cuidado y cuidado médico
- 4.- Hábitos alimenticios
- 5.- Consumo de alcohol, tabaco y drogas
- 6.- Accidentes
- 7.- Valores, esfera intelectual y espiritual
- 8.- Estrés y apoyo social
- 9.- Medio ambiente
- 10.- Sexualidad

Este cuestionario está diseñado para aumentar el conocimiento y conciencia del estado general de salud de los encuestados y resalta áreas potenciales de preocupación sobre todo en lo concerniente al cáncer y enfermedades crónicas, muestra las áreas del estilo de vida y en que áreas se tienen hábitos saludables y dónde hay que mejorar.

Son preguntas cerradas dónde sólo existe la posibilidad de contestar Si ó No, y dependiendo del el número de respuestas se evalúa, los criterios para ello ya los da el diseño del cuestionario. Cada sección evalúa el riesgo para la salud de cada miembro de la muestra contando el número de respuestas que se marcan en la columna izquierda. El investigador clasificó a cada miembro de la muestra en una de las tres categorías siguientes tomando en cuenta las respuestas de la columna izquierda:

1,2 Alta

3,4 Media

5,6 Baja

3.- El tercer instrumento de medición utilizado es un cuestionario diseñado para medir el control del estrés según el estilo de vida Cada escala se compone de un par de adjetivos que representan dos tipos de comportamiento opuestos, se elige algún punto en la línea de entre los dos extremos (anexo 3). Este test da una idea acerca de donde se encuentra el sujeto en relación al examen de comportamiento de la personalidad tipo A. Cuanto más elevado sea el puntaje tanto más propenso se es a ser un enfermo cardiaco.

Se diseñó en relación al comportamiento de la personalidad tipo A investigada por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman (1974). Fue aplicado y validado en diversas investigaciones. Después de adjudicar un valor a una escala de 7 puntos para cada tópico, se suman los puntos.

Puntaje total	Personalidad como recurso de afrontamiento al estrés
----------------------	---

110-140: Tipo A1 Riesgo elevado de tener una enfermedad cardiaca

80-109: Tipo A2 Riesgo no tan alto pero propenso a tener una enfermedad Tipo A

60-79: Tipo AB Tiene potencial para deslizarse hacia el comportamiento A1

30-59: Tipo B1 Menos propenso a un problema cardíaco

0-29: Tipo B2 Rasgos no cardíacos

Este es el criterio que se utilizó en esta investigación para clasificar el tipo de personalidad como recurso de afrontamiento al estrés de cada miembro de la muestra.

6.8 Procedimiento de Intervención

Se desarrollo en las fases siguientes:

En la primera fase se adquirió información técnica, se recabaron datos obtenidos y elaborados por organismos, instituciones y trabajos de profesionales respecto al sector o área de estudio: Sierra de Santa Catarina y las Colonias que la conforman incluido el documento "Unidos por una vida digna" de donde se tomó la muestra que se utiliza en esta investigación.

En la segunda fase se adquirieron nociones sobre la realidad de la comunidad, para adquirir una conciencia ordinaria sobre el objeto de estudio; para ello se convivió con la diferentes Organizaciones de Colonos en los lugares donde llevan a cabo sus labores de promoción durante seis meses, En este tiempo se participó junto a la comunidad en labores como: Reforestación, visitas a parques ecológicos, desayunadores, casas de salud, actividades manuales con discapacitados y ancianos etc., junto con los promotores se concientizó el contenido de los problemas psicosociales que sufre la comunidad.

En la tercera fase se contactó a los promotores comunitarios de las organizaciones en el lugar donde llevan a cabo sus diferentes proyectos.

En la cuarta fase se formularon y programaron talleres, basados en las necesidades psicosociales de la comunidad, y se les aplicó, en los diferentes lugares donde llevan a cabo sus labores de promoción:

- a) El instrumento que midió las áreas de propensión a enfermedades
- b) El instrumento que mide el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal de cada sujeto (El síndrome del Burnout).
- c) El instrumento que mide el tipo de personalidad como recurso de afrontamiento al estrés.

Estos instrumentos al mismo tiempo que dieron información al encuestado para la toma de conciencia sobre sus áreas de riesgo a las enfermedades y estilo de vida, también sirvió para los cumplir con los objetivos de esta investigación.

CAPITULO 7

RESULTADOS Y ANALISIS

Análisis de las variables de la investigación y de las frecuencias obtenidas en la dimensión de Realización personal en el Inventario de Burnout que se les aplicó a los Promotores Comunitarios de la Sierra de Santa Catarina.

TABLAS DE RESULTADOS DE REALIZACIÓN PERSONAL

Cuadro 1

VARIABLES:		SEXO		ESTADO CIVIL				NIVEL DE ESTUDIOS						ANTIGÜEDAD						
		F	M	SOL.	CAS.	DIV.	UN.L.	PRI	PRI/CUR	SEC.	SEC/CUR	PRE/CUR	LIC.	-1	1	2	3	4	5	6
REALIZACIÓN PERSONAL																				
	BAJO	2	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	MEDIO	15	4	3	13	2	1	2	4	3	9	1	0	2	3	2	4	5	1	1
	ALTO	2	2	2	2	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1

VARIABLES:		EDAD						PROYECTO													
		7 a 10	15 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	CENTRO PROM. HUMANA				U. DE COLONOS				UMI		SOP		COCOMI		
REALIZACION PERSONAL							TF	A C/N	DIS	SAL	ECO	EMP.	ALIMENT.	EDU	ABASTO	SALUD	ABASTO				
	BAJO	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
	MEDIO	1	4	3	8	2	1	2	2	2	1	3	1	4	1	2	0	0	0		
	ALTO	0	2	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0		

En los resultados obtenidos con el Inventario de burnout, Independientemente del **sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, antigüedad y proyecto en el que participan, los promotores comunitarios de la Sierra de Santa Catarina**, no manifiestan frecuencias importantes que indiquen Despersonalización y Cansancio Emocional. La mayoría de ellos no lo presentan, sólo las personas solteras de 15 a 25 y de 36 a 45 años, con grado de escolaridad primaria c/ curso, secundaria, preparatoria c/curso, con 5 y 6 años de antigüedad en su respectivo proyecto, obtuvieron un **CE Medio** pero en frecuencia poco significativa. Es por esta causa que se omiten las tablas de resultados de estas dos dimensiones.

Únicamente en la dimensión de realización personal, los resultados obtenidos muestran relevancia.

Las frecuencias indican que el **sexo masculino** tiene una **realización personal más alta que el sexo femenino**. La realización personal más alta se encuentra en los solteros de 26-35 años con grado de escolaridad preparatoria con curso y secundaria que han colaborado en sus respectivos proyectos, seis años, pertenecen a los proyectos de Ecología (UC) y el Proyecto de Salud (SOPENA)

La **realización personal más baja** se encontró en las personas de **sexo femenino**, casados de 46-55 años con grado de escolaridad primaria que han colaborado en sus proyectos de 7-10 años respectivamente, pertenecen a los proyectos Techos Fraternos (CPH) y el de Abasto (COCOMI)

Análisis de las variables de la investigación y de las frecuencias obtenidas con el tercer instrumento de medición que se les aplicó a los Promotores Comunitarios de la Sierra de Santa Catarina para medir su control del estrés(afrontamiento), según su estilo de vida, todo en relación al comportamiento de la personalidad tipo A.

TABLAS DE RESULTADOS DEL TIPO DE AFRONTAMIENTO

Cuadro 2

VARIABLES: SEXO				ESTADO CIVIL				C.PROM.H.				PROYECTO				UMI				OBRA. SOP.		COCOMI
												UNION DE COLONOS										
AFRONTAMIENTO		F	M	SOLTE RO	CASADO	VIUDO	U. LIBRE	TECHOS FRAT.	A C/N UNA FAMILIA.	DISC.	SALUD	ECOLO GIA	EMPREND.	ALIMENT.	EDUCAC.	ABASTO	SALUD	ABASTO				
A1		1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
A2		14	5	3	14	2	0	2	1	2	1	3	2	1	2	1	3	1	1			
AB		4	1	2	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0			

VARIABLES:		EDAD				NIVEL DE ESTUDIOS				ANTIGÜEDAD									
		15 a 25		26 a 35		36 a 45		46 a 55		56 a 65		66 a 75		76 a 85		86 a 95		96 a 105	
AFRONTAMIENTO		15 a 25		26 a 35		36 a 45		46 a 55		56 a 65		66 a 75		76 a 85		86 a 95		96 a 105	
A1		0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A2		3	4	7	5	3	3	3	3	5	6	1	1	3	3	5	1	1	2
AB		3	1	0	1	0	0	0	0	1	3	1	0	0	2	1	1	0	0

Los promotores Comunitarios de San Miguel Teotongo, independientemente del sexo, edad, nivel de estudios, antigüedad en el proyecto y del tipo de proyecto en el que participen **tienen recurso de afrontamiento A2, la mayoría son casados.**

Únicamente los promotores entre los 15 y 25 años, con grado de escolaridad preparatoria con curso, solteros, con 2 años de antigüedad, tienen una frecuencia significativa del recurso de afrontamiento AB.

Análisis de las frecuencias obtenidas en la dimensión de Realización Personal en el Inventario de Burnout y el recurso de afrontamiento del estrés en relación con el comportamiento tipo A en los Promotores Comunitarios de la Sierra de Santa Catarina

BURNOUT Y AFRONTAMIENTO

Cuadro 3

AFRONTAMIENTO		TIPO A1	TIPO A2	TIPO AB
REALIZACION PERSONAL	BURNOUT			
	Bajo	0	2	0
	Medio	1	13	5
	Alto	0	4	0

Sólo los promotores con el **recurso de afrontamiento de personalidad A2** tienen una frecuencia significativa de Realización Personal en los tres niveles bajo, medio y alto. Prevalece la **realización personal media** en los tres tipos de personalidad para afrontar el estrés.

Análisis de las frecuencias obtenidas en la dimensión de Realización Personal en el Inventario de Burnout y del instrumento que midió las Áreas de Riesgo para la Salud (al cáncer y a las enfermedades crónicas) de los Promotores Comunitarios de la Sierra de santa Catarina.

BURNOUT Y AREA DE RIESGOS PARA LA SALUD

Cuadro 4

ÁREAS DE RIESGO PARA LA SALUD				CONDICION FISICA		HISTORIA FAMILIAR		AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO		HABITOS ALIMENTICIOS		CONSUMO DE ALCOHOL			
REALIZACION PERSONAL	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA
BAJA	1	1	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	1	1
MEDIA	2	12	5	2	5	12	6	12	1	0	9	10	0	2	17
ALTA	1	1	2	0	1	3	2	2	0	1	2	1	0	0	4

ÁREAS DE RIESGO PARA LA SALUD			ACCIDENTES			VALORES INTELECTUALES Y ESPIRITUALES			ESTRÉS Y APOYO SOCIAL			MEDIO AMBIENTE			SEXUALIDAD			
REALIZACION PERSONAL	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA
BAJA	0	1	1	0	0	2	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	0	2
MEDIA	0	9	10	0	7	12	0	9	10	0	16	3	0	4	15			
ALTA	0	2	2	1	2	1	0	3	1	1	2	1	0	1	3			

El área de cuidado y auto cuidado médico es la zona más propensa de riesgo para la salud en los promotores con RPM

El área de condición física es la más propensa de riesgo para la salud en los promotores con RP Baja y RP Alta

El área menos propensa de riesgo para la salud de los promotores con RPB se encontró en las áreas de valores, A. intelectual y espiritual, y sexualidad.

Los promotores con RPA, están menos propensos a tener riesgos para su salud en el área de consumo de alcohol, tabaco y drogas.

El área de consumo alcohol y tabaco es la zona menos propensa de riesgo para la salud de los promotores con RPM

Es en el área de medio ambiente donde se encuentra las frecuencias más altas de promotores con RP media.

Análisis de las frecuencias obtenidas en las áreas de riesgo para la salud(al cáncer y a las enfermedades crónicas) y el recurso de afrontamiento del estrés en relación al comportamiento tipoA de los Promotores Comunitarios de la Sierra de Santa Catarina.

AREA DE RIESGO Y AFRONTAMIENTO

Cuadro 5

AREAS DE RIESGO PARA LA SALUD				CONDICIÓN FÍSICA			HISTORIA FAMILIAR			AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO			HABITOS ALIMENTICIOS			CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS		
AFRONTAMIENTO	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA			
TIPO A1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1			
TIPO A2	4	10	5	2	6	11	6	12	1	1	9	9	0	3	16			
TIPO AB	0	4	1	0	1	4	2	3	0	0	3	2	0	0	5			

AREAS DE RIESGO PARA LA SALUD				ACCIDENTES			VALORES A. INTELEC. Y ESPIRITUAL			ESTRES Y APOYO ESPIRITUAL Y SOCIAL			MEDIO AMBIENTE			SEXUALIDAD		
AFRONTAMIENTO	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA	ALTA	MED.	BAJA			
TIPO A1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1			
TIPO A2	0	8	11	1	7	11	0	12	7	1	15	3	0	4	15			
TIPO AB	0	3	2	0	2	3	0	1	4	0	4	1	0	0	5			

Los promotores con recurso de afrontamiento, de personalidad tipo A1, no tienen alto riesgo de propensión a las enfermedades en ninguna de las diez áreas, pero son propensos en forma media en las áreas siguientes: Historia Familiar, Autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, accidentes, estrés, apoyo social y medio ambiente.

Las zonas de riesgo con una **baja propensión a enfermedades** en los promotores con **personalidad tipo A1**, fueron: **Condición Física, valores A. intelectual y espiritual, consumo de alcohol, tabaco y droga; y sexualidad.**

Los promotores con recurso de afrontamiento de **personalidad tipo A2**, están **más propensos a adquirir enfermedades en el área de cuidado y auto cuidado médico, y menos propensos en el área de consumo de alcohol, tabaco y drogas.**

Es en el área de medio ambiente donde se concentran las frecuencias más altas de personas con recurso de afrontamiento tipo A2

En los promotores con el recurso de afrontamiento de personalidad AB, la zona de riesgo más propenso a adquirir enfermedades es auto cuidado y cuidado médico.

Las zonas de menor riesgo para la salud de los promotores con la categoría AB son, consumo de alcohol, tabaco y drogas, y sexualidad.

Análisis de las frecuencias obtenidas en las Áreas de Riesgo para la Salud(al cáncer y a las enfermedades crónicas) y de la variable Tipo de Proyecto de los Promotores de la Sierra de Santa Catarina

AREAS DE RIESGO Y PROYECTO (1 DE 2).

Cuadro 6

PROYECTO	AREAS DE RIESGO PARA LA SALUD			CONDICION FISICA			HISTORIA FAMILIAR			AUTOCUIDADO Y CUADADO MEDICO			HABITOS ALIMENTICIOS			CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS		
	TECHOS FRATERNOS			ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA
	A CADA NIÑO UNA FAMILIA DISCAPACITADOS			0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	2
CENTRO DE PROMOCION HUMANA				0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	1	1
UNION DE COLONOS DE SAN MIGUEL TEOTONGO				1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1
	SALUD			1	0	1	1	1	0	0	2	0	0	1	1	0	1	1
	ECOLOGIA			1	0	2	0	0	3	1	2	0	0	1	2	0	0	2
	EMPRENDEDORES			0	2	1	0	2	1	0	3	0	0	2	1	0	0	3
	ALIMENTACIÓN			0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	3
UMI	EDUCACIÓN			0	4	1	0	2	3	2	3	0	0	3	2	0	0	1
	ABASTO			0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	5
OBRA SOPEÑA	SALUD			0	1	2	1	0	2	1	2	0	1	0	2	0	0	1
	ABASTO			1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0	0	3
COCOMI				1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0

AREAS DE RIESGO Y PROYECTO (2 DE 2).

Cuadro 6

PROYECTO	AREAS DE RIESGO PARA LA SALUD			ACCIDENTES			VALORES A. INTELEC. Y ESPIRITUALES			ESTRÉS Y APOYO SOCIAL			MEDIO AMBIENTE			SEXUALIDAD			
	TECHOS FRATERNOS	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA
CENTRO DE PROMOCION HUMANA	A CADA NIÑO UNA FAMILIA	0	1	1	0	1	1	0	2	0	2	0	0	1	1	0	0	1	2
	DISCAPACITADOS	0	1	1	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	1
UNION DE COLONOS DE SAN MIGUEL TEOTONGO	SALUD	0	2	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	2
	ECOLOGIA	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	2	1	0	1	2
	EMPRENDEDORES	0	2	1	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	3	0	0	0	3
	ALIMENTACION	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
UMI	EDUCACIÓN	0	2	3	0	1	4	0	2	3	0	4	1	0	4	1	0	0	5
	ABASTO	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1
OBRA SOPEÑA	SALUD	0	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1
COCOMI	ABASTO	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	2	1	1

En los proyectos del Centro de Promoción Humana, las áreas **más** propensas de riesgos para la salud son: Auto cuidado y cuidado médico y condición física, las **menos** propensas son: Consumo de alcohol tabaco y drogas, valores intelectuales y espirituales y sexualidad.

En los proyectos de la Unión de Colonos de San Miguel Teotongo, la condición física, el cuidado y auto cuidado médico y la historia familiar, son las áreas de **mayor** riesgo para adquirir enfermedades. Las áreas **menos** propensas son: Sexualidad, y consumo de alcohol tabaco y drogas.

En los proyectos de la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan, las áreas con **mayor** riesgo para adquirir enfermedades son: Cuidado y auto cuidado médico, condición física y hábitos alimenticios, y las de **menor** riesgo son: consumo de alcohol, tabaco y drogas y sexualidad.

El proyecto de Salud de la Obra Sopeña y el de la Coordinadora Comunitaria Miravalle tuvieron resultados similares.

De las frecuencias obtenidas en las **áreas de riesgo para la salud y las otras variables** utilizadas en la investigación se puede describir lo siguiente:

En el área de Condición Física los promotores de sexo femenino (F) tienen una propensión media de riesgo para su salud, en los del sexo masculino(M) la propensión es baja, las demás áreas tienen resultados similares, las frecuencias indican que la propensión de riesgo para la salud de los promotores es media con tendencia a baja o baja con tendencia a media.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Independientemente del sexo, edad, estado civil, antigüedad, nivel de estudios, organización y tipo de proyecto en que participen, los Promotores Comunitarios de la Sierra de Santa Catarina no manifiestan índices significativos de Cansancio emocional ni Despersonalización.

Únicamente en la dimensión de Realización Personal, los promotores presentaron frecuencias relevantes

a) Los promotores con RP baja son los que:

- * Pertenecen al sexo femenino
- * Han colaborado en sus proyectos, 7-10 años.
- * Tienen grado de educación primaria
- * Oscilan entre las 46 y 55 años de edad
- * Son casados
- * Están más propensos a adquirir enfermedades en las áreas de condición física y Auto cuidado y cuidado médico, son menos propensos en el área de valores. A. intelectual y Espiritual, y Sexualidad
- * Cuentan con el recurso de afrontamiento de personalidad tipo A2

* Se encuentran en los proyectos: Techos Fraternos del Centro de Promoción Humana y el de Abasto de la Coordinadora Comunitaria Miravalle (COCOMI)

b) Los promotores con RP alta son los que:

- * Pertenecen al sexo masculino
- * Han colaborado en su proyecto durante 6 años.
- * Tienen grado de educación secundaria y preparatoria con curso
- * oscilan entre los 26 y 35 años de edad
- * Son solteros
- * Cuentan con el recurso de afrontamiento de personalidad A2
- * Están más propensos a adquirir enfermedades en las áreas de condición física y Cuidado y auto cuidado medico, son menos propensos en el área de consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- * Los promotores con la RP más alta se encuentran en el Proyecto de Ecología perteneciente a la Unión de Colonos, y en el proyecto de Salud de la Obra Sopeña.

CONCLUSIONES

El proceso de urbanización en México ha modificado no sólo el modo, estilo y calidad de vida de sus habitantes, sino también ha transformado las distintas formas de relaciones interpersonales, así como las estancias en donde estas se recrean .

De tal modo que junto con el desarrollo urbano, se generan también una serie de carencias que desenvocan en la creación de grandes cinturones de miseria, habitados por los “marginados”, no sólo del sector económico sino de toda clase de seguridad social. Así entonces, en este tipo de sectores se agravan su estado de salud, dadas las condiciones antihigiénicas y precarias en las que viven y las formas de supervivencia económica ante la falta de empleo y por consecuencia de un ingreso estable.

La salud y la enfermedad hoy en día han adquirido una nueva concepción que nos lleva más allá de un simple juego de ideas, de modo que actualmente al hablar de salud ya no es algo exclusivo del campo de la medicina, pues ahora está incluida la psicología de la salud y la psicología social. Ambas han aportado una nueva perspectiva para que tanto la salud como la enfermedad se aborden de una manera integral.

Dada la problemática social que conlleva el agravamiento del estado de salud de la población, es imperante la intervención en situaciones como la baja calidad de vida de los promotores comunitarios, ya que son los primeros que deben enfrentar este tipo de problemática dada la condición de liderazgo que representan

El concepto de Promoción Social tiene varias características; algunas le otorgan la finalidad del Desarrollo a través del mejoramiento del funcionamiento de la sociedad y de las relaciones sociales para satisfacer las necesidades sociales a nivel individual, grupal o social; es decir, consiste en otorgar servicios para resolver problemas de

índole social (ONU 1971), otros autores establecen como característica fundamental la organización y la movilización social, utilizando como medio la organización comunitaria (INDECO 1996).

Algunas definiciones le incorporan un carácter educativo y de capacitación, pretende la partición popular organizada y comprometida para el logro de un proyecto (Diego Palma, 1978).

A partir de las características antes mencionadas se puede definir la promoción Social como el área de intervención del trabajo social que tiene como objetivo el desarrollo desde una perspectiva global e integral para responder a las necesidades y demandas prioritarias a través de procesos de organización y movilización social (Galeana de la O, 1994).

La acción promocional en la Sierra de Santa Catarina (SSC), se identifica con el Modelo de Intervención de la Realidad de Boris Lima (1986), el objeto de estudio de este modelo es la acción social del hombre, cuya finalidad consiste en que el individuo deje de ser un receptor para convertirse en el sujeto de su propia liberación, es decir el sujeto es el principal actor del cambio de su realidad (Capítulo 3). Las instancias que promueven la organización y participación de la población de la población de la Sierra de Santa Catarina en la resolución de sus necesidades básica y en la gestión de servicios sociales son las Organizaciones no gubernamentales (Instituciones de Asistencia Privada, Asociaciones Civiles y Organizaciones Populares).

El surgimiento de estas organizaciones sociales, políticas y religiosas se ubica en la década de los setenta y ochenta a partir de la crisis global que sufrió la sociedad mexicana debido a los acelerados procesos de industrialización (DECA - Equipo Pueblo, 1996)

Destaca el caso de la Unión de Colones de San Miguel Teotongo que impulsa proyectos tales como Casas de Salud con medicina alternativa (alópata y herbolaria), de Alimentación (desayunos comunitarios) Parques Ecológicos y Emprendedores de pequeñas empresas locales, también en la gestión de servicios como son, escuelas, mercados y centros de salud.

Existen otras organizaciones populares como la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan AC (UMI), la Organización Coordinadora Comunitaria Miravalle (COCOMI), la Obra Social y cultural Sopena (OSCUS) que impulsan diversos proyectos de alimentación, educación, salud y abasto. También destacan los proyectos del Grupo de Promoción Humana (GPH) que coordina la Parroquia de Corpus Christi en el centro de San Miguel Teotongo. Dichos proyectos tienen prioridad por los sectores de la sociedad más desprotegidos como son, los niños y los ancianos; Proyectos como Techos Fraternos, A cada niño una familia, El Centro Social, Servicio Médico y Abasto Popular pretenden ayudar a la población en extremas condiciones de pobreza.

Dichas organizaciones cuentan con promotores comunitarios que intervienen en los proyectos de autodesarrollo integral en las comunidades. El rol que desempeñan los expone a la constante relación con la comunidad, la cual les genera estrés psicosocial es decir, tensión del sujeto en relación con el ambiente; las constantes demandas de las personas a las que dan servicio originan el desgaste psicológico y emocional en ellos el cual origina el distrés que conduce a una mayor probabilidad de enfermar (Instituto de Salud de Guatemala, 1999).

Varios autores entre ellos Robert Karasek se centró en estudiar las relaciones entre algunos de los factores psicosociales asociados a comportamientos saludables y no saludables, partiendo de la relación hombre-trabajo. Este modelo fue aplicado por otros autores, entre ellos Jhon Hopkins de Maryland quién lo aplicó a profesionales asistenciales, en particular a médicos (Hernández Román J. 1998).

Las profesiones asistenciales tienen la tendencia a desarrollar un síndrome el cual ha sido llamado "el síndrome del burnout (quemado)". Cristina Maslach define la quemazón como un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes. El burnout es un estadio final de intentos fracasados para manejar el estrés, es una forma de afrontamiento y autoprotección frente al estrés (Maslach,1999). El estrés negativo o distrés, está muy relacionado con la capacidad del sujeto, como personalidad para enfrentar y resolver las distintas situaciones que personalmente le afectan. La personalidad se relaciona con la forma de los individuos para enfrentar el estrés, es un elemento mediador entre el entorno y la salud La personalidad se relaciona con la forma del individuo para enfrentar el estrés

Ha habido varias formas de clasificar la personalidad: El tipo A y B (Meyer Friedman y Ray Rosenman (1974), ellos investigaron la conexión entre comportamientos y enfermedades del corazón, Eysenck en 1994 realizó otras investigaciones del papel de la personalidad en los cánceres y cardiopatías isquémicas, otras investigaciones más recientes de cómo influye la mente en el cuerpo las ha realizado en la Universidad de Ohaio el psicólogo Norman Rothermich (1998), está relacionada específicamente con la predisposición de adquirir artritis reumatoide.

Basado en la teoría anterior se llegó en esta investigación a los siguientes resultados :

Existen elementos psicológicos que van a determinar el carácter positivo o negativo que para el organismo tiene la tensión experimentada por el sujeto en el sistema interno o externo que determina la tensión y las posibilidades de expresión.

Para que exista, el Síndrome del Burnout, según Cristina Maslach (1982), debe existir el agotamiento emocional, un alto grado de despersonalización y una reducida realización personal.

En los promotores comunitarios de San Miguel Teotongo, Miravalle e Ixtlahuacan, **no se ha desarrollado el síndrome del Burnout** aunque sus labores sean propias trabajadores asistenciales.

Independientemente del tipo de personalidad de afrontamiento, del proyecto en el que participan, del grado de educación, sexo, estado civil, edad, y antigüedad en el proyecto, **las áreas de riesgo más propensas** en los promotores para adquirir enfermedades son:

- 1) Auto cuidado y cuidado médico
- 2) Condición física
- 3) Historia familiar
- 4) Hábitos alimenticios

Las áreas de riesgo **menos propensas** en los promotores para adquirir enfermedades son:

- 1) Consumo de alcohol, tabaco y Drogas
- 2) Sexualidad

El área de riesgo con mediana propensión a enfermedades, que concentra el más alto índice de promotores es el área de medio ambiente.

Los promotores comunitarios independientemente de la edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, antigüedad y proyecto en que participan, cuentan en su mayoría con el **recurso de afrontamiento con personalidad tipo A2**.

Este tipo de afrontamiento al estrés los hace tener un riesgo no tan alto pero con propensión a adquirir enfermedades cardíacas.

* **Si existe el estrés Psicosocial** en los promotores comunitarios de la Sierra de Santa Catarina **pero no han desarrollado el síndrome del burnout.**

*Los resultados indican que Los Promotores Comunitarios de la Sierra de Santa Catarina **no tienen un alto grado de realización personal**, con la labor que desempeñan.

* Entre las **áreas de riesgo más propensas a enfermedades en los promotores**, se encuentran: **Cuidado y Cuidado médico, Condición física, historia familiar, y hábitos alimenticios.** Las frecuencias indican que, además del tipo de personalidad de afrontamiento al estrés que la mayoría de los promotores tiene, y los hace propensos a adquirir enfermedades cardíacas, tienen también otras áreas de riesgo para desarrollar otro tipo de enfermedades como: El cáncer y otras enfermedades crónicas como, glaucoma, asma, diarreas etc.

***Los promotores Comunitarios** de la Sierra de Santa Catarina **no están menos propensos** a adquirir enfermedades si utilizan sus rasgos de personalidad para afrontar mejor el estrés, pues las frecuencias indican que no todas las formas de afrontamiento son positivas para que el individuo haga frente al estrés negativo, como en este caso, que junto con otros factores del medio los hace propensos a desarrollar diversas enfermedades.

Bibliografía

Barrere, J.J.(1992) **"Salud y Enfermedad"** En: Psicología social I, Plaza & Janes, editores, S.A.

Becoña, E. y Cols (1995) **"Estado actual y perspectiva de Psicología de la Salud"** En: Revista Psicológica Contemporánea #3 Vol.2 edit. Manual Moderno.

Carta de Ottawa, para la promoción de la salud (1986), Ottawa, Canadá (OMS).

Carranza, A.M. (1993) **Psicología Social Comunitaria**. En Revista de Psicología, # 1 UAS, México.

Carranza, A.M. y Almeida, A.E. (1995), **"La Investigación Participativa: Una concepción Metodológica para la Psicología Comunitaria"**. En Almeida E. Y Cols.

Psicología Social Comunitaria. México: BUAP- UADY

Carranza, A.M. y Cols (1991) **Psicología Social y Organización Popular**. En: Revista de Psicología # 5, y 6 Septiembre - Diciembre UAS Culiacán México.

CIDRU-CREFAL, "El perfil del promotor", México, 1985.

C. Maslach y S.E. Jackson, **Inventario "Burnout" de Maslach**, Ed. TEA, Madrid,1997.

DECA- Equipo Pueblo, **La sierra de Santa Catarina**, Ed. Equipo pueblo, México, 1996.

Documento **Unidos por una Vida Digna**, Parroquia de Corpus Christi, 1996)

Estrés y Coping, 1993

Eysenck Jurgen H. **Tabaco, Personalidad y Estrés**, 1994.

Flores, H.E. **"El Proyecto de salud de San Miguel Teotongo"**, Tesis de maestría en Antropología Social, México, 1998.

Galeana de la o. Silvia, **Modelos de Promoción Social en el D.F.** Ed. UNAM, México, 1993.

García-Viniegras Carmen R. **"Estrés"**, de. Ciencias Medicas, La Habana, Cuba, 1992.

La intervención psicosocial en política social y servicios sociales. Madrid, PRODHUFI

González Rey, F. **"Personalidad, salud y modo de vida"**, Habana, Cuba, 1992.

Grau Abalo Jorge A. **"El Entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en el equipo de cuidados paliativos"**, Cuadernos de Psicología de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Psicología, México, 1995.

Grau J. (1994) **Personalidad y Enfermedad: Un nuevo enfoque en la investigación de distintos enfermos.** La Habana, mecanograma.

Eysenck Jurgen H. **Tabaco, Personalidad y Estrés**, 1994.

Hernández Roman J. **Factores Psicosociales y Estrés**, IMIP, Cuba, 1998

Hernández, Sampieri R., Fernández **Metodología de la Investigación**, México Ed. Mc Graw - Hill. Collado C., Baptista Lucio P. (1997)

José Carlos Escobar H. **Tabaco, Personalidad y Estrés**, Editorial Harla, Traducción al Español, México, 1993.

Lazarus **"Estrés y procesos cognitivos"**, Ed. Trillas,

Medina, M.J. (1992), **Atención en salud a nivel comunitario**. En: **Salud comunitaria una experiencia de diez años en áreas urbanas marginadas**. Edit. Fundación Santa Fe, de Bogotá.

Nutbeam, Don. **"Glosario de Promoción de la salud"**, Promoción de la salud: una antología. Ed. OPS- México, 1996.

Parroquia de Corpus Christi, **Documento Unidos por una Vida Digna**, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, D.F. México, (1998).

Rodríguez Marín J. Di Nicola p. (1994) **Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud**. En Donati P. Manual de Sociología de la salud. Madrid, Díaz de Santos.

Rodríguez Marín J. **"Psicología Social de la Salud"** Ed. Síntesis, España, 1995.

Sáez de Nanclares M **"La disputa por lo público"** Ed. DECA Equipo Pueblo A.C. México, 1997.

Sánchez Vidal A.- (1991) **Psicología Comunitaria. Bases** conceptuales y métodos de intervención, Barcelona PPU 257-273

Solís, B.M.S. y Meza H. (1991) **"El concepto de salud entre el individualismo y la comunidad social. En: Salud comunitaria**, Edit. UIA

Internet **"Promoción y Protección de la Salud en Guatemala**, marzo de 1999.

Internet **"Salud y Medicina"** Cuba, octubre de 1996.

Referencias

Rodríguez Marín Jesús (1995), **Psicología Social de la Salud**, Madrid Editorial Síntesis, Cap.1 pag.25

Becoña, E. y Cols, **"Estado Actual y Perspectiva de la Psicología de la Salud"**, en Revista Psicológica Contemporanea No. 3, Vol. II, edit. Manual Moderno, España, 1991, p.109

Latorre, Postigo, José Miguel, **"Psicología de la Salud"**, edit. Lumen, Buenos Aires, 1994,p 20

Nutbeam, Son **"Glosario de Promoción de la Salud"** En: Promoción de la Salud: una antología. Edit. OPS- México, 1996

ONU, **Formación para la Promoción Social** Nueva York, U.S.A.1971.p.4

Idem.p4

INDECO, **"Un camino al desarrollo: La estructura social"**, Manual de Promoción Social, México 1996,p.11

Palma, Diego, **la Promoción Social de los sectores Populares**, Edit. Humanitas - CELATS. Buenos Aires Argentina, 1978 p.45

Terán Trillo, Margarita **"Perfil Profesional del Trabajador Social en la Promoción Social"** Revista de Trabajo Social, México, ENT, 1989 p.16 Palma, Diego op. Cit. P.36

Gallardo Clark Angélica, **Metodología para el Trabajo social**: Teoría práctica. Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 1972 p. 41

Boris Lima A. **Contribución a la Epistemología del Trabajo Social**, Edit. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 3ra. Edición, 1986, p. 148

Ferreira, Javier, et.al. **El movimiento Urbano Popular del Valle de México**. Cuaderno de Dinámica Habitacional, México. P.3

Castells, Manuel, **Crisis Urbana y Cambio Social**, Edit. XXI p. 150

"Organizaciones no Gubernamentales", Simposio Palma de Mallorca, Edith. Popular, Madrid, España, 1989,p. 212

González Rey, **Personalidad, de. El pueblo y educación**, Habana, 1982, Pág.57

Sanguinetti Vargas Yolanda, CENAPRO, **Asociación Mexicana de Educación de Adultos, A.C.México**, (1980) p.1-4

Silveira, Victor E. **"La investigación Participativa; algunas consideraciones sobre su aplicación a nivel local"**, CREFAL, México (1983) p.7.

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____

otro _____

Algunos cursos universitarios Licenciado otros _____

Antigüedad en el proyecto _____

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

- 1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo _____
- 2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo _____
- 3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo _____
- 4.- Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas _____
- 5.- Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales _____
- 6.- Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo _____
- 7.- Trato muy eficazmente los problemas de las personas _____
- 8.- Me siento "quemado" por mi trabajo _____
- 9.- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás _____
- 10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta actividad _____
- 11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente _____
- 12.- Me siento muy activo _____
- 13.- Me siento frustrado en mi trabajo _____
- 14.- Creo que estoy trabajando demasiado _____
- 15.- No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio _____
- 16.- Trabajar directamente con personas me produce estrés _____
- 17.- Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio _____
- 18.- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas _____
- 19.- He conseguido muchas cosas útiles en esta actividad _____
- 20.- Me siento acabado _____
- 21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma _____
- 22.- Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas. _____

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 o 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

11.	Si usted es mayor de 40 años, se ha hecho un examen de glaucoma en los últimos cuatro años?	SI	NO
12.	Si usted es mayor de 40 años, se ha hecho un examen de sangre oculta en las heces durante los dos últimos años? Si es mayor de 50: se lo ha hecho durante el último año?	SI	NO
13.	Si usted es mayor de 50: se ha hecho, por lo menos, un examen endoscópico del intestino grueso?	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 su 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 grasosa)?	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.	La 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.	Consume 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 entretenimientos?	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 sus 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 reirse?	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 estres?	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 algúb 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 estres 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.

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	

ANEXO 3

MODOS DE AFRONTAMIENTO

NOMBRE

NOMBRE DEL PROYECTO EN EL QUE PARTICIPA _____

SEXO _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL _____

AUTOEVALUACION

Cuestionario para el control del estrés según el estilo de vida

Cada escala de las que aparecen abajo se compone de un par de adjetivos o frases separadas por una serie de números del 1 al 7. Cada par fue elegido para representar dos tipos de comportamientos opuestos. Cada uno de nosotros pertenece a algún punto de la línea de números entre los dos extremos. Como la mayoría de nosotros no es la persona más competitiva ni la menos competitiva que conocemos, coloque una X donde usted crea que esté su lugar entre los dos extremos.

- 1.- a) No le incomoda dejar cosas temporalmente sin terminar
b) Tiene que terminar las cosas una vez que las empieza
1 2 3 4 5 6 7
- 2.- a) Tranquilo y sin apuro por causa de compromisos
b) Nunca se atrasa en sus compromisos
1 2 3 4 5 6 7
- 3.- a) No competitivo
b) Altamente competitivo
1 2 3 4 5 6 7
- 4.- a) Escucha atentamente, deja que los otros acaben de hablar
b) Se anticipa a los otros en la conversación (gesticula, interrumpe, termina las frases por los demás)
1 2 3 4 5 6 7
- 5.- a) Nunca tiene prisa, ni siquiera cuando está presionado.
b) Siempre tiene prisa
1 2 3 4 5 6 7
- 6.- a) Es capaz de esperar con tranquilidad
b) Es inquieto cuando espera
1 2 3 4 5 6 7
- 7.- a) Pachorriento
b) Siempre "a toda máquina"
1 2 3 4 5 6 7
- 8.- a) Hace una cosa por vez.
b) Intenta hacer más de una cosa al mismo tiempo, piensa en lo que va a hacer a continuación.
1 2 3 4 5 6 7
- 9.- a) Lento y medido al hablar
b) Vigoroso y convincente al hablar (gesticula mucho)
1 2 3 4 5 6 7
- 10.- a) Preocupado por satisfacer a sí mismo, no a los demás.
b) Quiere el reconocimiento de los otros por un trabajo bien hecho.
1 2 3 4 5 6 7
- 11.- a) Hace las cosas con lentitud
b) Hace todo de prisa (comer, caminar etc.)
1 2 3 4 5 6 7
- 12.- a) Sosegado
b) Impetuoso
1 2 3 4 5 6 7
- 13.- a) Expresa sus sentimientos abiertamente
b) Guarda para sí sus sentimientos
1 2 3 4 5 6 7

- 14.a) Tiene un gran número de intereses
b) Tiene pocos intereses fuera del trabajo
1 2 3 4 5 6
- 15.-a) Satisfecho consigo mismo
b) Ambicioso, quiere progresar rápidamente en el empleo.
1 2 3 4 5 6 7
- 16.-a) Nunca se fija plazos
b) Con frecuencia se fija plazos para sí mismo
1 2 3 4 5 6 7
- 17.-a) Sentido limitado de la responsabilidad
b) Siempre se siente responsable
1 2 3 4 5 6 7
- 18.-a) Nunca evalúa las cosas numéricamente
b) Muchas veces evalúa el desempeño en términos numéricos(cuanto, cuántos).
1 2 3 4 5 6 7
- 19.-a) Displicente en el trabajo
b) Toma el trabajo muy en serio(trabaja los fines de semana, se lleva el trabajo a su casa).
1 2 3 4 5 6 7
- 20.-a) No muy meticulouso.
b) Muy meticulouso
1 2 3 4 5 6 7