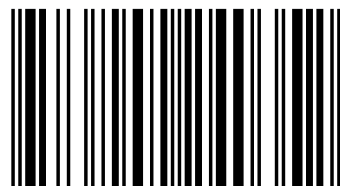


Psicología de la Salud y Trabajo Comunitario

Buen número de psicólogos labora en el sector Salud y es necesario relacionar la Psicología de la salud y Psicología comunitaria, esta obra lo aborda. Además trata acerca de la salud en el mundo y el desarrollo de la psicología de la salud, las características de la Atención Primaria de salud y su vínculo con la Psicología Comunitaria, explica el desarrollo de la psicología de la salud y trabajo comunitario en el Perú, señala los aspectos a considerar en el trabajo psicosocial comunitario en salud, los principios y técnicas de la Psicología de la salud en comunidad, la importancia de la educación para la salud, señala las bases para la evaluación de intervenciones y programas comunitarios de salud. Presenta finalmente, una panorámica de estudios e intervenciones en Psicología de la salud en el mundo. Los autores sistematizan sus primeras experiencias en Salud, Educación, Ongs, la cátedra, exposiciones y representaciones en diversos países, para brindarlas a psicólogos sociales y comunitarios, científicos de la salud en general, científicos sociales y científicos humanistas, brinda también información sobre la salud y formas de evaluarla útiles para todo profesional.

Víctor Montero: Catedrático, Magíster en Psicología, estudios de Doctorado. Premio Nacional de Psicología Social y Comunitaria. José Vallejos: Catedrático, Maestría y Doctorado en Psicología, Premio Nacional en Investigación Colegio de Psicólogos. Han laborado en Salud y Educación, Ongs, realizando diversas campañas. Expositores en diversos países.



978-620-2-24035-2

editorial académica española

Psicología de la Salud Comunitaria

Montero López, Vallejos

ead
editorial académica española



Víctor Eusebio Montero López · José Vallejos

Psicología de la Salud y Trabajo Comunitario

Relación entre Psicología de la Salud y Psicología comunitaria, Atención Primaria, Técnicas y Evaluación de intervención

Víctor Eusebio Montero López
José Vallejos

Psicología de la Salud y Trabajo Comunitario

**Víctor Eusebio Montero López
José Vallejos**

Psicología de la Salud y Trabajo Comunitario

**Relación entre Psicología de la Salud y Psicología
comunitaria, Atención Primaria, Técnicas y
Evaluación de intervención**

Editorial Académica Española

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

Editorial Académica Española

is a trademark of

International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

17 Meldrum Street, Beau Bassin 71504, Mauritius

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-2-24035-2

Copyright © Víctor Eusebio Montero López, José Vallejos

Copyright © 2018 International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

All rights reserved. Beau Bassin 2018

**VÍCTOR MONTERO LÓPEZ
JOSÉ VALLEJOS SALDARRIAGA**

**PSICOLOGÍA DE LA
SALUD Y TRABAJO
COMUNITARIO**

**Montero López Víctor
José Vallejos Saldarriaga
Psicología de la Salud y Trabajo Comunitario
p. 288**

Email: vmonterolopez@gmail.com

INDICE

Secciones	Página
- INTRODUCCIÓN	5
- CAPITULO I: PSICOLOGIA DE LA SALUD Y PSICOLOGIA COMUNITARIA	11
- CAPITULO 2 LA SALUD EN EL MUNDO	41
- CAPITULO 3: DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN EL MUNDO	55
- CAPITULO 4: ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y PSICOLOGIA COMUNITARIA	71
- CAPITULO 5: DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD Y TRABAJO COMUNITARIO EN EL PERU	93
- CAPITULO 6: ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL TRABAJO PSICOSOCIAL COMUNITARIO EN SALUD	137
- CAPITULO 7: PRINCIPIOS Y TECNICAS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD	155
- CAPITULO 8: EDUCACION PARA LA SALUD	183
- CAPITULO 9: EVALUACION DE INTERVENCIONES Y PROGRAMAS COMUNITARIOS DE SALUD.	209
-CAPITULO 10: PANORAMICA DE ESTUDIOS E INTERVENCIONES EN PSICOLOGIA DE LA SALUD EN EL MUNDO	217
- ANEXOS	250
- BIBLIOGRAFIA	283



Foto de arriba, vemos niñas de un Pueblo Joven trabajando, usando con mucha familiaridad pico y lampa, para tener áreas verdes. En la foto de abajo vemos a niños participando en una jornada laboral en su comunidad.

INTRODUCCIÓN

La presente obra refleja en muchos pasajes, la experiencia de más 16 años de trabajo de cada uno de los autores en el campo de la salud y el trabajo comunitario. Su preparación se ha dado durante todos esos años dando lugar a una sistematización secuencial y a publicaciones que han ido apareciendo progresivamente, algunas de las cuales se han expuesto en eventos nacionales e internacionales (Nueva York, Miami-EE.UU., Colombia, Chile, Argentina, Venezuela, México, Cuba, Madrid, Málaga, Sevilla, Córdoba-España, El Salvador). El trabajo final de redacción ha durado más de un año y medio.

Nuestro trabajo en los sectores de Salud y Educación nos han permitido vivenciar directamente diversos problemas psicosociales, haciendo eco de la frase: "nadie habla por ciencia sino por experiencia". Sin embargo, cuando en algún momento hacemos alguna crítica, lo hacemos con mucha serenidad y criterio.

Este esfuerzo incorpora valiosos aportes de diversos colegas a los cuales agradecemos nos informaran de sus diversas producciones. Un agradecimiento especial a Maritza Montero (Venezuela) que nos tiene siempre informados sobre los diversos avances de la Psicología Social y Comunitaria, gracias a la cual nos motivamos en incursionar en estas áreas y convertirlas en temas permanentes de investigación en nuestras vidas, su compromiso social ha sido un ejemplo para nosotros. Asimismo, un agradecimiento especial a Carmen Amelia Ríos de Coloma que nos orientó, capacitó, abrió espacios de actuación y exposición y apoyó en todo momento para desarrollar la Psicología Social, Comunitaria, Preventiva y de la Salud, una persona de gran capacidad organizativa, administrativa y gran compromiso social por prevenir problemáticas psicosociales y promover salud mental, realizando una labor digna de todo reconocimiento.

Esta obra relaciona los temas de Psicología de la Salud y Psicología Comunitaria, reuniendo información que busca contribuir especialmente al trabajo de los profesionales de la Salud y Educación. Por tanto, será de utilidad para médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, docentes y otros. Igualmente, proporciona algunas informaciones valiosas para el público en general.

No es un manual de Psicología de la Salud, pues sus contenidos no son suficientes, pues se requeriría abordar una gran cantidad de temas que sólo los enunciaremos brevemente, además la Psicología de la Salud tiene un campo específico. Quizá en algún momento podamos sistematizar algunos de los numerosos estudios existentes y nos animemos a hacer algunas publicaciones sobre el tema, además de las pequeñas contribuciones que tenemos; pero por

el momento, nos preocupa sobre todo la práctica preventiva y promocional en Salud y Educación.

Tampoco es un manual de Psicología Comunitaria, porque como aclaramos en este libro, es un error limitar la Psicología Comunitaria al campo de la Salud o a la Salud Mental Comunitaria. Mayor equívoco es confundir Psicología Clínica con Psicología de la Salud o Psicología Comunitaria. Sin embargo, ya tenemos en preparación un primer tomo de un libro sobre Psicología Comunitaria.

Apostamos por un trabajo profesional crítico, objetivo y constructivo. No estamos de acuerdo con el sobredimensionamiento de los problemas y el dogmatismo segregacionista, porque ambos distorsionan la realidad.

La sociedad no tiene por qué asumir sus excesos. Es un error dejar hacer o dejar pasar los problemas que están presentes en consumidores de drogas, suicidas, enfermos mentales, pandilleros, etc. A veces, por una supuesta libertad y democracia se afirma que no se debe intervenir y se debe dejar que ellos se expresen sin restricciones. Se culpa a la sociedad de todos estos problemas, pero se exige excesiva tolerancia y hasta hacen apología esas conductas. Por supuesto, no aceptamos se niegue los derechos de las personas, a pesar que su conducta sea anormal.

Igualmente es incorrecto poner a todos los que presentan una conducta "normal" en "un mismo saco" y exigir su exclusión, marginación, represión, limitación de sus derechos o no reconocimiento de sus valores. Muchas veces, se habla de igualdad o democracia, pero cuando estamos frente a una persona que consideramos "anormal" lo satanizamos, caemos en falacias (argumento contra el hombre, u otras), etc.

Es incorrecto negar las patologías o invalidar las versiones oficiales (como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), porque no estemos de acuerdo o afecte nuestros intereses.

Hay que diferenciar también los comportamientos y los casos. Por ejemplo, hay que diferenciar el suicidio de una muerte, como es el caso de la eutanasia, que es una cuestión muy discutible, pero diferenciada.

Creemos por ello, que es un error justificar la locura, el suicidio, etc. Por ejemplo, se ha encontrado alteraciones incluso bioquímicas en el suicida y situaciones psicosociales cambiantes que pueden determinar que una persona supuestamente normal, exitosa, etc. en algún momento se suicide; pero los problemas existen. No es cuestión de decisión personal o voluntad, menos de valentía o de ejercicio de libertad, religión, etc. Ahora, comparar acciones heroicas con el suicidio o terrorismo, es un absurdo. Cabe preguntarse ¿qué tipo de argumentos de vida se han programado psicológicamente estas personas para dar lugar ya no a un suicidio, pero sí matarse a pocos, consumiendo drogas, delinquiendo, etc.

Un error muy común es el extremismo: por un lado, invalidar lo que nos molesta, y por otro ver normalidad en todo. A veces, se exagera con fines de ganar espacios de reconocimiento de derechos, pero esto no debe llevar a negar la verdad científica.

Recordemos, es frecuente que las conductas que se asumen por snob, tienen impacto. Por ello, a veces actos "locos", "delictivos", "antisociales", "anómicos", "contestatorios", etc. pueden ser imitados y así algo que no es normal puede ser asumido como tal. Eso evidentemente no es lo moderno, sino lo que está de moda, pero no es necesariamente lo normal.

Evidentemente, hay distinta percepción cultural sobre lo que es normal o no; y lo que en una sociedad o época puede valorarse, en otras puede ser prohibido, censurado o marginado. Esto no puede llevar a cegarnos y relativizar todo incluso el incesto, la violación, abuso sexual, la drogadicción, etc.

Ahora, culpar de todo a la sociedad o a los gobiernos, no soluciona nada. Esto no excluye exigir que las sociedades y gobiernos asuman su responsabilidad y contribuyan a la prevención y los cambios.

Los profesionales de la Salud deben hacer un esfuerzo por optimizar su trabajo, no sólo por dinero, sino por su misma dignidad, progreso y realización personal y profesional. Es un gran desperdicio de tiempo y de esfuerzos que se dilate la atención a un paciente por errores mínimos como consignar mal un número de un carnet, o por demora en la búsqueda de una historia clínica, los pacientes esperan, muchas veces adoloridos.

Es necesario, evitar caer en la mecanización e inhumanización en el trabajo de atención, pues a veces el profesional sólo toma en cuenta un síntoma y no relaciona el complejo de síntomas, persona y situación. Otras veces, por abreviar tiempo, receta estereotipadamente; en otras, ni recuerda bien lo que recetó y recomendó y simplemente cambia de decisión. Debe procurarse al especialista el tiempo y condiciones necesarias para que él haga con cuidado los exámenes respectivos. Recuérdese además que la función a realizar no debe ser sólo asistencial, sino de orientación preventiva.

También acontece que el médico u otro profesional, muchas veces no conoce los problemas de todos sus pacientes (por no recordar todos los casos, por tener muchos pacientes, por verlos superficialmente, por falta de información, por no darles la debida importancia, etc.) y no les da la atención requerida, sólo dándoles mejor atención si es un caso conocido o va a obtener una ganancia secundaria.

Una actitud donde interfiere la simpatía o el afecto en la atención no es prudente, pues el profesional debe mantener en todo momento la objetividad para ser eficaz, simplemente él debe hacer lo que científicamente debe hacerse. Esto es muy diferente de establecer una relación humana auténtica, donde lo que se priorice es el buen trato al paciente, en vez de los fríos exámenes o análisis clínicos, lo cual no significa perder la objetividad. Debemos recuperar las

bondades del "médico de familia", que no olvida el contexto e historia individuales.

Es humanamente comprensible que un profesional busque obtener ingresos económicos, pero esta actitud no justifica que descuide sus obligaciones, pues esto interfiere con la ética y humanismo.

Lo básico es garantizar la mejora en la calidad de atención. Esto debe posibilitar se evite ausencias, dedicación a medias, correr de un lugar de atención a otro, etc.

Todo lo enunciado hace ver que por lo complicado y costoso de los procedimientos asistenciales, mucho más beneficioso es invertir en Salud y Educación, enfatizando lo preventivo y promocional; dándole un carácter masivo a los proyectos y programas. Se dice que en países como el nuestro, una enfermedad se lleva los ahorros y la casa de la familia del enfermo y finalmente se lleva al enfermo.

Creemos también que es necesario ir superando algunas actitudes incorrectas en algunos sectores de la población peruana que ante dolencias serias toman meros paliativos; o acuden al médico buscando encontrar el remedio, el procedimiento o el médico milagrosos. Los casos crónicos o de mayor gravedad no deben ocupar las atenciones de emergencia o de proyección a la comunidad.

Es muy común también la automedicación. Debe educarse a la población para que busque orientación médica, que sepa que tiene una lógica el uso de determinados medicamentos en las dosis, las maneras y en los tiempos señalados. A veces, el farmacéutico se convierte en el gran recetador, por ello, mientras no se supere esta situación y la población tome conciencia, debe formarse al farmacéutico para que eduque a la población.

La Universidad Peruana no debe vivir a espaldas de la realidad, debe adoptar experiencias que signifiquen avance en la docencia. A su vez, todos deben valorar debidamente lo psicológico en el tratamiento.

Quizá el avance tecnológico en comunicación, computación, multimedia, etc. contribuya a ir superando algunos de los problemas enunciados en Salud y Educación.

Un agradecimiento especial a Julio Celada y María Auxiliadora Banchs por todo su apoyo y su ejemplo que reforzó nuestro compromiso; a Pedro Ortiz, Martha Falconier de Moyano por sus enseñanzas.

Igualmente, agradecemos mucho a diversas personas con las cuales hemos trabajado intensamente en diversos espacios como Ricardo Vacca, Luis Pérez, Gaby Hernández, Luis Wong, Colegio de Psicólogos, los equipos del Ministerio de Salud, de los Hospitales Larco Herrera, Valdizán, Hideyo Noguchi, del Ministerio de Educación, del Programa Nacional de Educación Sexual y

Programas de Tutoría y Prevención Integral, de las diversas Mesas y Redes Intersectoriales donde hemos participado, las diversas ONGs donde hemos laborado y los Organismos de Cooperación Internacional con los cuales hemos trabajado en acciones conjuntas y que nos aportado en nuestra formación (OEA, OIJ, UNESCO, Unión Europea, UNFPA, ONUDD, PNUD), Parroquias de Vitarte, Santa Anita.

Finalmente, nuestro reconocimiento a nuestras esposas Mary Pichilingue y Mary Merino; nuestros hijos Nicky, Natalia y Teresa que nos alientan, acompañan permanentemente y apoyan nuestro trabajo.



Equipo del Programa Nacional de Educación Sexual del Ministerio de Educación con sus integrantes iniciales.



Equipo Nacional de Educación Sexual cuando se inició y se lanzó el Programa y Guías de Educación Sexual, con Carmen Ríos, José Vallejos, Eduardo Merino con el Ministro de Educación Dante Córdova



Víctor Montero con el Equipo de Educación Sexual de México "Planeando tu vida"

CAPITULO

1

**PSICOLOGIA DE LA SALUD Y PSICOLOGIA
COMUNITARIA**

En este capítulo mostraremos la relación entre la Psicología de la Salud y la Psicología Comunitaria, evidentemente que la Psicología Comunitaria ha enriquecido mucho a la Psicología de la Salud, y a la vez esta también ha optimizado el trabajo comunitario. Lo concreto es que necesitamos dar en nuestras comunidades el mejor servicio de salud.

**APROXIMACIONES A UNA DEFINICION DE PSICOLOGIA DE
LA SALUD Y PSICOLOGIA COMUNITARIA**

Una definición de un estudioso español, centrada en el campo de la salud y que afirma un carácter interdisciplinario, concibe a la Psicología Comunitaria como: "una ciencia de la salud aplicada en la que confluyen las distintas disciplinas básicas, médicas, psicológicas, epidemiológicas, estadísticas, etc. que fundamentan los programas de intervención para la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la educación para la salud"(1) Es posible esta sea más precisamente una definición de Psicología de la Salud

Ahora bien, los conceptos de salud y enfermedad varían según el desarrollo científico. Algunos consideran que la ciencia implica la acumulación de conocimientos o experiencias, pero como bien lo señala Cabieses, la ciencia implica una superestructura cada vez más compleja de secuencias y razonamientos(1). El avance de la ciencia sólo es posible si avanza la tecnología y viceversa. Además un producto no es posible sólo con el genio científico o artístico, sino con la aplicación de un cuerpo de conocimientos tecnológicos, adquiridos por experimentación y observación

No podemos explicar el desarrollo científico sólo como producto del desarrollo social, pues los avances científicos generan también cambios sociales. Las revoluciones científicas dan lugar también a revoluciones sociales. Algunos autores hacen una especie de apología de la guerra, al plantear que ésta es la que determina los cambios, esto implicaría que ésta es necesaria, pero hemos visto cómo la sociedad ha sufrido radicales cambios sin necesidad de llegar a nuevas conflagraciones. Además, incluso el concepto de guerra ha cambiado

1 Cf. Cabieses Fernando: Historia de la ciencia y la tecnología en el Perú. En Varios: Historia del Perú. Ed. Mejía Baca Tomo X, 3a. Edic. España, Perú 1981

totalmente. La ciencia y la tecnología, y con ellas el arte, han mostrado que cumplen un papel determinante en nuestro mundo.

El **concepto de salud** ha sufrido una evolución significativa en estas últimas décadas, de una definición simplista: "ausencia de enfermedad o invalidez", se ha pasado a un nivel utópico: "estado de completo bienestar físico, mental y social" (OMS).

La propuesta de salud ideal se asocia a un requisito: "el logro del más alto nivel posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos, además del de salud"(2)

La salud comúnmente se asocia a lo orgánico, lo normal y lo natural. Orgánico, se refiere al cuerpo que está en disposición o aptitud de vivir. Normal, es lo que se halla en estado natural. Natural, es perteneciente a la naturaleza o conforme a la calidad y propiedad de las cosas. Se asocia salud al "ser orgánico" y se ignora el aspecto psíquico y espiritual, que supuestamente no tendría nada que ver con la salud.

Sin embargo, **salud**, etimológicamente viene del latín **salvus**, de la raíz **sal** que significa **conservar, defender** y de la que derivan **salvo, sano**. Lo cual nos indica algo más que ausencia de enfermedad.

La **enfermedad** es un estado de desequilibrio en el funcionamiento del ser vivo. Este desequilibrio es algo polémico de definir.

Según (3) dice que hablar de salud implica todos los factores que pueden destruir la armonía del ser consigo mismo y con el ambiente en el que vive. De allí que salud no es ausencia de síntomas, sino es equilibrio estable, adaptación dinámica, funcionamiento efectivo. Este equilibrio ideal implica un conjunto de funciones que se pueden alterar por factores somáticos, psicológicos y sociales, modificando el total desempeño. De tal manera que no hay reacciones aisladas sino hay que tomar en cuenta la totalidad.

Así, no está sano aquel que no presenta síntomas de enfermedad. La salud significa un individuo que no está solamente libre de signos visibles de enfermedad, sino que vive en equilibrio tal consigo mismo y con su ambiente en estado de plenitud, satisfacción y felicidad. El que está sano vive sin molestias físicas o psicológicas y se halla disfrutando de un equilibrio creativo consigo mismo y con su medio ambiente.

Según la concepción de la OMS cuando estamos gozando de buena salud gozamos de : a) euforia: bienestar y alegría autosuficientes, estamos alegres por nosotros mismos sin depender de nadie; b) autimia: calma y serenidad; c) euritmia: armonía entre las funciones orgánicas.

2 Declaración de Alma Ata, Unión Soviética, sobre Atención Primaria de Salud.

3 Según Carlos A.: La salud y la circunstancia. Art. Diario El Comercio, Lima, Perú 14 setiembre 1986. Dominical pg. 7.

La salud implica la capacidad individual y colectiva del ser humano de desarrollar plenamente sus capacidades y potencialidades físicas, mentales y sociales, y de organizarse para transformar sus condiciones de existencia. A su vez, es una capacidad de responder a los cambios del medio que impiden el pleno desarrollo.

La **salud mental** se reconoce cuando se piensa, se siente, se dice, se desea y se hace el bien, si nos entusiasma nuestra existencia, estamos contentos con lo que somos, cuando desarrollamos nuestras capacidades y nuestra seguridad no depende de algo externo.

Se tiene salud social cuando se es apreciado en los lugares donde actuamos y cooperamos para el bien común, cuando los grupos de que participamos tienen intereses dignos (4).

Respecto de la **enfermedad**, la medicina llama "entidad mórbida" a cualquier desvío o perturbación de la salud. Si comprende todo el cuerpo se le llama enfermedad. Si solamente a un órgano o función se llama "afección". Pero si se trata de una fractura o quemadura se denomina "traumatismo".

Si la dolencia prolonga se llama "crónica", pero si es brusca y acentuada se denomina "aguda". Las enfermedades crónicas se agravan temporalmente una y otra vez, denominándose "crisis".

Se habla de síntomas, cuando se dan sufrimientos, perturbaciones o malestares propios de cada dolencia. Encontraremos indicaciones "etiológicas" al determinar causas, agentes y condiciones que generan la enfermedad. "Síndrome" vendría a ser a su vez, el conjunto de signos y síntomas que forman un cuadro clínico.

Morales y Azcaño (Cuba) definen salud y enfermedad como un par de elementos contradictorios en unidad dialéctica. Forman parte de un proceso continuo, móvil, que refleja el grado de adaptación a las condiciones biológicas y sociales del medio.

La salud y enfermedad, se condicionan por diversos factores: biológicos, sociales y psicológicos. Pero también, se expresan por diversos factores como los psicológicos. Concretamente, puede inferirse en el prevención, manifestación, mantenimiento y desarrollo y tratamiento del estado de salud de un individuo o de la comunidad, siempre habrá, en mayor o menor grado, factores psicológicos.

En verdad, Salud y enfermedad son elementos de un mismo proceso biológico-psicológico-social, condicionado por el desarrollo histórico y la estructura social.

Hay diferencias entre **estar enfermo** y **ser enfermo**. Se puede estar enfermo si un día se sufre una afección, pero cuando se tiene salud, si se tiene una dolencia se sufre menos y sale rápido de la crisis. Se puede no estar enfermo pero sentirse enfermo, esto último implica no gozar de euforia, eutimia y eurtimia,

4 Hemógenes: Programa de Salud: Paz, amor y salud. CEDEL Barcelona 1984

cuando no hay bienestar, cuando se depende de medicamentos, drogas, desarreglos alimentarios; si hay disturbios de sueño, digestión, respiración, circulación, en la vida sexual; si se sufre dolores; si se gasta energía en emociones o actitudes inútiles; si se depende del prestigio o poder, si no hay motivos elevados para vivir, si hay crisis de valores.

Las causas de las enfermedades pueden ser: infecciosas, parasitarias, alérgicas, metabólicas, por carencias, tóxicas, degenerativas, psicogénicas, iatrogénicas, hereditarias, congénitas.

La salud o enfermedad del humano como individuo se puede expresar de acuerdo a 3 criterios de evaluación:

1. Como sinónimo de estado fisiológico o morboso del organismo, comprendiendo estructura y funcionamiento de tejidos, órganos y sistemas.
2. Como estado subjetivo psíquico del individuo: salud sería ausencia de síntomas subjetivos, sensación de bienestar.
3. Como valoración de la interacción del organismos con su medio externo natural y social, es decir adaptación a factores climáticos y otros, bienestar en trabajo, vivienda, etc. y en general, el conjunto de relaciones sociales que se establecen entre los humanos durante su actividad común.

Durante muchos años, en Latinoamérica y especialmente en el Perú, la labor de los psicólogos en el campo de la salud, se ha centrado en el diagnóstico mediante pruebas psicométricas y proyectivas de los pacientes. Este modelo clínico se ha caracterizado por estar (5):

1. Centrado en la enfermedad y no en la salud.
2. Dirigido a una sola actividad (el diagnóstico)
3. Enfocado hacia el individuo, no al grupo ni la comunidad.
4. Asociado a una especialidad médica (Psiquiatría)
5. Enmarcado a la enfermedad "mental", expresando una dicotomía psicofísica.
6. Vinculado al trabajo hospitalario, no a la atención primaria
7. Considerado como actividad paraprofesional subordinado.

5 Cf. Morales F. y Azañero R.: El marco conceptual de la Psicología de la Salud y su relación con la Atención Primaria.

El concepto de **normalidad** también ha variado sustancialmente, debido a que este concepto ha evolucionado debido al avance de la ciencia y los cambios sociales. El criterio ESTADÍSTICO considera como elemento representativo el promedio aritmético. el criterio PRESCRIPTIVO, considera normales las formas propias de actuar de un grupo social. El criterio CLINICO, define rasgos por oposición a rasgos patológicos o psiquiátricos. Pero el concepto de normalidad FUNCIONAL, se define como el nivel óptimo de funcionamiento psicológico capaz de ser alcanzado por el sujeto; es una visión integral y responde a los avances de la ciencia. Los tres primeros criterios se muestran bastante insuficientes y el último responde a una visión contemporánea y correcta.

Respecto al concepto de **desarrollo**, Escovar lo definió como: "el proceso mediante el cual el hombre adquiere un mayor control sobre su medio ambiente".

A su vez, Fals Borda (1959,1978) señala que el **desarrollo comunal** es el producto de la acción comunal, donde la comunidad se hace cargo de sus problemas y se organiza para resolverlos, desarrollando sus propios recursos y potencialidades. Esto implica estrategias para superar obstáculos que se originan en factores económicos y políticos. Este desarrollo parte de los siguientes principios:

- **catálisis social**, presencia de un agente propulsor del desarrollo;
- **autonomía**, centralización en el grupo del inicio, control, dirección y realización del desarrollo;
- **prioridad**, jerarquización de necesidades a atacar;
- **realización**, obtención de logros concretos;
- **estímulos**, reforzamiento de cada logro alcanzado.

Hasta hace muy poco el psicólogo tenía un ámbito reducido a la **salud mental**. En nuestro país su presencia es todavía escasa en otros servicios de salud. Sin embargo, los avances de investigación psicológica en diversos campos de salud ha permitido que gane espacios de actuación. Aspectos cognitivos, motivacionales, conductuales se han puesto en relevancia. Asimismo, hoy se reconoce la importancia de la relación médico- paciente, la autopercepción del enfermo, el efecto placebo, la psicología del dolor, etc.

Paralelamente, se viene superando la concepción dualista que habla de la existencia de **enfermedades psicosomáticas**. Hoy se sabe que las enfermedades implican complejos patrones de interacción ambiental, biológica, sociales y psicológicas especialmente comportamentales. Estamos ante un modelo sistémico que se asocia con avances en diversos campos psicológicos. Esto permite la presencia del psicólogo en campos antes considerados exclusivamente físicos. Ha surgido la Medicina Conductual que coadyuva al tratamiento de múltiples problemas como los trastornos cardiovasculares, miopía, diabetes, etc. La Neuropsicología también viene dando innumerables aportes a la evaluación y rehabilitación.

Avanzar en el desarrollo de la Psicología de la Salud, implica superar las exclusiones somaticistas o psicologistas; así como concebir a la salud-enfermedad como proceso continuo.

Respecto al concepto comunidad, García y col.(Venezuela, 1994) muestran las diferentes concepciones sobre **comunidad** (6). Estos en su mayoría toman como referencia a "su propia comunidad" con énfasis en lo afectivo emocional y juicios de valor.

El concepto comunidad es empleado en todas las ciencias sociales, pero no existe precisión ni sobre lo espacial, ni la cobertura, ni su contenido. Estas acepciones aluden a: 1) unidades sociales (Pozas, 1964), 2) territorio y ciclo vital (Chinoy, 1968), instituciones, status e intereses (Kingsley, 1965), sistemas interrelacionados (Kelly, 1971), territorio, gobierno, herencia histórica e intereses comunes (Rappaport, 1980). Sánchez y Wiesenfeld (7) la conciben como: grupo de personas en un espacio específico, que interactúan socialmente; que comparten intereses, sentimientos, creencias, actitudes y poseen un grado de organización.

La Psicología Comunitaria actual, cuestiona la concepción pasiva de la comunidad y la visión estática de los grupos y organizaciones. Una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución; es un grupo preexistente al investigador, que posee su propia vida, una cierta organización y que varía en intereses y necesidades.

García y col. indican que el **sentido de comunidad** actúa como sentimiento integrador relacionado al funcionamiento y desarrollo. Muestran que la relación teórica entre sentido y concepto de comunidad es muy estrecha. ¿Podría existir una comunidad sin sentido de comunidad?. Sin embargo, la sola presencia de elementos estructurales y funcionales no garantiza el desarrollo del sentido de comunidad; éste depende de circunstancias y problemáticas comunes que la comunidad enfrenta y del significado atribuido a esas relaciones. Por ello, debe incluirse la dimensión histórica.

Otra noción básica es la de **participación**, la cual es definida en relación a: elaboración de políticas y programas (Habitat (1979), intervención en solución habitacional (Ramírez (1980), compartir poder (Balsdassari y col (1980), sistema de decisiones abierto (Castells (1982), mejora de organización y promoción de cambios (VI Plan de la Nación. Venezuela 1982). De allí que Sánchez y Wiesenfeld (8) la conciben como proceso con incorporación activa en la planificación y solución de problemas, compartiendo poder en la toma y ejecución de decisiones para el perfeccionamiento de la organización social y mejora de la calidad de vida.

6 García I., Giuliani F., Wiesenfeld E.: El lugar de la teoría en Psicología Social Comunitaria: Comunidad y sentido de comunidad. En Psicología Social Comunitaria. U.Guadalupe 1994

7 Sánchez E. y Wiesenfeld E.: Psicología Social Aplicada y Participación. Metodología General. U.C. Venezuela. Boletín de AVEPSO, diciembre 1983.

8 Sánchez E. y Wiesenfeld E.: Op. cit.

Un concepto clave es el de **prevención**. La actitud preventiva tiene plena validez para evitar la enfermedad en un individuo determinado. La higiene individual, los hábitos de vida, la vacunación tienen al individuo como sujeto de su acción. Y donde la prevención alcanza su máxima proyección es en las acciones comunitarias.

Yuste (9) plantea que la enfermedad es más que una situación, un proceso, la actitud preventiva busca la interrupción de este proceso cuanto antes, los conocimientos acerca del origen, evolución y desarrollo del proceso-enfermedad, basando la actuación en la historia natural de la enfermedad.

El conocimiento de la historia natural de la enfermedad permite a la Medicina preventiva enfrentarse con ella como un proceso susceptible de ser prevenido, interrumpido o retrasado en uno o varios puntos de su evolución.

SALUD MENTAL COMUNITARIA.- Presume que el sistema social en sí, está bien. Parte de la premisa que los problemas sociales existen porque las instituciones sociales existentes fallan en su proceso socializador y no logran integrar a algunos que se convierten en marginados (Rappaport, 1977). La solución es aumentar la capacidad socializadora de las instituciones.

La intervención social implicaría 4 pasos: 1) identificar un problema, 2) estudiar a los afectados, 3) se definen las diferencias y déficits como las causas del problema, 4) se desarrolla un programa de intervención para cambiar a los afectados (Ryan, 1971: "culpar a la víctima").

De allí, que se considere a la gente pobre con tendencia a ser apática, de pobre motivación e iniciativa, promiscua, etc. Así los síntomas de la pobreza aparecen como causas.

Existirían dentro de la Psicología Comunitaria dos dimensiones: 1) el nivel de análisis: a) individual y b) social.
2) la perspectiva de intervención: con un enfoque a) de las debilidades o déficits, b) de las potencialidades.

En el enfoque de las debilidades: a nivel individual, está la Psicología clínica, el conductismo, psicoterapias afines. En el nivel social, la salud mental comunitaria.

En el enfoque de las potencialidades: a nivel individual, la orientación vocacional. A nivel social, la psicología comunitaria y/o psicología social para el desarrollo.

PSICOLOGIA COMUNITARIA

Su paradigma es que los problemas sociales se deben, fundamentalmente, a la falta de acceso de algunos grupos sociales a los recursos materiales y

9 Yuste Grijalbe: Ensayos sobre medicina preventiva y social.E. Akal. Madrid, 1976

psicológicos de la sociedad (Rappaport, 1977). La solución no se da con la eliminación de déficits, sino en base a la ampliación de los recursos potenciales de la comunidad.

Para precisar su definición, es necesario superar su carácter paternalista. Tampoco es una psicología exclusivamente aplicada al campo de la salud mental comunitaria, cuyo fundamento supone una falla de las instituciones en las cuales el Estado delega la socialización (Iscoe y Spielberger, 1970; Murrel, 1973; Escovar, 1979; Rappaport, 1977). La Psicología Comunitaria tampoco se reduce al asesoramiento de comunidades o a la tecnología social, aunque las incluye.

En 1966 por primera vez se emplea el término Psicología Comunitaria por Bennet y Cols (10) en la obra "Community Psychology: A report of the Boston Conference on the Education of Psychologists for Community Mental Health. Ello es consecuencia de la Conferencia en Swampscott, Massachusetts en 1965.

Luego, diversos autores norteamericanos se plantean definir una Psicología Comunitaria, como Scribner (1968), Newbrough (1970), Lehmann (1971), Murrel (1973). Debido a sus nexos con el movimiento pro salud mental en la comunidad y con la política de guerra a la pobreza, se la plantean como una Psicología Aplicada (Murrel, 1973); en cambio otros la conciben como una nueva rama (Newbrough, 1970).

En EE.UU surge una psicología que se plantea la necesidad de trabajar con organizaciones sociales, y donde el psicólogo es un "participante conceptualizador" (Bennett 1966), es decir un promotor y un científico.

Es así que la Psicología Comunitaria surge en EEUU surge con el movimiento pro salud mental en la comunidad y la política de guerra a la pobreza, y es concebida como psicología aplicada (Murrell, 1973), mientras Newbrough propone sea una nueva rama de la psicología. Aparece así la necesidad de una psicología que trabaje con organizaciones sociales, donde el psicólogo es un "participante-conceptualizador" que es a la vez promotor y científico (Bennett, 1966).

En EE.UU Saxton Pope desarrolló una Campaña de lucha contra las enfermedades mentales; asimismo, Stafford Warren desarrolló una campaña contra el retardo mental y John Peterfield impulsó los servicios de salud en la comunidad.

Pope sistematiza experiencias de trabajo de salud mental con estudiantes universitarios, en base a una combinación de trabajo comunal y psicoterapia privada, el trabajo al aire libre y en grupo. El trabajo sobre los problemas emocionales de alumnos universitarios viene desde 1924, y en 1939 el servicio de Salud Pública se hace cargo de estos programas. Pope señala que la Psiquiatría Moderna empezó "cuando Pinel les quitó las cadenas a los enfermos del Hospital Salpetriere"

10 Bennet y cols.: Community Psychology, a report of the Boston Conference on the Education of Psychologists for Community Mental Health. Conferencia en Swampscott, Massachusetts, 1965.

Warren refiere el mensaje de “declaratoria de guerra al retardo mental” por John F. Kennedy - en 1963 con un programa preventivo- asistencial familiar. Ya en 1961 una Comisión Asesora elabora un Plan Nacional sobre el problema del retardo mental. ya entonces 20 millones de personas vivían en familias en las que había retardo mental.

En 1963 se dio un Plan Operativo con 94 recomendaciones y se comprometió a 50 Estados, y 400 personas trazaron un programa de acción para el futuro. Se dio una Legislación incluyendo subvenciones, educación, capacitación, fondos, investigación, centros, servicios especializados, etc. Se creó la Fundación J.P. Kennedy, la Asociación Norteamericana para Deficiencia Mental y la Asociación de Ayuda a niños retardados. Johnson reunió a los jefes del movimiento en la Casa Blanca y emite una Declaración en 1964.

Los científicos profundizaron la investigación sobre genética, disfunciones, anomalías genéticas, funcionamiento cerebral, el medio cultural, etc. La conclusión más importante es que el tiempo es el factor esencial, y la prevención la tarea principal.

Chopman trabaja en prevención de accidentes, Bierman en salud de madre-niño, Shaw en grupos minoritarios, Wagner en Prevención de desastres Scrimshaw en nutrición, etc.

Porterfield en 1965, respecto a los servicios de salud de la comunidad, señala como principios: 1) que los programas de salud pública son más eficaces cuando se los desarrolla dentro de la comunidad misma; 2) en el programa tienen que participar todos los elementos de la comunidad misma, reuniendo todos los recursos disponibles dentro de una cooperación coordinada y amplia; 3) Flexibilidad en el enfoque de programas regionales.

Los 50 estados se dividieron en unidades gubernamentales locales (condados), estos tienen gobiernos municipales y estos departamentos administrativos, y en ellos existe una estructura de salud equivalente.

Como podemos ver los trabajos comunitarios en EE.UU se iniciaron hace muchos años, y ya que en 1965 tienen una amplia cobertura, concibiendo desde ese entonces principios después considerados progresistas.

En América Latina aparece como estrategia metodológica basada en la investigación-acción, orientada hacia el cambio social y la concientización. Su objeto es el desarrollo de la participación comunitaria en el enfrentamiento y solución de sus problemas. Fals Borda (Colombia, 1959) propugna una investigación activa y ya entonces establece métodos y procedimientos, luego seguidos en Panamá, Perú, México, R. Dominicana, Venezuela, Puerto Rico, etc. Lo cual supone aplicar estrategias psicosociales generando una metodología basada en la intervención (investigación-acción).

En los años 50 y 60 más que una Psicología Comunitaria existe un desarrollo comunitario, de participación, de autogestión, donde el aporte psicosocial no era claro, y es a comienzos de los 70 que surgen los primeros intentos de sistematización.

Mann (1978) señala 3 áreas fundamentales de la Psicología Comunitaria:

- 1) el análisis de procesos sociales;
- 2) el estudio de las interacciones en un sistema social específico; y
- 3) el diseño de intervenciones sociales.

Rappaport (1977) la define como "la búsqueda de alternativas a normas sociales establecidas", cuyo objeto es el hombre en su comunidad.

Maritza Montero (1984) define a la Psicología Comunitaria como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (11).

Así su campo vendría a ser interdisciplinario y el psicólogo tiene un rol de agente de cambio. Esto significa colocar el centro del control y del poder en la comunidad. Por ello, para Escovar (1979) es una Psicología para el Desarrollo.

Esto significa conceptuar la Psicología Comunitaria como una Psicología del Cambio Social.

Lo anterior marca una diferencia con EEUU pues allí su orientación es de una psicología para la Salud Mental Comunitaria o como una rama de la Psicología Clínica. Esto último sólo alcanza a atender el malestar de unos pocos. En Latinoamérica estamos ante una visión distinta: diagnosticar en función de una globalidad, la de tener conciencia de la relación total, y ello plantea una redefinición del sujeto psicológico en sus interrelaciones.

FUENTES TEORICAS Y PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

Las fuentes teóricas de esta Psicología son: 1) la noción de **Tensión Social** (12) que sería aquella que produce cambios mayores y más exigentes, cuando no son deseados por el individuo; 2) el **interaccionismo simbólico** (con las nociones de rol, valores, actitudes e ideología) y la **Psicología Ecológica Transaccional** (13) (con las áreas de salud mental de la comunidad y asesoramiento ambiental) (14); 3) La noción de **control** sobre los refuerzos ante contingencias de la vida cotidiana, basada en los paradigmas explicativos de la conducta de base neoconductista, lo cual incluye nociones de externalidad e internalidad (15).

11 Montero Maritza: La psicología comunitaria, orígenes, principios y fundamentos teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología, 1984, vol. 16- No. 3.

12 Dohrenwend Bárbara, 1978.

13 Liderada por Newbrough J. (EEUU), con influencia en Puerto Rico, México y El Salvador.

14 Rivero Medina, Serrano García, Irizarry, Solano, Nieves, etc. en Puerto Rico.

15 Escovar L. (en Panamá, 1977 a 1979).

Psicológicamente, la variable "**poder**" se refiere a las expectativas que la persona tiene de sus relaciones con el medio social y físico. La carencia de poder implica la creencia de que todos los esfuerzos son en vano. Ya Rotter (1966) hablaba del "foco de control externo" que implica creer que todos los eventos de su vida están siendo controlados por fuerzas ajenas a ella, y sobre las cuales no tiene control alguno.

Asimismo, Seligman (1975) aludía a la "**desesperanza aprendida**", que es una reacción conductual, cognoscitiva y afectiva de un organismo, al verse sometido a condiciones incontrolables, por períodos de tiempo prolongado.

Además tenemos las explicaciones de **Bienestar Máximo** (Foster) y las explicaciones de origen neopsicoanalista como la teoría de la **personalidad autoritaria** (Adornos y otros).

Finalmente, tenemos las **teorías de la alienación** (Marx, Seeman) y la **teoría de la Dependencia**.

La tensión social (Dohrenwend, 1978) se asocia a vida que genera tensión, aquella que produce cambios y exigencias mayores y más acuciantes cuando no son deseados por el individuo, dando lugar a reacciones autolimitantes según los factores situacionales y psicológicos. Puede dar lugar a los siguientes efectos:

- a) Crecimiento psicológico en el sentido de madurez: cambio de valores y aspiraciones; desarrollo de nuevas habilidades;
- b) Ningún cambio psicológico visible.
- c) Una reacción disfuncional.

Para esta Psicología Comunitaria, implica la planificación de estrategias para reducir la patología en la comunidad. Esto supone las áreas de: intervención durante crisis; entrenamiento de habilidades individuales; socialización y educación; acción política con grupos de status desventajoso. Con esta fuente se busca justificar la Salud Mental en la Comunidad.

El interaccionismo simbólico (Rivera Medina; Serrano; Irizarry; Solano; Nieves, etc.) plantea las nociones de rol, valores, actitud e ideología, para explicar patrones de pensamiento, emoción y conducta, interpretando significados y motivos.

La Psicología Ecológica Transaccional, . Se parte de la noción de Lewin de que la experiencia de vida inmediata es la influencia más importante para una persona y que la personalidad es función del espacio vital (16). Comprende las áreas de Salud Mental en la Comunidad, sobre todo para depresión y retardo mental; y el

16 Tomado de Montero Maritza, op. cit.

asesoramiento en materia ambiental (Newbrough y Criestenfeld, 1974). Promueve la intervención en la investigación (Serrano García e Irizarry, 1979) y se enriquece con los aportes de Goldmann con sus conceptos de conciencia real y conciencia posible y el aporte metodológico de Freire sobre la conciencia posible, y la teología de la liberación con el aporte de Berger y Luckman (la construcción social de la realidad). La intervención está destinada a producir un cambio. Ej.: aumento en la eficiencia de los servicios, o la modificación en ideología (valores, premisas, metas).

La noción de control sobre los refuerzos ante contingencias de la vida cotidiana (Escovar), es otra fuente teórica. Desarrollo significa control sobre los resultados de esas contingencias. Sus fundamentos psicológicos son:

a) La noción de Yo eficaz (Kardiner y Spiegel, 1947) en relación a las experiencias positivas de control (Escovar, 1979).

b) La noción de control y la de poder (Seligman, 1975): los individuos sometidos a situaciones en las cuales no existe relación congruente entre su conducta y los resultados de ella desarrollan el fenómeno de la **desesperanza aprendida**, que cubre 3 áreas: **motivacional** (disminución de la motivación, inercia, pasividad); **cognitiva** (orientación rígida; negación a aprender nuevas conductas; rechazo al cambio); y **afectiva** (desajustes emocionales que pueden llevar a la depresión o apatía).

La noción de **foco de control** (Rotter, 1966) con dos polos: la internalidad (la persona percibe los acontecimientos que lo afectan como consecuencia de sus propias acciones) y la externalidad (se coloca el control fuera del individuo y los acontecimientos no tienen relación con las acciones realizadas por él).

Los conceptos anteriores de la Psicología Comunitaria, permiten clarificar que la imagen de individuo apático, inerte, desmotivado, incapaz de formular o realizar un proyecto, describe una colección de síntomas y no de causas (como planteaba la Sociología de la Pobreza).

Lo anterior es explicado por el concepto de **alienación** (Seeman, 1959), por el cual los individuos se crean expectativas según las cuales sus propias conductas no pueden determinar los resultados deseados, pudiendo llegar a la creencia que la única vía posible sea la ejecución de conductas reprobadas socialmente (desviación antisocial, anomia).

Esto lo asume Escovar (1979) en base a la teoría neoconductista y funcionalista. Para él hay factores estructurales: una estructura social con posiciones de poder y la carencia de control sobre el medio ambiente físico y sociocultural. Ello produce alienación, desesperanza aprendida y la formación de un foco de control predominantemente externo, cuyas consecuencias actitudinales y conductuales son: apatía, inercia, rigidez cognoscitiva, ausencia de participación. Por ello, el objeto de la Psicología Comunitaria es desarrollar la autogestión y colocar el control en los sujetos.

Maritza Montero (1980) recoge el aporte marxista y el de la teoría de la Dependencia, asumiendo la interpretación de cómo se producen ciertas maneras de actuar (pereza, rechazo al cambio, minusvalía nacional y grupal, desesperanza, externalidad). pero dándole una ubicación contextual. El que esas características estén presentes predominantemente en negros, mujeres y pueblos del Tercer Mundo, se debe a la distribución y ejercicio desigual del poder y las causas sociales de ausencia de control. Así, la división del trabajo y la apropiación diferencial de los medios de producción, bloquean el desarrollo. La ausencia de control y de privación del poder produce una "pérdida de realidad" que lleva a la inversión de valores y a las expectativas negadoras del éxito.

Al producirse una pérdida del objeto que pasa a ser ajeno, extraño, fuera de control, se produce una disminución de la iniciativa (2da. pérdida) que lleva a una 3ra. pérdida: del sentido de los propios actos, dando lugar a la rigidez, apatía y minusvalía.

En resumen, los **principios fundamentales de la Psicología Comunitaria** son:

1. Autogestión de los sujetos
2. El centro de poder cae en la comunidad, en oposición al paternalismo-autoritarismo-intervencionismo.
3. La unión imprescindible entre teoría y praxis.

Además, la **psicología comunitaria**, es una vía de interacción, generadora de tecnología social. Acertadamente Maritza Montero (17) plantea que el objetivo de la Psicología Comunitaria es: lograr la autogestión para que los individuos produzcan y controlen los cambios en su ambiente inmediato. Así el psicólogo es un agente de cambio que promueve la toma de conciencia, la identificación de problemas y necesidades, la elección de vías de acción, la toma de decisiones y al cambio de la relación individuo-ambiente para transformar este último. Con ello se logra la transformación de expectativas y el logro de las formas de control.

PSICOLOGIA CLINICA

Muchas veces, se toma como equivalentes la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud. En verdad, la Psicología de la Salud es más amplia y claramente diferenciada. La clínica es un método para abordar determinadas tareas de la Psicología de la Salud al igual que el método sociopsicológico; pero la Psicología de la Salud no es necesariamente un enfoque individual, surge como necesidad para abordar tareas generadas por el condicionamiento social. En cambio, la Psicología Clínica aunque puede abordar casos en conjunto (terapias de grupo,

17 Montero Montero: Fundamentos teóricos de la psicología social comunitaria en Latinoamérica. Hemos tomado la explicación de los fundamentos de la Psicología Comunitaria de la obra de esta autora, pues constituyendo la sistematización más acabada y brillante sobre el tema.

dinámicas, etc.) y presentar el resultado de investigaciones de casos en conjunto, parte del enfoque individual y de la atención al trastorno mental o psicosomático; implica hacer generalizaciones a partir de el diagnóstico o tratamiento de casos. Diríamos también que las estrategias participativas utilizadas con grupos, corresponden más propiamente al campo de la Psicología de la Salud que recibe en este caso aportes de lo educativo.

LA PSICOPATOLOGIA

La Psicopatología general estudia específicamente, las alteraciones patológicas de los procesos y estados psíquicos.

Las variaciones de la psiquis normal, son en su forma cualitativa, diferentes de las de su patología, no son parte del campo de estudio de la Psicopatología ni de otras disciplinas similares, sino de la Psicología médica. Igualmente es objeto de esta última, el curso normal del desarrollo de la psiquis y los procesos del envejecimiento normal (18).

La psicopatología busca comprender mas bien, los cambios en la estructura psíquica de la personalidad del enfermo. Es decir, el estudio de las propiedades premórbidas de la personalidad del enfermo para comprender la particularidades individuales de la reacción de la psiquis ante la enfermedad.

Para Poliakov (19), la Psicopatología es teoría psiquiátrica, y al formar parte de las disciplinas médicas representa una rama de la patología general. Es una doctrina acerca de las enfermedades psíquicas y de las leyes de la alteración de la psiquis.

LA PATOPSIKOLOGIA Y LA NEUROPSIKOLOGIA

Frente a las limitaciones de la Psicología Clínica surge la Patopsicología y la Neuropsicología, las que a su vez posteriormente van a permitir un mayor desarrollo de la Psicología Clínica. La Patopsicología y Neuropsicología han dado un aporte significativo al estudio objetivo de las formas superiores de la actividad psíquica del enfermo. Estos dos campos, debido a sus grandes posibilidades como ciencias han determinado se definan y constituyan como independientes.

La Patopsicología, es una rama de la Psicología; según Zeigarnik (20), estudia las leyes del cambio de la actividad psíquica y de las propiedades de la personalidad sobre la base de su comparación con las leyes de formación y transcurso de los procesos psíquicos en la normalidad. Estudia las leyes de la distorsión de la actividad del reflejo de la realidad en el cerebro.

Muchas veces, se identifica Patopsicología con Psicología Médica. Pero son diferentes, pues la Psicología Médica trata un conjunto de problemas en cuya

18 Cf. Shostakovich V.: El objeto y las tareas de la Psicología Médica.

19 Poliakov: Op. cit.

20 Zeigarnik B.: Algunos problemas actuales de la Patopsicología.

solución la Medicina puede colaborar con la Psicología. En cambio, la Patopsicología es una rama de la Psicología, que es una disciplina límite de la Psicología con la Psiquiatría; pero con propio objeto, conceptos y métodos.

Otra diferencia a precisar es que, mientras la Patopsicología estudia lo psíquico en la Patología; la Psicopatología estudia lo patológico en la psiquis. A su vez, mientras la Patopsicología estudia las leyes de la alteración de los procesos psíquicos en los distintos estados psicopatológicos. La Psicopatología, estudia las leyes de las formaciones psicopatológicas (síntomas y síndromes) que son ya el resultado de procesos psíquicos alterados. La Patopsicología no es pues, un apéndice de la Psicopatología, sino la continuación y profundización del análisis psicopatológico de la enfermedad.

En tanto que en las enfermedades mentales la alteración del transcurso del proceso psíquico lleva a la reestructuración de toda la actividad humana y al cambio de unas u otras propiedades psíquicas y al cambio de la estructura de la personalidad. La Patopsicología estudia las particularidades de los procesos psíquicos que se alteran en las enfermedades mentales e investiga los cambios de las propiedades psíquicas de la personalidad, esclareciendo la naturaleza y estructura de sus cambios.

La Neuropsicología al decir de Luria (21) tiene numerosos aspectos por investigar, entre ellos: cómo es que influye la alteración del tono de la corteza y la disminución del estado de activación sobre el transcurso de las funciones corticales superiores, cuáles son las formas que adoptan las alteraciones de la memoria y de la organización selectiva del pensamiento, y cuáles son los tipos de alteración de la conducta que se observan en estos casos. Debe examinar el proceso de autorregulación sobre el transcurso de los procesos cerebrales superiores y cómo se altera la autorregulación a consecuencia de las lesiones cerebrales focales. La Neuropsicología estudia los tipos de autorregulación que se alteran a causa de focos patológicos de distinto nivel y los sistemas de los lóbulos cerebrales que participan en la realización de las formas más complejas de autorregulación del comportamiento.

Podemos concluir, en que la Patopsicología y la Neuropsicología brindan por sus aportes amplios y significativos, inmensas posibilidades para la Psicología de la Salud. Pero aunque ambas ciencias son básicas, no pueden abordar todo el amplio campo de la Psicología de la Salud.

21 Luria A.: Resultados y perspectivas de las investigaciones neuropsicológicas. 1966.

DIFERENCIAS ENTRE PSICOPATOLOGIA Y PATOPSICOLOGIA

CRITERIOS DIFERENCIACION	PSICOPATOLOGIA	PATOPSICOLOGIA
Sistemas de ciencias al que se subordinan	Es una ciencia médica	Es una disciplina psicológica
Aparato conceptual	Opera con conceptos clínico- médicos y criterios de patología general	Opera con conceptos y categorías psicológicas
Objetivo y tarea fundamental	Describe los signos de la enfermedad en su dinámica	Explica las características psicocomunicacionales de los fenómenos psicopatológicos
Métodos específicos	Utiliza métodos clínico-descriptivos	Utiliza métodos experimental-psicológicos

PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA

Miásischev (1966) afirmaba que todo aquello que nos da la Medicina somática en el plano de lo sintomático, etiológico y patogénico no le es ajeno a la Psiquiatría.

Plótycher precisa que, se debe separar a la Psicología Médica de la Psiquiatría, aunque esto sea arbitrario. Hay que diferenciar los conceptos "**personalidad enferma**" que es competencia del psiquiatra, de "**personalidad del enfermo**" que estudia el psicólogo.

Zeigarnik asevera que, la Psiquiatría busca esclarecer las causas de las enfermedades mentales, investiga los síndromes y síntomas típicos para las psicosis, investiga las leyes de su aparición y orden, y analiza los criterios de la evolución y pronóstico de la enfermedad en su conjunto.

Poliakov (22), precisaba que el objeto de la Psiquiatría, como el de todas las ciencias médicas, son las condiciones y el mecanismo del surgimiento de las enfermedades, así como su curación y predicción, osea, esclarecer las causas biológicas de las enfermedades psíquicas.

22 Cf. Poliakov I.: La Psicología y la Psiquiatría.

PSICOLOGIA MEDICA

También es muy frecuente que se tomen como símiles la Psicología Médica y la Psicología de la Salud. Incluso que se confunda con la Psicología Clínica. En esto habría que profundizar, pero es claro que la Psicología Médica se sitúa dentro del campo de la Medicina como una disciplina que la nutre y asiste. Va estrechamente de la mano con la acción médica, su incidencia central no es lo preventivo ni lo promocional.

La Medicina como ciencia de la salud, es al mismo tiempo la teoría del control de la salud, debido a que el humano no es sólo un organismo sino básicamente una personalidad. Cada enfermedad se refleja de forma variada en la personalidad y en la psiquis del enfermo; por otro lado, el estado de la psiquis desempeña un papel en la evolución de cualquier enfermedad, aunque son distintos el significado relativo y el mecanismo de influencia de la psiquis sobre el organismo en las distintas enfermedades.

La Psicología Médica viene a constituir el estudio del transcurso de los procesos psíquicos en la relación: "médico-paciente" (Shostakovich). Es decir, estudia el curso de los procesos psíquicos en relación con las particularidades de la actividad del médico; así como su objeto, analiza y estudia aquellas variantes y/o desviaciones, pasajeras o estables de la actividad psíquica, que aparecen en las personas psíquicamente normales y que se enferman de una u otra enfermedad somática. o que han sido dañadas por el trauma.

Ivanov acotaba que, la Psicología médica se ocupa del estudio del humano enfermo somático.

Plótycher aporta (23), señalando que los aspectos fundamentales de la Psicología médica son: la psicología de la personalidad del enfermo y de la psicología de la relación médico-paciente.

SISTEMAS MEDICOS Y ESCUELAS MEDICAS

Un sistema médico es un cuerpo de doctrina que rige en los problemas de salud y de enfermedad en una cultura determinada. Debe ser capaz de dar explicaciones sobre los aspectos relativos al bienestar o malestar de su población. Por tanto tiene conceptos sobre lo que es la salud, la enfermedad y sus causas, la vida y la muerte , etc.

Si un sistema médico se basa en la historia y la manera de pensar de una comunidad, se llama Medicina Tradicional. Emergen como resultado de una forma de ver la vida en esa cultura; y de ello dependerán sus prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento, su aplicación causal, etc.

23 Cf. Plótycher A.: Acerca de la cuestión de la Psicología médica.

La Medicina Académica es llamada también Medicina Occidental, Medicina Moderna, etc. Es considerada la medicina oficial del mundo.

Existen también otras medicinas, basadas en conceptos diferentes y adoptadas por grupos humanos diversos con diferencias geográficas y culturales. Es el caso de la homeopatía, la osteopatía, el naturismo, el espiritualismo, etc. Algunas han logrado adeptos a través de sus procedimientos como la Acupuntura, el Yoga, etc. A estos se les llama sistemas médicos paralelos o alternativos.

Muchas veces se presenta a la Medicina como la rectora de las Ciencias de la Salud, y se la muestra como una sola, cuando en verdad hay varias Medicinas con diversas concepciones. Veamos a manera de ejemplo algunas de estas Escuelas.

La Medicina Oficial

Llamada también científica, tradicional o alopática. Su práctica se basa en los conocimientos acumulados en la tradición y en el método científico. La medicina es actividad eminentemente social y por ello el médico interviene como un ordenador de la sociedad. Se caracteriza fundamentalmente por el uso del método similar a las ciencias naturales. sus observaciones, hipótesis y teorías deben ser verificadas, tener control experimental.

Se imparte como doctrinas en las Universidades y es aquella que es aplicada por los organismos internacionales.

Se llama alopática pues combate las enfermedades con medicamentos con efecto contrario al proceso patológico. Parte del principio hipocrático "Contraria contrariis curantur", por eso utiliza sustancias con efectos diferentes a los síntomas provocados por la enfermedad. Pero la Medicina también trata con hormonas, vitaminas, minerales, alimentos y antibióticos.

Respecto al término "tradicional" es confuso pues en casos como el peruano, nosotros tenemos experiencia de una Medicina practicada desde tiempos muy antiguos que es llamada también tradicional, pues responde a ese legado ancestral. Debe tenerse en cuenta también que la Fitoterapia en gran parte se sitúa dentro de los límites de este esquema, pues mayormente parte del principio de cura con elementos contrarios.

Actualmente, esta Medicina interpreta al humano como ente total y trata de encontrar la peculiaridad de cada persona. De allí el replanteo de etiología y patología de las enfermedades. La actual medicina muestra que cada individuo manifiesta la enfermedad de manera original y particular. tiende no sólo al bienestar individual sino al equilibrio social y acrecentar la eficiencia. Busca reintegrar al individuo a la sociedad. Se ha logrado avances, pero todavía numerosos médicos consideran sólo el operar y los fármacos como únicas formas de cura. Algunos incluso señalan a sus pacientes "Ud. no tiene nada, es sólo psicológico", considerando lo psicológico como algo sin importancia.

Medicinas Tradicionales

La Medicina Tradicional es definida como "la suma de conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención, así como la supresión de trastornos físicos, mentales sociales, basados exclusivamente en la experiencia, la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra" (OMS 1978).

La Medicina Tradicional surge en cada grupo étnico. Por ello al responder a cada grupo étnico, pueden darse varias incluso en un mismo país, como es el caso del Perú; pues su flora, fauna o ecología son diferentes.

Según las culturas, existirán diferencias en las explicaciones causales. La manera de concebir qué es salud depende de las culturas. A su vez, las enfermedades se relacionan a las culturas, les son propias o responden a sus características. Por eso, la cultura misma puede convertirse en agente patógeno. Por eso, es necesario conocer las creencias, prácticas y problemas específicos de cada grupo cultural. Ampliando nuestro conocimiento sobre ellos seremos más efectivos.

La Homeopatía

A diferencia de la Medicina Alopática, la homeopatía parte del principio de la similitud: "similia similibus curantur", es decir, lo semejante se cura con lo semejante. es por tanto, diametralmente opuesta al principio de los contrarios. Fue fundada por el alemán Samuel Hahnemann que presentó sus principios entre 1789 y 1810.

Los homeópatas sostienen que el dinamismo del remedio sustituye al del síntoma que se quiere combatir, y debe ser de la misma naturaleza. También parte del principio de dilución: para que el fármaco sea efectivo debe ser empleado en dosis infinitesimales, muy diluido y se estima que el medicamento se potencializa: su efecto crece a medida que aumenta la dilución.

El enfermo vendría a ser un portador de señales, sus trastornos tienen valor clínico pero sobre todo terapéutico. Las manifestaciones de la enfermedad permiten descubrir los remedios a ser utilizados. De la valoración clínica surgen el medicamento y la dilución a usarse (principio de individualización).

Distingue 3 tipos de individuo: carbónico, fluórico y fosfórico, que permiten elegir los medicamentos de base a emplear.

Se le critica la falta de experimentación, y de su dificultad para juzgar la exactitud de sus proposiciones.

La Acupuntura

Consiste en efectuar pinchazos a pocos milímetros de profundidad en determinadas zonas del cuerpo, con pequeñas agujas de puntas finísimas. Se remonta a China hace 5,000 años.

Sostiene la existencia de dos principios: el yang y el ying; la desarmonía de estos provoca la enfermedad. La fuerza o energía vital K'i, debe encontrarse en equilibrio con estas dos fuerzas opuestas. El diagnóstico de las localizaciones y naturaleza de los trastornos se revelan por alteraciones del pulso en un circuito determinado de la energía vital., llegándose a diferenciar 14 tipos diferentes.

Se busca restablecer el equilibrio con la introducción de finas agujas de oro para tonificar, plata para calmar, en puntos cutáneos especiales relacionados a funciones orgánicas o psíquicas y la energía vital. Estos puntos se ubican en meridianos. Se colocan agujas aproximadamente por 15 minutos, lo cual es indoloro. Trata de provocar sedación del dolor y, tonificación o sedación del órgano enfermo; para igualar las cargas del yang y ying.

La energía circula ininterrumpidamente por la superficie del cuerpo por líneas meridianas. La intensidad de la circulación varía según sexo, estado orgánico e influencias cósmicas. Cada órgano presenta un máximo de actividad y energía durante dos horas diarias variando según el órgano. En cada meridiano se encuentran puntos. Las agujas al actuar sobre esos puntos aumentan o disminuyen energía y restablecer el equilibrio.

La Medicina Psicosomática

Esta Medicina permitió avances en el reconocimiento del papel de los procesos psicológicos en la etiología y curso de las enfermedades. Tuvo por limitación la fuerte influencia del psicoanálisis que sesgó sus explicaciones. Hoy sus concepciones se han ampliado con los aportes de la fisiopatología de la actividad nerviosa superior, la psicoendocrinología, la psicoimmunología, etc. que permiten comprender los procesos como interacción de lo psicológico y lo "corporal" en las enfermedades. Así se han superado visiones extremas psicoanalíticas. Sin embargo, esta Medicina no agota los temas de la Psicología de la Salud.

Según esta tendencia, la realidad integral del ser puede ser alterada, partiendo de lo orgánico o de lo psicológico, pero que reacciona siempre como un todo.

La Medicina Naturista

Responde a las leyes fisiológicas y agentes naturales. Postula la no intoxicación del organismo, relacionarse con medios vitales como aire y agua, mantener adecuada alimentación y consumir alimentos en estado natural, y hacer ejercicio. La enfermedad, se produciría como consecuencia de faltas a leyes naturales. Los síntomas son reacciones de defensa.

Buscan descubrir el tipo de reacción individual y el tratamiento es específico en higiene y dieta.

Dicta normas de higiene preventiva, con gran aporte. Pero además su terapéutica se basa en el régimen dietético, la actividad motriz, la exoneración y la adaptación. Emplea aire y sol en la cura, hidroterapia caliente y fría y la práctica de ejercicios.

Es además una forma de vida de acercamiento a la naturaleza, una filosofía y actitud existencial, lo que ha llevado a algunos a tomarlo como una religión u otros la han integrado a sus religiones. Víctor Montero (24) señala que el Naturismo tiene grandes posibilidades de constituirse en una ciencia transdisciplinaria, que se puede nutrir, superar e integrar diversas disciplinas como la Psicología, Antropología, Medicina, Nutrición, Biología, Ecología, Fitoterapia, etc. En verdad, depende del grado de sistematización a que llegue, de superar diversas deformaciones y de precisar un campo de actuación (25).

MEDICINA SOCIAL

Existen 6 planteamientos para definir su concepto y contenido: ético-social, culturalista, medicina y sociología, funcionalista y dialéctico (26).

a) Planteamiento ético-social

La sociedad deberá procurar que el ser humano pueda ejercer sus derechos, so pena de provocar un desequilibrio social: la injusticia. el organismo social, no quedará sin sanción si tolera tal desequilibrio, pues todo el organismo se resentirá si una de sus partes está lesionada. Desborda el marco académico y se transforma en objetivo político muchas veces. Aquí tenemos a Virchow (27), Villerme (28), Guerin (29) y Bauk (30).

b) Planteamiento culturalista

En base a los resultados del enfoque antropológico en la medicina. Aquí la visión de la enfermedad, su interpretación y la respuesta adecuada están dentro del cuadro de conocimientos, creencias, costumbres y capacidad del ser humano; están determinadas por la cultura de la sociedad a la que se pertenece, constituyendo la Medicina parte del complejo cultural (31).

24 Cf. Montero Víctor: Naturismo, ¿magia o religión, o ciencia transdisciplinaria? Ponencia al VI Congreso Peruano de Psicología.

25 Véase anexos:- Vitaminas (pg. 234).- Minerales (pg. 236)- Hierbas Medicinales que se usan en Perú (pg.257)

- Usos medicinales de la cebolla, manzana y limón (pg.239)

26 Cf. Yuste Grijalba Francisco: Ensayos sobre medicina preventiva y social. Ed. Akal. Madrid, 1976.

27 "La medicina social y la política no es sino medicina en gran escala". Die Medicinische Reform, 1848.

28 Considerado el creador de la disciplina por su encuesta a trabajadores textiles franceses en 1840.

29 Creador del término "medicina social" en 1848

30 Que define la psiquiatría social como la defensa médica contra las causas éticas y morales generadoras de enfermedad mental.

31 Cf. San Martín: Salud y Enfermedad. Prensa Médica Mexicana, México, 1968

Así, se entiende a la Medicina como "un vasto complejo de conocimientos, técnicas, creencias, funciones, ritos, normas, actitudes, costumbres y símbolos" (32).

c) Medicina y sociología

Los factores sociales en la salud y la enfermedad, el enfermo como ser social, la relación médico enfermo, los sistemas de cuidados médicos y la distribución de recursos, son sus temas. Así la convergencia de sociología y medicina da lugar a la sociología de la medicina y la sociología en la medicina.

Ryle en Oxford (33) y Sand en Bruselas (34) definen la medicina social como una rama de la Medicina o de la Higiene preocupada por los factores del ambiente social influyentes en la salud y la enfermedad.

d) Planteamiento funcionalista

Todo sistema social debe resolver 5 problemas funcionales para su supervivencia: la integración de sus miembros, el logro de sus fines, su adaptación al medio, el mantenimiento de las pautas y el manejo de las tensiones que en él se susciten (35).

El manejo de las tensión en la sociedad es realizado por la familia, en la cotidianidad de los problemas no graves, y la Medicina en casos de mayor seriedad.

e) Planteamiento dialéctico

La dialéctica puede ayudar a resolver las tensiones; a entender la histórica o diacrónica ordenación de la medicina como producto social (36).

El método dialéctico permite ver todos los aspectos y al aplicarlo al análisis de un fenómeno social encontramos la siguiente concatenación de hechos:

- a) Cualquier fenómeno social es obra de seres humanos.
- b) La acción que genera la cultura está determinada por la voluntad de los hombres.
- c) Esta voluntad es reflejo de las ideas.
- d) Estas ideas son reflejo de las condiciones sociales en las que los humanos viven.
- e) Estas condiciones sociales están, determinadas por el proceso de producción en el que nacen (37)

32 Susser y Watson: *Sociology in medicina*. Oxford U.P. Londres, 1962.

33 Creador de la medicina social en Oxford

34 Sand R.: *La medicina sociales. La renaissance du libre*. Bruselas, 1950

35 Jhonson H.: *Sociología* una introducción sistemática. Paidós, Buenos Aires, 1965. Originalmente escrito en inglés en 1960.

36 Pinilla C.: *Sistemas analíticos y sistemas empirizos en sociología política*. *Papers Revista de Sociologia* 1, 1973.

37 Cf. Le Guillant L.: *Introducción a una psychopatologie social*. *L. evolution psychiatrique*, 1, 1954.

Como bien señala Yuste (38) las ciencias sociales al conjugarse con la terapéutica, la medicina preventiva, la epidemiología, etc. hacen nacer un nuevo enfoque disciplinar del problema médico: la medicina social.

MEDICINA CONDUCTUAL

Es la sistemática de los principios y tecnología de la psicología conductual al campo de la salud y la enfermedad en general y no sólo al campo de la salud mental. es un nuevo campo de investigación y aplicación clínica que intenta integrar los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes en la salud y la enfermedad (Miller, 1983).

Es un campo interdisciplinario que une a el conocimiento biomédico y conductual relevante a la salud y a la enfermedad (39), mientras que la "psicología de la salud" se refiere al rol de la psicología en este dominio (según Matarazzo, 1980).

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la Salud se interesa en la relación biopsicosocial de mente y cuerpo en un entorno sociocultural, y en el desarrollo de nuevas tecnologías para la promoción y mantenimiento de la salud; igualmente, estudia los factores comportamentales que afectan el tratamiento de enfermedades.

La OMS, señala que la Psicología de la Salud, teniendo como base una perspectiva bio-psico-social del individuo humano, se nutre de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación e intervención de la psicología científica y, apoyándose y potenciando los recursos comunitarios, los aplica a la prevención y tratamiento de la enfermedad así como a la promoción y el mantenimiento de la salud.

Lo anterior, significa que la Psicología de la Salud tiene como base una concepción integral de la salud donde confluyen diversos campos del conocimiento, aplicados especialmente a la Medicina conductual, pero con énfasis en los distintos niveles de prevención y la promoción de la salud, siendo su objetivo central la mejora de la calidad de vida.

Escovar, señala 4 corrientes dentro de la Psicología Social:

- 1) La Psicología Social tradicional,
- 2) La tecnología social,
- 3) La Psicología Social para el Desarrollo; y
- 4) estudios diversos sin coherencia teórica.

Cf. Yuste Grijalba F.: Op.cit

38 Yuste Grijalba F.: OP. cit pg. 23

39 Schwartz & Weiss 1978, Miller 1983.

Cf. Krantz D., Grunberg E. & Baum A.: Psicología de la Salud y Medicina Conductual. Departamento de Psicología Médica, Universidad de Servicios Constantes en Ciencias de la Salud, Bethesda, Maryland.

A su vez, la Psicología Social para el Desarrollo (o Psicología Social) se divide en: Salud Comunitaria y Psicología Comunitaria (40).

La Psicología Comunitaria tiene significativos puntos de contacto con la Psicología de la Salud. Sin embargo, Morales y Azcaño en Cuba (41) precisan que esta psicología surgió dentro del marco de programas preventivos de enfermedades mentales en EEUU en 1965, a partir de la experiencia de psicólogos clínicos que trabajaban en equipos de Psiquiatría en centros de salud mental de la comunidad. Esto permitió pasar del diagnóstico a la intervención, de la atención primaria en el individuo al grupo, del hospital a la comunidad. Los psicólogos comunitarios "deben convertirse en agentes de la comunidad local que trabajen para proporcionar a las personas socialmente marginadas los recursos, el poder y el control sobre sus propias vidas". Es también un educador y un adaptador de las personas a sus realidades para evitar que enfermen. Para esto usa métodos de la Psicología Social y Clínica. El marco social en el que se produce este desarrollo no siempre responde a las realidades concretas, como el caso de Cuba. Sin embargo, aunque no podemos tomar el modelo de EEUU aplicándolo mecánicamente pues son distintas realidades, podemos ver que en países como el nuestro la relación entre las Psicologías Comunitaria y de Salud son muy estrechas.

En verdad, la Psicología de la Salud y la Psicología Comunitaria son nuevas especialidades que muchas veces marchan juntas en la investigación y la práctica profesional. Ambas han dado contribuciones significativas a la Psicología y han ampliado los campos de intervención. Pero sobre todo han aportado elementos teóricos y metodológicos importantes al incluir la salud en un marco social, comunitario o ecológico.

Sin embargo, la Psicología Comunitaria no es una psicología que se aplica al campo de la salud médica comunitaria, cuyo fundamento serían las fallas de las instituciones en las que el Estado delega la socialización de los individuos, y que generan grupos marginados de los beneficios (42). Tampoco es una psicología social paternalista pro-desarrollo comunal. La Psicología Comunitaria, es más amplia y abarca mayores campos; pero a su vez no logra desarrollar todos los aspectos que comprende la Psicología de la Salud.

Como hemos visto, aunque aportan a la constitución de la Psicología de la Salud, ni la Salud Mental Comunitaria, ni la Psicología Comunitaria, ni la Medicina Psicosomática u otras Escuelas Médicas, ni la Medicina Conductual, ni la Psicología Médica, ni la Psicología Clínica ni otras disciplinas o ciencias son sinónimos de Psicología de la Salud.

Para situar a la Psicología de la Salud dentro del contexto de la Psicología, debemos definirla por su objeto de estudio. Este objeto no es ajeno al de la

40 Escovar L.: Análisis comparado de dos modelos de cambio social en la comunidad. U. Florida. AVEPSO, dic. 1979.

41 Morales y Azcaño: op. cit.

42 Cf. Escovar L.: Análisis comparado de dos modelos de cambio social en la comunidad. AVEPSO 3, 1979.

Psicología como ciencia en un sentido general. Por tanto, se relaciona con la definición de Psicología.

Los psicólogos cubanos -tomando aportes de la Psicología soviética- consideran que el objeto de la Psicología es la actividad orientadora, lo cual tendría especificaciones según se trate de lo cognoscitivo, afectivo o motivacional. Por ello, consideran a la Psicología de la Salud como "estudio de las particularidades del reflejo psíquico de la necesidad, en tanto actividad orientadora de la persona en relación con el mantenimiento de la salud y el enfrentamiento de la enfermedad con todos sus vínculos sociobiológicos.

Algunos profesionales han tratado de derivar la práctica de la Psicología de la Salud buscando aproximarla a la Biología o la Medicina, dándole un cariz clínico o asistencialista. Cuando en verdad, esta psicología está estrechamente relacionada a la Psicología General. Asimismo, es incorrecto separar la psicología en individual y social. Psicología Social también implica estudiar también al individuo y brindar aportes para comprender el proceso salud-enfermedad. Dentro de este contexto, es relevante el estudio de la Psicología de la Personalidad.

Gonzales Rey (43) pone brillantemente un ejemplo sobre la hipertensión, en la cual, tras complejas regularidades subjetivas que se dan en la configuración individual personalidad-sujeto, aparecen múltiples regularidades de donde se pueden deducir formas particularmente dañinas de integración del individuo en la sociedad, expresándose en el complejo desentrañamiento de estas configuraciones características generales del sistema interactivo de la sociedad.

Así a la Psicología le corresponde estudiar las particularidades del desarrollo de la personalidad, para el mejoramiento de la salud, en un sentido integral.

Leontiev (44) igualmente afirmaba que, es parte del objeto de la psicología, la estructura de la actividad concreta del humano, sus necesidades y motivos de conducta en la normalidad y en la patología.

Coincidimos con los colegas cubanos en que la Psicología de la Salud se refiere a toda la salud y no a la "mental" o a la "corporal" porque ambos aspectos son inseparables. El conocimiento psicológico es tanto de la salud como de la enfermedad.

Morales y Azcaño (45) llegan a una conclusión interesante y muy precisa: la Psicología de la Salud, "más que una ciencia... en el momento actual debe ser concebida como una organización de conocimientos científicos psicológicos y la práctica que deriva de ella".

43 Gonzales Rey Fernando: Personalidad, sujeto y psicología social. En Montero Maritza (Coord.): Construcción y crítica de la psicología social. Anthropos. Barcelona 1994.

44 Cf. Leontiev A.N.: Problemas del desarrollo de la psiquis, Moscú 1965.

45 Morales y Azcaño: Op.cit. pg. 32

Así, la Psicología de la Salud trabaja en la búsqueda de explicaciones para los factores de carácter psíquico que participan en el proceso salud-enfermedad, mediante la aplicación de los conceptos, categorías y leyes de la Psicología General y otras esferas de la Psicología, así como mediante el desarrollo de nuevos conceptos, categorías y leyes en la medida en que avance el acopio de datos y hechos.

Por ello, las tareas de la Psicología de la salud son numerosas y aunque parezcan disímiles están unidas por un criterio integrador. Dentro de estas tenemos: la utilización de técnicas psicológicas para promover hábitos y conductas beneficiosas que enriquezcan la salud nutricional, la restauración de funciones psíquicas afectadas, etc. En el campo de la investigación se requiere precisar el mundo de las necesidades y motivos humanos, así como las configuraciones de éstos en diferentes formaciones y sistemas de la personalidad.

Lo que en cada caso debe primar es afirmar el sentido psicológico sin buscar sustituir a otras disciplinas.

Así debido a su amplitud, existirían diferentes especializaciones y áreas de trabajo dentro de la Psicología de la Salud.

Gonzales Rey (46) en base a sus investigaciones sobre la hipertensión y otros problemas de salud, concluye en determinar 4 problemas de significación para la psicología de la salud y para las disciplinas relacionadas:

- a) Conocimiento de las distintas configuraciones subjetivas que definen una mayor vulnerabilidad al distres, o tensión negativa.
- b) Identificación de los mecanismos personológicos específicos que directamente se expresan en tensiones negativas.
- c) Construcción, a partir de las configuraciones subjetivas encontradas, de las particularidades de la vida social que están en su base.
- d) La psicología social para crecer tiene que encontrar un nuevo marco de relaciones con las diferentes ramas del saber psicológico. Esto dará lugar a un aporte superior evidente.

EL PAPEL DE LA CONDUCTA EN PROBLEMAS PRINCIPALES DE SALUD: LIMITACIONES DEL MODELO BIOMEDICO (47)

Los estados de enfermedad son causados por una confluencia de factores sociales, ambientales, conductuales y biológicos (48)

Los factores de riesgo más importantes de cánceres también son variables conductuales como fumar cigarrillos y la dieta.

Los factores conductuales también son ingredientes claves en el tratamiento efectivo y manejo de la enfermedad.

Además, el éxito de las terapias con drogas requiere que los pacientes cumplan la prescripción médica, y muchos casos son tratados con dietas y cambios de hábitos mejor que con drogas.

El modelo médico tradicional, ve la enfermedad como un fenómeno puramente biológico, o sea producto de agentes específicos o patógenos y disfunción corporal.

En cambio, la investigación bioconductual en psicología de la salud explora los mecanismos que relacionan los procesos conductuales a la salud y la enfermedad. Esto hace posible traducir los indicadores históricos y epidemiológicos tales como edad, personalidad, genética o historia nutricional en procesos psicofisiológicos que pueden ser modificados o alterados. Para los procesos psicosociales también, como, por qué los adolescentes empiezan a fumar cigarrillos, la comprensión de mecanismos básicos (modelado, cambio de actitud) ha resultado en intervenciones efectivas de prevención (49)

CRITICA AL MODELO ASISTENCIALISTA EN PSICOLOGIA COMUNITARIA

El trabajo psicológico comunitario se ve muchas veces influenciado por diferentes aspectos, modelos de trabajo y de concepción. La psicología nacional en general y la psicología comunitaria en particular aún mantiene (unas pocas excepciones) proponderancia del modelo asistencialista o clinicista, tanto en sus aspectos teóricos, metodológicos, técnico instrumentales, como en sus servicios y proyectos.

Esta psicología comunitaria tiene los efectos devenidos de la concepción médico-asistencialista de la salud mental y de escuelas psicológicas que priorizan lo individual y no potencian lo comunal. Este ejercicio de más de un cuarto de siglo es indudablemente un modelo que tiene un sello en los esquemas, programas acciones y hábitos de trabajo que no destacan a la comunidad y que se refleja en su desatención.

47 Cf. Krantz, Grunberg, Baum: Psicología de la Salud y Medicina Conductual.

48 Instituto de Medicina 1976, USDHEW 1979

49 Evasus et al., 1981

En esta misma concepción, la que se opone a realizar un trabajo integral, entendido en la concepción de variables biológicas, psicológicas y sociales integradas en sus servicios y proyectos. Es este modelo (que conjuncia características de determinada ciencia y profesión) el que no ha querido ni se ha interesado en la promoción y en el trabajo intenso con los modelos socioculturales y sociocomunitarios, es el que no ha confiado en la presencia, compromiso y hasta ha visto con mucha deficiencia y desdén el papel de las ciencias sociales como, la psicología, la sociología, la antropología, etc.

Indudablemente que este esquema de comprensión de la salud y de la salud mental es la que casi tradicionalmente se ha cobijado en políticas de corte demográfico, las que y a pesar de que en algunos casos lo señalaron en el papel, nunca lo han concretizado; políticas de salud conyunturales e inmediatistas y que sólo han tratado de bonificarse una base política.

Este tipo de política sanitaria es la que piensa que la comunidad debe auto-otorgarse todos los recursos y según ellos esto sería participación, pero el Estado que está detrás de estos esquemas sanitarios, lo único que hace al no responsabilizarse de su papel, es demostrar su incapacidad de planificar, programar, otorgar y administrar servicios de salud y salud mental conjuntamente con la comunidad, para la comunidad, para la comunidad más amplia de nuestro país.

La participación comunal en salud, no sólo debe entenderse como la participación de la gente en un proyecto, si no que es un proceso a través del cual la población aprende a controlar los servicios que necesita. Este modelo es el que no confía en la capacidad de aprendizaje de la comunidad, de sus potencialidades y recursos, y que muchas veces piensa que todos los fracasos se deben a la "ignorancia de la gente", olvidándose, por otro lado, de la variable cultural que también tiene relación con políticas y proyectos educativos nacionales que no priorizan la base social, la comunidad.

Otras de sus características ha sido precisamente el tener la perspicacia sólo para elaborar políticas y otorgar servicios donde se prioriza el abordaje de la "enfermedad" y no de la "salud mental", el ejercicio del trabajo asistencial y no del preventivo-promocional, que vite que la morbilidad mental nos siga ahogando, que el hospitalismo e instotucionalismo sea la expresión menos lúcida de hacer prevención y de trabajar por la salud.

De otro lado, el campo de la salud mental, justamente es el termómetro donde se refleja una sociedad desigual, y, por tanto, por no desligarse, contiene temáticas para la protesta justa. El trabajo del científico social no riñe con su sensibilidad y capacidad de compromiso con quienes atiende o para quienes trabaja. En salud apreciamos el juego de factores que aumentan mucho más la morbilidad mental y definitivamente sus variables no son del manejo del profesional del sector salud, aunque si le cabe la responsabilidad científica y profesional de difundir el movimiento de tales variables, incluso para sensibilizar a las esferas

sociopolíticas. La comunidad para que realmente participe y para que lo haga conscientemente debe conocer tales datos y tales hechos; de otro modo es paternalismo, manipulación o engaño. El científico social y el profesional de la salud, si realmente está, debe propugnar la autonomía, la conciencia y el verdadero criterio de la comunidad, haciendo un trabajo humano y educativo.

En lo que concierne al aspecto de planificación y programación, en relación a la comunidad, no existe un plan de salud mental, en el que se aprecie que se otorgue posibilidades de participación de la comunidad en el proceso de planificación y programación de las acciones de salud mental, tampoco es posible apreciar el papel que le cumple a los diferentes profesionales de la salud mental "con" la comunidad. En algún borrador del plan nacional de salud mental y donde no sabemos si participaron profesionales del trabajo comunitario y menos la comunidad con sus organizaciones representativas, apreciamos, a pesar de honestas y éticas intenciones, que este enfoque igualmente planifica concibiendo y priorizando el trabajo asistencial.

A las diferentes ciencias de la salud, entre ellas la psicología y la comunitaria en particular, le cabe la responsabilidad profesional y científica, y junto con la decisión política del sector correspondiente, de hacer que la comunidad participe en los planes y programas de salud mental comunitaria, tratando de replantear los conceptos de que "la población es pasiva", que son "indiferentes a sus propios problemas" y que "les gusta la solución de sus problemas desde afuera", igualmente nos compete tratar de que esta participación sea realmente consciente, reflexiva autónoma y liberadora. A pesar de estas afirmaciones negativas hacia la comunidad, nuestra modesta experiencia nos permite decir que nuestras comunidades tienen una larga historia de participación comunal, la que incluso nosotros mismos, como representantes del oficialismo, les hemos ido condicionando una incapacidad inasistente y cubriéndonos de un profesionalismo poco útil para comunicarnos y lograr la confianza para que la participe.

El "oficialismo", por supuesto, que no es de ahora, "el oficialismo desde que llegó a las Américas, empezó destruyendo las formas comunales de organización y participación; sin embargo las comunidades indígenas y las comunidades urbano marginales que forman que forman el cinturón de miseria de las grandes, han conservado tales hábitos de trabajo, organización y participación que se han ido transmitiendo de generación en generación.

Este rasgo socio-histórico es importante dimensionarlo adecuadamente por los funcionarios, profesionales (equipos de salud) y universidades, cuando se planifica, proyecta, programa y se opera con las comunidades. Este hecho no indica que los sectores correspondientes van a eximirse de otorgar los presupuestos necesarios; todo aspecto contrario puede significar que se pretende lograr la participación para no responsabilizarse, para engañar, utilizar y/o para alienar.

La mutua participación de los sectores correspondientes (del sector salud en especial) y de la comunidad debe ser para la toma de decisiones y la ejecución de las acciones prioritarias para la comunidad. La comunidad debe participar en

todas las etapas del trabajo comunitario, desde la etapa de planificación, programación, el seguimiento, la evaluación y la corrección de las acciones de salud mental comunitaria. Esto, es un ejercicio de la Educación reflexiva y de acción educativa permanente, pues la comunidad es el "sujeto" de las acciones de salud mental y no el "objeto" y para lo cual es importante buscar los mejores canales o los interlocutores más válidos, que generalmente son las organizaciones de base, para que podamos coordinar, comunicarnos, reflexionar decidir y ejecutar.

Los profesionales en psicología comunitaria, igualmente no nos eximimos de estar teñidos por este tipo de concepción. Tradicionalmente los psicólogos que trabajamos en y con las comunidades hemos sido formados bajo estos modelos, es la practica lo que nos permite superalos e ir adoptando concepciones más integrales y transformadoras que propicien el desarrollo comunitario

CAPITULO**2****LA SALUD EN EL MUNDO**

Nuestro Mundo Moderno viene provocando acelerados cambios que afectan los estilos de vida de la población, afectándose la estructura de las comunidades y el funcionamiento de las familias, repercutiendo en el bienestar psicológico de amplios sectores poblacionales.

Las mejoras en salud, se traducen no sólo en un aumento del bienestar, sino también en progreso económico.

Invertir en salud es significativo desde el nivel familiar. La mortalidad prematura es invaluable, pero la discapacidad impone una carga muy alta: parálisis, ceguera, sufrimiento, psicosis.

Muchas veces una enfermedad se lleva los ahorros, las propiedades y demás bienes de la familia y por último se lleva al enfermo; otras veces, la discapacidad afecta gravemente la economía familiar. Es un ejemplo del valor social y económico de la salud.

La morbilidad crea una carga, medible por el Banco Mundial en el año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) combinando los años de vida saludable perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos por discapacidad. Las variaciones de ese AVAD son enormes entre regiones. La pérdida total de AVAD se denomina carga global de morbilidad (50).

Así la carga de morbilidad era de 117 en los países con economía de mercado consolidada, alrededor de 178 en China y los antes países socialistas; en América era alrededor de los 233, pero en África estaba en 575.

Las enfermedades transmisibles significan el 45.8 de pérdida de AVAD en el Mundo, pero llegan a constituir el 71.3 en África y el 42.2 en América Latina y el Caribe, mientras que en los países de economía de mercado consolidada es el 9.7. De estas enfermedades las de más alta incidencia son enfermedad diarreica aguda (EDA), enfermedad respiratoria aguda (IRA) y tuberculosis (TBC) (51).

Los países del Tercer Mundo se ven afectados sobre todo por el EDA, IRA, TBC y problemas nutricionales. Mientras, los países desarrollados tienen como mayor problema el cáncer y la cardiopatía.

50 Banco Mundial: Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud. Washington D.C.

51 Enfermedades Diarreicas Agudas y Enfermedades Respiratorias Agudas, y Tuberculosis

El EDA significa el 7.3 de pérdida de AVAD en el Mundo, variando del 10.4 en África, 5.7 en América Latino-Caribeña y sólo el 0.3 en los países desarrollados (52). Por su parte, el IRA significa el 9.0 de pérdida de AVAD en el Mundo, variando del 10.8 en África, 6.2 en América Latino-Caribeña y pero sólo el 2.6 en los países desarrollados.

Respecto a la TBC, la pérdida de AVAD es de 4.7 en África, 2.5 en América Latino-Caribeña y sólo 0.2 en los países desarrollados.

Es sorprendente el avance de ETS y VIH-SIDA (53), que afectan con 8.8 de pérdida de AVAD en África, 6.6 en América Latino-Caribeña y 3.4 en los países desarrollados.

Las causas perinatales crean una pérdida de AVAD de 7.3 mundial, pero sólo 2.2 en los países desarrollados, suben a 7.1 en África y llegan a 9.1 en América Latino-Caribeña.

El cáncer afecta con 5.8 de pérdida de AVAD en el Mundo; mientras es 1.5 en África y 5.2 en América Latina, en los países desarrollados llega a 19.1.

Las deficiencias nutricionales afectan sobre todo a América Latina con 4.6, con 2.8 en África, y sólo 1.7 en los países desarrollados. Si analizamos por países veremos que algunos países africanos y de América del Sur son los más afectados.

La cardiopatía isquémica afecta con sólo 0.4 en África y 2.7 en América, pero llega al 10.0 en los países desarrollados.

Es alarmante, cómo afectan los traumatismos sobre todo por vehículos motorizados. Estos afectan con 1.3 de pérdida de AVAD en África y 3.5 en los países desarrollados, pero alcanzan 5.7 en América Latina. Lo cual hace ver la importancia de medidas preventivas y educativas a este nivel en América.

Un avance, es el aumento de esperanza de vida, este es mayor en los 40 últimos años que toda la historia de la humanidad junta. En 1950 era de 40 años y en 1990 ya era superior a los 63 años.

En 1950, morían antes de los 5 años de vida 28 de cada 100 niños. Hoy, la mortalidad infantil se ha reducido en 10 veces. La viruela, que causaba la muerte de más de 5 millones de personas al año, han sido erradicada. El sarampión y la poliomielitis se están reduciendo significativamente.

Los mayores ingresos y el crecimiento del nivel educacional, así como el progreso tecnológico y la ampliación de los servicios de atención en salud han permitido estas conquistas.

52 Cuando hablamos de países desarrollados estamos hablando de países con economía de mercado consolidada.

53 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

Si bien es cierto, que se han dado grandes avances en el campo de la ciencia y la técnica que han reducido niveles de mortalidad y morbilidad, habiéndose extinguido incluso algunas enfermedades, al erosionarse los sistemas de apoyo psicosocial existentes para enfrentar la angustia, enfermedades e incapacidades, nuevos problemas han surgido.

La desorganización social y la violencia se han acentuado en general, y se torna aguda en algunos escenarios. Los problemas de la delincuencia, drogadicción, violencia, accidentes se han tornado graves.

El estilo de vida es contraproducente en grandes poblaciones: dieta pobre, comer en exceso alimentos dañinos o "comida basura", falta de ejercicio, abuso de sustancia tóxicas, etc. Todo ello, da lugar que a gran escala aparezcan los problemas de obesidad, malnutrición, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer, farmacodependencia, etc.

En los países del Tercer Mundo las conductas patógenas son responsables de malnutrición, elevada fertilidad, contagio masivo de enfermedades infecciosas. Otro aspecto a investigar y trabajar son las creencias y prácticas populares que afectan la lactancia; la resistencia a eficaces métodos de contracepción, asociada a creencias de ruptura de la relación de pareja, etc.

Este estilo de vida está muy asociado al stress, el cual da lugar a conductas disfuncionales y estados de ansiedad, depresión, trastornos psicósomáticos, que afectan a millones de personas. Igualmente, el suicidio es influido por estos factores.

Víctor Montero (Perú), durante su experiencia de labor en salud, ha observado la alta frecuencia de personas afectadas por enfermedades tan comunes como la faringitis, gastritis, asma, que presentan trastornos emocionales. Al parecer estas surgen por una combinación de factores emocionales, médicos, medioambientales y estilos de vida (comportamentales). De allí sería importante una investigación de seguimiento a estos transtornos.

Los estudios han identificado como factores de riesgo: la presión del horario, tareas fragmentadas y repetitivas, marginación social y la escasa utilización de las cualidades personales. Esto es muy relevante en sociedades como la norteamericana y japonesa. Karasek (1979) resaltaba la falta de autonomía y de libertad personal en el trabajo.

La incidencia de stress es muy alta en el mundo. Esta es una experiencia individual compleja de factores objetivos y subjetivos, con manifestaciones no específicas a situaciones dañinas que pueden llevar al agotamiento. Pero tan importante como los estímulos nocivos es la interpretación individual del potencial stressante del entorno: calor, ruido, luz, cantidad de trabajo, niveles de responsabilidad, etc.

El hacinamiento, ruido, temperatura y polución son causas de alteraciones. El stress se asocia también a la percepción y evaluación del estresor, reacciones emocionales y comportamentales, éxito o fracaso obtenido. El hacinamiento está relacionado a infecciones, salud mental y conducta de salud. El ruido se asocia a la urbanización e industrialización, afectando no sólo a nivel auditivo sino en la conducta social, aprendizaje y enfermedades, los que son mediatizados por variables sociales.

Las tecnologías de producción mecanizadas y automatizadas, como los ordenadores y tecnología de la información afecta la salud ocupacional y la seguridad, esto es relevante para el trabajo productivo y administrativo.

El medio ambiente químico afecta muchas veces la salud pública y la calidad de vida, surgen la carcinogénesis y patologías conductuales.

Los factores psicosociales hoy son reconocidos como vitales a tener en cuenta en el éxito o fracaso de diversos programas de salud. Habiendo consenso en que la especial atención debe ser en la prevención de enfermedades, promoción de la salud y el desarrollo social con respeto de los patrones culturales. Asimismo, cada vez se comprende que estos factores inciden también en los servicios de salud, por lo que se debe trabajar sobre la motivación, percepción y actitudes del personal de salud.

Estamos frente a una expansión del alcoholismo y drogadicción, que deterioran significativamente la salud, afectan la productividad y la convivencia social, e incluso problemas como el narcotráfico atentan contra la soberanía e identidad nacional.

Igualmente, este abuso indebido de drogas se asocia al aumento de accidentes, al ausentismo y baja productividad.

Los accidentes a su vez derivan en un aumento de traumatismos nerviosos y muertes y afectan la vida de las familias.

La drogadicción constituye hoy una de las principales problemáticas en el campo de la salud, pero no sólo por los índices porcentuales sino sobre todo porque está afectando a la población joven.

La cirrosis que es producto de una mala alimentación e ingesta de sustancia dañinas y estilo de vida inadecuado, está entre las cinco primeras causas de muerte en varios países desarrollados.

Enfermedades mentales como la esquizofrenia y la depresión, que antes se consideraban de baja incidencia, afectan a no menos de 40 millones de personas en el mundo. El doble presenta trastornos nerviosos diversos. Este problema afecta a todos los países. No menos de 200 millones de personas presentan problemas mentales menores.

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen el 6.8 de pérdida de AVAD en el Mundo. Pero mientras en el Africa llega al 3.3 y en América Latina y el Caribe a

8.0, en los países más desarrollados llega a 15.0. Por su parte, las enfermedades cerebrovasculares constituyen el 1.5 de pérdida de AVAD en el Africa, 2.6 en América Latina y el Caribe y el 5.3 en los países más desarrollados (54). Cf. Cuadro #

La mortalidad y morbilidad relacionadas a las infecciones agudas han descendido significativamente en los países desarrollados, pero en los más pobres es alta, concurriendo en su explicación factores psicosociales y culturales. Estos factores afectan también la tasa de ocurrencia de otras enfermedades como la parasitosis. A su vez, donde estas enfermedades son prevalentes vemos que se afecta la nutrición, el desarrollo psicológico y hasta se da mayor frecuencia de psicosis y otros trastornos.

Las tasas de mortalidad infantil en los países en desarrollo es diez veces mayor que en los países desarrollados. Si estas tasas alcanzaran los niveles de los países prósperos, cada año morirían 11 millones menos de niños. Lo más resaltante es que la mitad de esas muertes son consecuencia de las enfermedades diarreicas y respiratorias, facilitadas por la malnutrición.

Más aún, 7 millones de adultos mueren cada año como consecuencia de enfermedades que podrían evitarse o curarse a bajo costo como la tuberculosis, que causa 2 millones de muertes. Igual sucede con el embarazo y el parto, donde 400,000 mujeres mueren por complicaciones; esto se evidencia en los países desarrollados donde la mortalidad materna es 30 veces menor que en los pobres.

Sabemos que los trastornos neurológicos provocan muertes e incapacidad prolongada. La incidencia de ellos es alta.

Dos de cada 5 personas incapacitadas lo están por enfermedad mental o neurológica o por drogadicción.

La dimensión psicosocial es esencial en el tratamiento de enfermedades mentales, para la rehabilitación y re-socialización de personas que han sufrido accidentes o tienen diversas enfermedades físicas.

La aparición del SIDA ha puesto a la humanidad en una situación de extrema emergencia. Se calcula que en el año 2,000 en los países en desarrollo el SIDA superará los 1,8 millones de muertes anuales. El costo de ello, anularía todos los avances logrados en salud. Sin embargo, factores de alto riesgo de contraer la enfermedad (prostitución, drogadicción, etc.) se extienden especialmente en países como el nuestro, tal como los autores y otros estudiosos lo han detectado (55). Los factores psicosociales al afectar el sistema inmunitario son relevantes en casos de SIDA, e igual en su tratamiento.

54 Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud.

55 Vallejos J. y Montero V.: La Prostitución en Lima, un estudio psicosocial. Lima, 1993.

En la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social realizada en marzo de 1995, la OMS explicó la situación actual a nivel mundial:

La **esperanza de vida al nacer** es de 76 años en los países desarrollados, mientras que en otros países es de 54 años.

La **tasa de mortalidad materna** es de 11 por 100,000 nacidos vivos en los países desarrollados y de 735 en los menos avanzados.

La **tasa de mortalidad infantil** es de 7 fallecidos por mil nacidos vivos en los países desarrollados y de 112 en los países menos avanzados.

La **desnutrición infantil** en menores de 5 años llega a 192,5 millones (1 de cada 3) en los países en desarrollo, en África es de 1 por cada 4, en Asia de 2 por cada 5 y en Latinoamérica de 1 por cada 10.

Sobre el **peso al nacer** el 20% de los nacidos en países en desarrollo pesan menos de 2,5 kg.

Sobre la **situación de las madres** el 56% sufren de anemia en los países menos desarrollados. Las cifras de mortalidad materna en estos países es 100 veces más elevada que en los desarrollados.

Respecto a la **situación de los niños**, 80 millones de niños de 10 a 14 años trabajan con riesgo para su desarrollo. Mientras que 100 millones de niños y adolescentes viven en las calles.

La **tasa de suicidios** está en incremento, llegando a duplicarse y hasta triplicarse en algunos países, encontrándose en una alta proporción índices de alcoholismo.

La **prevalencia del SIDA** en adultos es de 18 millones en el mundo, de los cuales 11 millones están en África.

El **alcoholismo y la drogadicción** es alarmante, pues 30 millones sufren de sintomatologías asociadas al alcoholismo; 300,000 muertes por año se deben a cirrosis alcohólica; 50,000 muertes se deben a accidentes de tránsito relacionadas a consumo de alcohol; un millón de mujeres usan hipnóticos y sedantes; 20 millones de niñas de la calle toman inhalantes.

El número de **refugiados y desplazados** es entre 20 y 30 millones en el mundo.

La **desigualdad social** se muestra evidente en numerosos indicadores que se asocian a problemas de salud masivos. Así sobre el **acceso a agua potable en el campo** tenemos que es de 63% en países en desarrollo, 52% en América Latina pero supera el 72% en el sureste asiático y pacífico oriental. El **acceso a eliminación higiénica de basuras en zonas rurales** es de 62% en países en desarrollo, en América es de 34%, pero en África y Asia es de menos del 25%

Pero la **desigualdad frente a la mujer** se torna trágica en muchos casos. Así 100 millones de mujeres fallecieron en el mundo producto del trato discriminatorio desde el nacimiento. Sólo en China 44 millones desaparecieron como consecuencia de la campaña de control de la natalidad y la tolerancia frente al infanticidio. Dos tercios de los 885 millones de analfabetos son mujeres. El 75% de los refugiados son mujeres y niñas.

El **maltrato a la mujer** se evidencia en las **mutilaciones genitales** que es entre 85 y 114 millones de adolescentes. Mientras que la **violencia doméstica** origina 100,000 días de hospitalización en los EEUU.

Así, aunque las condiciones de salud han mejorado en el mundo, el ritmo de ese avance ha sido desigual entre países (56).

Comparando la situación de salud de los países del Mundo, encontramos que respecto a la **Tasa total de fecundidad**, Rwanda presenta la más alta con 8.3, luego tenemos a Yemen (7.7), Malawi (7.6) y Etiopía (7.5) frente a Italia que presentan la más baja (1.3), Grecia y España (1.5); Países Bajos, Alemania, Dinamarca y Japón (1.6). India presenta una alta tasa (4.0). En Asia, Hong Kong sólo tiene 1.8, China presenta un 2.5. En América Latina, Nicaragua y Guatemala presentan la tasa más alta (5.4 y 5.5) y Cuba presenta la más baja (1.9), sorprende Chile con apenas 2.6, mientras Perú llega a 3.8. En Oriente Medio, sorprenden Georgia con 2.1 e Israel con 2.1.

Sobre **Esperanza de vida (EV)**, Japón es el país que ocupa el primer lugar con 79 años; luego siguen Hong Kong, Suecia y Suiza con 78. Comparando la evolución de 1960 a 1990, sorprende el caso de Chile que subió 18 años en EV alcanzando los 73 y el de Portugal que subió 15 años alcanzando los 75 frente a Japón que subió 11 años. En América Latina, Perú subió 20 años pero sólo llegó a los 65, es más destacable el caso de Ecuador que subió 17 años pero llega a los 70 años; Puerto Rico y Cuba alcanzan en EV los 76 años.

La **tasa de mortalidad perinatal (1990)**, es más baja en Japón con 6; Suecia, Nueva Zelanda y Alemania con 7. En Medio Oriente destaca Israel con 11. En América Latina, Chile con 14 y Cuba con 17. Los países con más alta tasa son: Nepal con 90, Etiopía y Burundi con 87 y Rwanda con 86; y En América Latina, Perú alcanza una tasa de 40, estando sólo por debajo de Haití que tiene 43.

La **tasa de mortalidad infantil**, es más baja en Japón con 6, en Finlandia y Suecia con 8; y es más alta en Sierra Leona con 360 y Níger con 320. En América Latina destaca Cuba con 12, mientras que Haití tiene 156; destacando el caso de Chile que bajó 135 puntos desde 1975 con una tasa actual de 20. Perú aparentemente habría obtenido un logro significativo al bajar 160 puntos, pero su tasa es de 73 ocultando las diferencias entre regiones.

La **tasa de mortalidad adulta**, es más alta en Nigeria (mujeres: 464, hombres 513); mientras que es más baja en Japón (mujeres: 120, hombres 63). En América Latina, la más alta en Haití (mujeres: 406, hombres 413) y la más baja en Cuba (mujeres: 55, hombres 134).

Es de resaltar que las condiciones de salud en México y Brasil no son mejores que de otros países de menores ingresos en América Latina, ellos son superados por Chile, Venezuela, Argentina. Chile es el país que mejores logros ha obtenido en materia de salud, pese a que supuestamente su infraestructura en muchos lugares de ese país no es mejor que Perú, lo cual nos permite suponer que el aspecto preventivo- promocional es lo que le ha permitido altos éxitos. Igualmente, destaca Canadá con un desarrollo en salud más parejo que otros países del mundo. EEUU presenta altos niveles de salud y de vida pero no logra superar a Canadá. Igualmente, es sorprendente el desarrollo de Japón, pero presenta algunos problemas relativos a salud mental. Otro hecho, es que la esperanza de vida en China no es baja, pero no es del todo cierta la creencia que todos los chinos viven mucho, hecho que sí se cumple en Hong Kong. Cf. Cuadro #

Todo lo anterior, prueba ampliamente la aseveración del Banco Mundial de que es altamente rentable invertir en salud, y que los países de economía consolidada a su vez tienen alta calidad de vida porque invierten en salud. Pero esto es posible sobre todo si se asocian los sectores salud y educación.

En Perú, en el campo de salud es necesario precisar algunos datos: La población enferma que realiza **consulta médica** es de 41.7% frente a un 58.3% que no realizan ninguna consulta(57).

Las tasas de salud en Perú indican aún serios problemas: alta tasa de fecundidad (3.8), esperanza de vida de sólo 65 años, una tasa de mortalidad perinatal de 40, tasa de mortalidad infantil de 73, y tasa de mortalidad adulta algo elevada (hombres: 272, mujeres: 221). Comparándonos con otros países, aparentemente Perú ha mejorado notablemente en salud, esto al parecer se cumple para los sectores medios altos y altos urbanos, pero los índices son alarmantes en los sectores rurales y pobres. (58)

Según el Ministerio de Salud (59), algunos de los logros obtenidos a 1995 eran los siguientes:

PROGRAMAS SOCIALES

LOGROS A 1995

PLANIFICACION FAMILIAR

- Tasa de fecundidad	3.4 hijos/mujer
- prevalencia de uso de métodos anti-conceptivos modernos MEF	35.7%

57 Fuente: CUANTO SA - ENNIV 94

58 Banco Mundial: Invertir en Salud, 1993

59 Tomado del Informe del Ministerio de Salud, publicado en Diario El Comercio 29 oct. 1995 Suplemento Especial.

SALUD MATERNO PERINATAL

- Cobertura control prenatal 60%
- Cobertura de atención de parto 50%

SALUD ESCOLAR Y ADOLESCENTE

- Orientación a adolescentes 12%
- Prevención maltrato infantil 5%
- Formación escuela de padres 22%

CONTROL DE EDA Y COLERA

- Mortalidad por EDA 4.5%
- Letalidad por cólera 1%

CONTROL DE IRA

- Mortalidad por IRA 13%

CONTROL DE TBC

- Morbilidad TBC 225 x 100 mil hbt

CONTROL DE SIDA Y ETS

- Notificación casos de SIDA 60%
- Casos reportados total país 2,900
- Casos en Lima Ciudad 1,301

Pese a los avances que se observan vemos que en algunos casos hay mucho por trabajar. Empero, el problema central de salud en Perú es reducir las diferencias entre departamentos del país en cuanto a cobertura, prevalencia de enfermedades y medidas preventivas.

Sin embargo, enfrentar estos problemas y especialmente centrarse en la prevención, implica un enfoque psicosocial que incida en el cambio de hábitos, estilo de vida y comportamientos.

Costa y López (60) afirman que el **comportamiento** viene atravesando y sembrando la vida cotidiana de la gente ocupando el centro del proceso evolutivo. Constituye el esfuerzo instrumental por controlar el ambiente, hacerlo propicio y desarrollar habilidades y competencias apropiadas para la salud, el bienestar y la supervivencia. Sin embargo, diversos comportamientos humanos están dando lugar al fracaso, la agresión, la guerra, la enfermedad, la autodestrucción, la muerte.

Los humanos siempre hemos sido conscientes de la relación existente entre grado de salud y bienestar y el tipo de costumbres y estilos de vida, hoy esto adquiere vital importancia.

60 Costa M. y López A.: Salud Comunitaria. Edil. Martínez Roca, Barcelona 1986.

Frente a los grandes progresos tecnológicos, se alzan los comportamientos como los grandes responsables de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad.

Los comportamientos tienen hoy mayor importancia que los microorganismos. Así O'Neill (1983) y San Martín (1982) muestran como indicadores de la crisis de la salud a problemas derivados del estilo de vida: cáncer, obesidad, consumo de drogas, accidentes de circulación, enfermedades de transmisión sexual, embarazos en edad de riesgo, etc.

Incluso, las enfermedades infecciosas y crónicas están asociadas sobre todo en los países más pobres a procesos asociados al comportamiento.

MECANISMOS QUE RELACIONAN LA CONDUCTA A LA ENFERMEDAD FÍSICA

Las investigaciones muestran que los procesos de la salud y la enfermedad podrían ser agrupados dentro de 3 grandes categorías: efectos psicofisiológicos directos, hábitos y estilos de vida dañinos para la salud, y reacciones a la enfermedad y el rol del enfermo (61)

1. Efectos psicofisiológicos directos

Los efectos psicofisiológicos implican alteraciones en la función del tejido por medio de las respuestas fisiológicas a los estímulos psicosociales. Este mecanismo abarca cambios corporales (stress inducido).

2. Hábitos y conductas dañinas para la salud

Fumar cigarrillos es probablemente la conducta que más resalta en esta categoría, por eso, ha sido implicada como un factor de riesgo para las causas que conducen a la muerte en EEUU. Dieta pobre, falta de ejercicio, consumo excesivo de alcohol, y prácticas higiénicas pobres también han sido relacionadas al resultado de la enfermedad (62). Hábitos que están muy arraigados en las prácticas culturales o iniciales por influencias sociales.

El papel de los sistemas de creencias individuales, estilos de vida, y procesos socio-psicológicos, y cómo ellos afectan el desarrollo de las enfermedades crónicas, son relevantes.

3. Reacciones a la enfermedad y el rol del enfermo

Cuando los individuos minimizan la importancia de los síntomas, se demoran en buscar la atención médica, o dejan de obedecer las prescripciones del tratamiento y rehabilitación.

61 Krantz, Grnberg, Baum: Op. cit.

62 USDHEW, 1979a; Instituto de Medicina, 1978

Diversos estudios, reportan bajas tasas de acatamiento desordenados de las prescripciones de los cuidados médicos (63). Existe investigación considerable sobre los procesos sociales y psicológicos implicados en las reacciones de los pacientes al dolor y la enfermedad, percepciones de síntomas, y la obediencia a las prescripciones médicas.

LA APROXIMACION A LOS EVENTOS DE VIDA

Identificar y cuantificar los eventos que conducen al stress han ido desde estímulos desagradables hasta eventos cataclísmicos tales como desastres naturales o guerra (64)

Halmes & Rahe (1967) desarrollaron una escala de eventos de la vida para determinar si los efectos de ajustes repetidos requeridos por los cambios de vida agotan las fuentes adaptativas durante la defensa e incrementan la vulnerabilidad a la enfermedad relacionada al stress. La escala incluye: encarcelamiento, lesión, embarazo y pérdida del trabajo. Un incremento en el índice de cambios o una aglomeración de cambios de vida tienden a ocurrir dentro del inicio de la enfermedad (65). Los relacionados al stress podrían subyacer en la vulnerabilidad acrecentada a la enfermedad (66).

Esto ha sido criticado por Rabkin & Streuming 1976, Dohrenulend & Dohrenulond 1978; De Longis et al 1982. Los resultados negativos han sido reportados, mostrando poca relación confiable entre los eventos vitales y la subsecuente enfermedad (Hinkel 1974). Se dice que uno simplemente podría usar el cambio en la salud para predecir otros resultados sobre la salud (Costa & Schroder, 1984).

Se requiere examinados que estimen la valencia percibida y el impacto del cambio de vida. Otra aproximación es medir acontecimientos estresantes cotidianos que pueden afectar con igual o mayor alcance que el cambio de vida más principal o más externamente visible.

Estudio de Eventos Unicos

Es intensa la búsqueda de un único estresor agudo o crónico. Se sabe que los episodios únicos de exposición aguda a los estresores produce una respuesta temporal, pero la exposición repetida a los encuentros breves con el stress pueden producir problemas más serios (De Lousis et al. 1982). Los estresores crónicos incluyen stress del trabajo, desempleo a corto plazo, incertidumbre y encarcelamiento, los que produciría problemas psicológicos y fisiológicos a largo plazo (67).

63 Sackett & haynes, 1976; Haynes, 1979

64 Lazarus & Cohen 1977

65 Halmes & Masuda 1984, Ganity & Mark 1979

66 Mason et al. 1979

67 Kasl & Cobb 1970, Baum et al. 1983

PSICONEUROINMUNOLOGIA

El sistema inmunitario es un mecanismo de vigilancia responsable de combatir los microorganismos que causan enfermedades y a otros agentes extraños. Este sistema en vez de ser una entidad de defensa, está integrado con otros procesos fisiológicos y es sensible a cambios en el sistema nervioso central y al funcionamiento endocrino (68).

La psiconeuroinmunología (Ader 1981) estudia las interacciones entre procesos psicológicos e inmunológicos.

Efectos del stress sobre la función inmunitaria

Los mecanismos por los cuales estos efectos son generados concitan actualmente de gran interés. Hay evidencia que las hormonas adrenales son agentes primarios de inmunosupresión (Stein 1983). También se da incremento de estas hormonas con frecuencia precediendo a episodios de enfermedad infecciosa (Jemmott & Locke 1984). Sin embargo estos estudios no son suficientes para explicar la inmunosupresión inducida a stress.

Stress y Cáncer Humano

El stress puede jugar un rol en el desarrollo temprano a la aparición de cáncer humano (69). Los estudios muestran correlación en su aparición con pérdida de alguien amado, con la incapacidad o desesperanza y con la depresión.

Más posible es la relación de stress y la personalidad en el progreso y resultado del cáncer. Así se ha estudiado las diferencias de supervivencia (70) y parece que la depresión y desesperación están asociados a pobres tasas de supervivencia, mientras la ira y hostilidad se relacionan a resultados más favorables.

FACTORES CONDUCTUALES EN DESORDENES CARDIOVASCULARES

Las variables conductuales son importantes en la etiología, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular (71).

Factores de Riesgo Estándar

Un factor de riesgo es un atributo de la población de interés, o del ambiente, el cual incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

68 Kratz, Grunberg, Baum: Op. cit.

69 Fox 1978, Sklar & Anisman 1981

70 Fox 1978, Borofsky 1981, Kratz & Glass 1984

71 Cf. Gentry & Williams 1979; Kranstz et al. 1983; Ostfeld & Eaker 1984; Steptoe 1981; Kannel 1979 (incidencia), Ostfeld & Eaker 1984 (factores sociales), Mann 1977; Kroelicher et al 1980 (dieta y ejercicio), Venir et al. 1983 (riesgos)

El fumar como riesgo se incrementa con el sexo y edad. También implican riesgos: las presiones ocupacionales, eventos stressantes de la vida y problemas de conducta (72). El consumo de sal parece relevante en individuos genéticamente predisuestos y la obesidad es importante pero se requiere precisiones(73).

Factores de Riesgo Psicosociales

Entre estos tenemos:status socioeconómico, ansiedad, stress psicológico, problemas evidentes de conducta- tipo A "tendencia coronaria"- (74), siendo los dos últimos los más considerados.

También se indican como riesgos: la excesiva carga de trabajo, responsabilidad de trabajo e insatisfacciones (House 1975).

El stress ambiental como: intensidad ocupacional o ruido de la comunidad muestran ligazón (75).

MODELO PSICOLOGICO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD

Krantz y col. plantean un modelo que integra diversos aportes (76). Este comprende 2 aspectos: A) Proceso, B) Resultados

A) PROCESO.- Que incluye:

- 1) Factores históricos
 - a) estilos interactivos
 - b) capacidades
- 2) Condiciones presentes de interacción
 - a) competencias efectivas momentáneas
 - b) condiciones del organismo (que facilitan o interfieren)
 - c) condiciones del contexto situacional
- 3) Modulación por variables ambientales

B) RESULTADOS.- Que incluye:

- 1) Vulnerabilidad biológica
- 2) Disponibilidad de conductas de riesgo o prevención
- 3) Estado de enfermedad o salud resultante
- 4) Conductas asociadas a enfermedad

La práctica de un comportamiento preventivo eficaz depende de que la persona: pueda y quiera llevarlo a cabo. Para esto último se requiere competencias efectivas y condiciones suficientes.

Las competencias efectivas requieren:

- a) Reconocer los comportamientos y situaciones de riesgo
- b) Reconocer cuáles son las señales o condiciones de estímulo

72 Elliot & Eisdorfer 1982; Hamburg et al. 1982

73 Dahl et al. 1962 (consumo de sal). Shapiro 1983 (obesidad)

74 Cf. Jenkins 1976, Ostfeld & Eaker 1984. Cf. sobre conducta tipo A : Krantz y ot. Op. cit; Friedman & Rosenman 1959; Rosenman et al. 1975; Haynes et al. 1980; Prael 1981, Matthews 1984, Dembroski et al. 1985; KJenkins et al. 1971; Glass 1977

75 Cohen et al 1981; Peterson et al 1981

76 Cf. Krantz y col.: OP. cit. Se toma aportes de Bayés 1985 a 1989; Bayés y Aranza 1988; Ribes 1982, 1989, Ribes y López 1985; Ribes y Sánchez 1989, Talento y Ribes 1980.

- c) Señalar las consecuencias del riesgo y la prevención
- d) Reconocer los comportamientos preventivos eficaces
- e) Practicar los comportamientos preventivos eficaces

Las condiciones suficientes se refieren a costo económico, administración o asequibilidad y proximidad al riesgo (espacio-temporal).

La práctica de un comportamiento preventivo eficaz depende de:

- a) Estados biológicos momentáneos
- b) Factores situacionales: a) coyunturales, b) normas

Los estilos interactivos implican modulaciones de estados motivacionales y competencias. Entre ellos tenemos: la tolerancia a la ambigüedad, la tendencia al riesgo y cumplimiento preventivo.

3 CAPITULO

DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN EL MUNDO

Existen diferencias en el desarrollo de la Psicología de la Salud y Comunitaria por factores históricos y culturales. Las más saltantes son entre los países industrializados de Occidente y los subdesarrollados. Sin embargo, en la mayoría de países La Psicología tiene un escaso o nulo papel en el sistema de salud, por ausencia de personal entrenado, escasez de recursos, concepciones diferentes y escepticismo gubernamental. Esto da lugar que en diversos países, especialmente en sus zonas pauperizadas, diversas instituciones privadas asuman un papel promotor. En contraste, la Medicina Occidental, se ha asentado en las principales ciudades y en sus aparatos de planificación de la salud. Otro factor es que la mayoría de técnicas psicológicas sólo se desarrollan plenamente en EEUU y Europa y es muy reciente en otros lugares. Los países en vías de desarrollo han asimilado la Psicología por intercambio con el Primer Mundo. Además existe en pocos países protección para la práctica psicológica.

Rosenzweig (1982) estimaba que a nivel mundial hay unos 260,000 psicólogos, sin embargo la mayoría se concentra en los países desarrollados, así sólo en EEUU hay 100,000 psicólogos. El desarrollo y quehacer de la Psicología varía según se trate de: a) países occidentales y altamente desarrollados, b) países de Europa oriental y China, c) países en vías de desarrollo, d) países más pobres.

En los **países occidentales y altamente desarrollados**, encontramos un alto grado de formación, comprendiendo a América del Norte, Europa Occidental, Japón y Australia. De allí vienen los recientes avances en Psicología de la Salud. Por su parte la Psicología Comunitaria se basa en el análisis ecológico y medioambiental y la acción social. En Japón, la Psicología Occidental interacciona con las tradiciones y valores de su cultura (destaca por ej. Doi, 1962, 1973).

En los **países de Europa Oriental y China**, llamados socialistas y hoy con una reorientación hacia la industrialización y modernización, pese al menor número de psicólogos, existe un creciente interés en potenciar su labor. La URSS ha superado anteriores restricciones al trabajo científico difundiendo los aportes de psicólogos de alto nivel, antes marginados, y se ha dado una apertura a la comunidad científica. Algunos de estos países tiene desarrollo similar al de Europa occidental. China, tuvo una fuerte confusión que marginó el trabajo del psicólogo eliminándolo oficialmente, aunque hubo avances en otros campos de la salud, con aportes significativos sobre todo en Acupuntura, sólo cuenta con dos

mil psicólogos, sin embargo, recientemente se ha reorganizado la Psicología y cumplirá en el futuro un importante papel en la salud, actualmente tiene una mayor influencia en la política y desarrollo nacional. La salud mental en China se asienta a nivel comunitario con redes sociales, logrando su inserción en la vida comunitaria, ayudando a prevenir marginación, delincuencia y otros problemas sociales, asociándose salud mental a las experiencias vitales conflictivas con las normas políticas y sociales. Su éxito es evidente en la disminución de enfermedades, abuso de drogas, pobreza, desempleo, violencia, etc. Sin embargo, la acción es restrictivamente psiquiátrica y con un modelo médico que conjuga hierbas, acupuntura, ejercicio e instrucción política con medicina occidental.

En los **países en vías de desarrollo**, tenemos a América Latina con un rápido crecimiento de la Psicología. Aunque ubicado entre los países socialistas, **Cuba** comparte similares problemas, constituyendo una excepción en la zona por el alto nivel alcanzado en salud y educación; dándose énfasis en la promoción de la salud y la atención primaria, reducción del riesgo social, desarrollo de habilidades competitivas y la acción comunitaria. **México** tiene un singular desarrollo, encontramos 20,000 potenciales psicólogos y 27 Universidades formativas. Existe avances en Asia, sobre todo en India, Filipinas, Indonesia, Tailandia, Singapur, Hong Kong. En estos últimos 3 países y en Japón, la Psicología tiene un reconocido nivel de desarrollo. En Africa, destaca Nigeria y Sudafrica. En Sudafrica, Holdstock (1981) critica el fracaso de los psicólogos al trabajar con los "sanadores" indígenas; en cambio en Nigeria, Lambo y otros (1961) logran una simbiosis de las aproximaciones tradicionales y occidentales en salud. Especialmente en India y Nigeria existe una pequeña atención a la clínica y la psicoterapia, recogiendo la riqueza de tradiciones medicinales indígenas, existiendo trabajos muy destacables como los de Kakar (India, 1982). Es de destacar los niveles de actuación comunitaria de los países centroamericanos y caribeños.

En **Perú**, en 1960 egresan un significativo número de psicólogos, ingresando gran parte a los Hospitales, siendo su labor básicamente dependiente del médico o psiquiatra. Paulatinamente se amplían sus actividades, integrándose al equipo de salud, sobre todo con la comunidad terapéutica. Luego, da a conocer sus funciones a otros servicios como neurología, neurocirugía, pediatría, rehabilitación, obstetricia, ginecología, cirugía, etc.. El Consejo Psicológico y la Psicoterapia, irán siendo espacios ganados lentamente, para luego abordar la investigación en salud sobre temas como: asma, úlcera péptica, tuberculosis, gestación, amputación. Ya en 1975, Falvy señalaba que el psicólogo en los Hospitales asumía 3 fases: prevención, emergencia y rehabilitación. Ella proponía integrar la actividad del psicólogo al equipo de emergencia del Sistema de Defensa Civil. De la Torre, señala que entonces en el Hospital del Niño, el psicólogo realizaba diagnóstico y tratamiento (orientación, consejo, terapia de juego). Burgos, a su vez mostró que el 63% de médicos concebían que el psicólogo era un ayudante del psiquiatra; ella proponía que en los Hospitales debían haber 3 secciones de Psicología: clínica, educativa y laboral. Posteriores

experiencias logran insertar la Psicología de la Salud en la Comunidad, como detallamos más adelante.

En los **países más pobres**, tenemos a la mayoría de África y Asia, donde los servicios son para privilegiados y la enseñanza es elemental, con una sobrepoblación y crecimiento incontrolado, desastres diversos, desniveles económicos graves e inestabilidad, con urgente necesidad de desarrollo nacional. Sin embargo la Psicología de la Salud y Comunitaria tienen amplias posibilidades de desarrollo y hay gran demanda de asistencia técnica.

Así, la Psicología de la Salud está muy asociada a la Medicina de la conducta, teniendo sus raíces históricas desde las religiones primitivas; pues los individuos que no actuaban como debían eran considerados enfermos. La enfermedad es explicada en las antiguas culturas y sus actuales descendientes, como producto de acontecimientos conductuales o medioambientales, incluyendo actos erróneos, maldiciones rituales o posesión de espíritus. En ellos no había separación de emociones y enfermedad corporal. El tratamiento comprende sacrificio, oración y poder sugestivo. Medicina, Filosofía y Religión marchaban juntos.

En la historia encontramos muchos estudios descriptivos, luego cuantitativos y psicofisiológicos. El estudio del reflejo condicionado (Pavlov) fue relevante y dio las bases para la teoría del aprendizaje. Sherrington (1906) muestra que la cognición puede alterar el arco reflejo. Cannon estudia la homeostasis y defensa frente a la huida. Dollard y Miller traspolan aportes psicoanalíticos a la teoría del aprendizaje. Miller explica el condicionamiento en los cambios psicofisiológicos y surge la bioretroalimentación. El médico Selye investigó el stress en la fisiología de los organismos. La importancia psicológica se muestra con el registro fotográfico de los efectos del stress en la pared gástrica (Wolf y Wolf). Se comprobó así que los estados emocionales impactan en el proceso fisiológico que produce enfermedades somáticas. Surge el modelo biopsicosocial (Guze, Matarazzo & Saslow, 1953) y la enfermedad ya no se reduce más a un simple germen o molécula mutada; el agente patógeno se ve en interacción con un huésped susceptible.

Luego, otros estudios muestran el efecto de los placebos y enfermedades iatrogénicas. Posteriormente, se correlaciona enfermedad con cambios vitales stresantes (Holmes y Rahe; Bloom 1985). El DSM III muestra hoy relaciones demostrables entre enfermedad física y mental, habla de las psicósomáticas y de factores psicológicos que afectan desórdenes físicos.

Entre los aportes significativos que orientaron el quehacer de la psicología de la salud tenemos a: Wallon que investigó las emociones y el desarrollo del niño (77); Merani, Psicobiología y Psicología Genética (78); Ajuriaguerra, con obras de

77 Wallon H. : Los orígenes del carácter en el niño.

Wallon H. : La conciencia y la vida subconsciente, en Enciclopedia de Psicología, Dumas y ot.

78 Merani A. : Psicobiología. Ed. Grijalbo.

Merani A. : Psicología Genética. Ed. Grijalbo.

alta calidad en Psiquiatría Infantil(79); Brunet y Lezine, estudios sobre el desarrollo psicomotor (80); Maslow, estudios de psicología infantil y motivacionales (81), buscando integrar los aportes de Oriente; Reich, estudios de bioenergía (82), con igual motivación que el anterior; Winnicott y Vygotski, estudios de psicología infantil (83), resaltando el papel del objeto transicional; Luria, con aportes significativos sobre neuropsicología (84), descubriendo la integración de nuestros sentidos y procesos en la percepción, lenguaje y pensamiento.

Recientemente, hay un acelerado desarrollo de nuevas tecnologías de la salud y demanda de un trabajo interdisciplinario e incluso transdisciplinario. Sin embargo, muchos programas son aplicados por personal con poco nivel educativo.

Una atención especial viene teniendo **la salud y el medio ambiente**. Grandes cambios epidemiológicos se han producido, determinándose la importancia de las condiciones crónicas que pueden prevenirse o modificarse con la modificación de la conducta que genera la enfermedad. Cobra interés los estudios sobre problemas cardíacos, cerebrovasculares, cáncer y accidentes cuatro causas de muerte comunes con implicaciones conductuales. La modificación de factores de riesgo busca alterar la incidencia y curso de la enfermedad. Diversos programas de intervención buscan un impacto en los factores de riesgo.

Asimismo, se buscan modificar los modos de vida, profundizar en salud ocupacional y seguridad. El objetivo es detectar signos precoces de stress y síntomas relacionados al modo de vida. Así como la detección de alteraciones en el medio ambiente y el cuerpo humano. Determinándose indicadores perceptivo-psicológicos de esfuerzo, y exigencias psicológicas laborales que son factores de riesgo para la enfermedad, consumo de drogas o afectan el bienestar.

Han surgido programas de reorganización laboral, de mejora de condiciones psicosociales: alternativas a la cadena de producción y otras. Así se ha ampliado el concepto de medio ambiente laboral y han surgido cambios en la legislación laboral.

Se han investigado las fuentes del stress: sobrecarga de trabajo, horario laboral, roles en la organización (ambigüedad y conflicto), relaciones sociales laborales y clima organizacional. Igualmente, se estudian las variables individuales moduladores de los efectos negativos.

79 Ajuriaguerra J. : Manual de psiquiatría infantil.

Ajuriaguerra J. : Manual de psicopatología infantil.

80 Brunet y Lezine: El Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia.

Lezine I.: El desarrollo psicomotor del niño.

81 Maslow A. : Motivación y Conducta.

82 Reich W. : **Obras completas**

83 Winnicott : Juego y realidad.

Vygotski: Lenguaje y Pensamiento.

El desarrollo de los procesos psíquicos superiores. Grijalbo.

84 Luria : El cerebro en acción.

Luria : Un pequeño libro sobre una gran memoria.

Igualmente, existen avances en control del entorno y toxicología neuroconductual. En España y otros países se utiliza el ordenador para control del entorno.

Otro gran avance es en **prevención y control de enfermedades crónicas**. Los psicólogos han dado significativos aportes a la prevención y control de las enfermedades dentales en EEUU. Se ha trabajado en las creencias y conducta sobre la salud. Otros aportes de investigación es en las enfermedades cardíacas, especialmente en los EEUU. Los Programas para disuadir del hábito de fumar se han extendido y han servido de modelo para la prevención de enfermedades.

Los cardiólogos Friedman y Rosenman propusieron un modelo de conducta de propensión coronaria identificado como factor de riesgo. La conducta de riesgo incluye competitividad, impaciencia, hostilidad y movimientos rápidos. Aportes como los de Dembroski y col (1985) y Suinn (1982) aportan en la modificación de conducta: entrenamiento de relajación, reestructuración cognitiva y guía práctica.

En Europa (Holanda, Bélgica, Inglaterra, Alemania) se han promovido talleres, grupos de trabajo y visitas científicas para afrontar problemas cardíacos. Se han tomado modelos animales y determinado agentes stresantes. En Suecia se estudió la reactividad cardiovascular al stress y en Holanda se investiga la relación entre ampliación de vida y el infarto. En Finlandia se encontró alta tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular (Puska, 1984). En Helsinki se diseñó un programa de intervención educacional, incidiendo en el consumo de tabaco y factores de riesgo como colesterol alto e hipertensión. En Bélgica se encontró que el 65% de mortalidad era debido a accidente cardiovascular y cáncer, por ello expertos de la OMS (Kittel y ot, 1984) realizaron un programa de intervención multifactorial en centros laborales y luego en comunidades con intervención en gran escala.

Similares experiencias comunitarias se realizaron en EEUU (Matarazzo y col, 1984). En Stanford y Baylor, se estudió el Riesgo Múltiple, elaborando programas de modificación del estilo de vida.

Así programas preventivos en cáncer y cardiología en Europa, Africa, EEUU, Australia, México, Israel y Japón, han contado con la participación de psicólogos en la evaluación y modificación de conducta de riesgo, con el uso de la enseñanmza social, organización comunitaria y comunicación-persuasión.

En Japón se ha logrado una adaptación cultural de la psicología occidental a sus normas y necesidades (Azuma, 1984).

En Checoeslovaquia (1981), se debatió en un Simposium sobre factores de riesgo psicofisiológicos (Horvath y Frantik, 1982). Los expertos de Europa, Japón, Nigeria, Australia y EEUU contaron con mayor número de psicólogos de la salud. Se enfatizó en el stress psicosocial, personalidad y factores ocupacionales.

La OMS (1981) enfatiza sobre los factores psicosociales en salud y enfermedad, encargando trabajos de expertos en stress, modo de vida y prevención de la enfermedad. Patrocinando desde 1983 talleres sobre factores psicosociales en el desarrollo, tratamiento y prevención de la hipertensión. Estudiándose las terapias y su compatibilidad con culturas y sociedades diversas. La URSS y EEUU (1982, 1984) asumieron un acuerdo de intercambio científico para la transferencia de métodos.

La OMS propició el estudio MONICA de vigilancia de la morbilidad mortalidad cardiovascular, incluyendo a 40 centros en el mundo. Se determinó factores de riesgo, modelos de vida, status socioeconómico y cuidado de la salud. Los temas predominantes fueron el stress, protección social, acontecimientos vitales, conducta de riesgo y movilidad social geográfica.

Así los temas de salud están presentes en organizaciones, como la Asociación Psicológica Americana (APA), la OMS, la Comisión de Comunidades Europeas y otras nuevas como: Sociedad Peruana de Biofeedback, Asociación para el Avance de la Terapia de la Conducta, Sociedad para la Investigación Psicofisiológica, Sociedad de Medicina Conductual, la División de la Psicología de la Salud de la APA y en la Asociación Internacional de Psicología Aplicada, Asociación Europea de Terapia de la Conducta. En Cuba, en el último Seminario Internacional de Psicología de la Salud, se acordó formar la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, siendo invitados Julio Celada y Víctor Montero a representar a Perú.

El interés por la salud nacional se ha incrementado en el mundo, sobre todo en términos de accesibilidad a cuidados médicos de calidad e igualdad de oportunidades y bienestar social. La responsabilidad de la calidad de la salud se desplaza del médico al paciente y al gobierno.

La Declaración de la OMS en Alma Ata "Salud para todos en el Año 2001" generalizó un giro en las concepciones y programas; pues la salud fue considerada aspecto esencial del desarrollo nacional, se enfatizó el bienestar social como preocupación básica de los gobiernos. La prevención y promoción en salud pasaron a ser los prioritarios. Se ha encontrado que muchas enfermedades se originan por higiene deficiente e ignorancia; se resalta el papel de los medios de comunicación. Los psicólogos pasan a tener un rol esencial en el uso de métodos científico- sociales, habilidades de comunicación y técnicas de modificación de conducta.

PLANTEAMIENTOS SOBRE LA SOCIOGENESIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Yuste Gribalja muestra que las primeras actitudes transformadoras se dan con la influencias de las ideas sociales en la Psiquiatría con Chiarugi (1747-1792) que

acepta en la etiología de las enfermedades mentales las causas ambientales, Tuke (1732-1819) que introduce el pensamiento filosófico, y sobre todo Pinel (85).

Pinel en 1793 rompe físicamente las cadenas de los alienados haciendo coincidir su concepción de la enfermedad mental y los ideales de la revolución burguesa.

Esquirol (86) es seguidor de Pinel y de su tratamiento moral de la enfermedad mental.

En Alemania, Riel describe los estados psiconeuróticos y la psicoterapia; Langerman abolió los métodos de restricción; Heinsoth utiliza por primera vez el término psicossomático.

En Italia, destaca Pisani (1760-1837). En Inglaterra, Tuke (1796-1828). En Bélgica Guislain (1797-1860).

El movimiento de higiene mental, surge en EEUU gestado por la acción en pro de mejor asistencia psiquiátrica, de Dorothea Guinde Dix y aplicado por Clifford Beers y Adolf Meyer.

El psicoanálisis de Freud, es continuado por Jung, Adler y Reich, y fue un hito importante en las reflexiones teóricas bajo óptica sociológica. Sullivan y Horney reelaboran los conceptos freudianos con lenguaje sociológico. Kohut (estudios sobre el narcisismo) y Lacan (estudios sobre la imagen especular y el imaginario) son dos exponentes de gran influencia.

Los aportes antropológicos destacan con Mead, Benedict, Malinowski, Linton y Carothers.

La psicología social norteamericana aporta en 3 grandes temas: cultura y personalidad (Kluckhohn), interacción social base de las técnicas de grupo (Cooley, Festinger, Le Bon, Newcomb, Bales, Moreno). Fueron Mead, Allport y Lewin aperturaron el camino para que los psiquiatras se interesen por la construcción social de la personalidad y el estudio de los factores sociales de la psicopatología. Mead explica los papeles sociales en la personalidad, Allport impulsa la experimentación en psicología social, y Lewin comenzó los trabajos sobre dinámica de grupo.

La influencia marxista en el Psicoanálisis aparece en Reich, Fromm, Osborn, Caruso y Marcuse y Castilla del Pino. La interpretación dialéctica de los descubrimientos freudianos da lugar a una renovada reflexión sociogenética.

Luego, surgen los sociólogos de los "problemas sociales". Durkheim (Francia, 1858-1917) con su trabajo sobre el suicidio que relaciona por primera vez sociología y psiquiatría. Thomas y Znaniecki (EEUU) pioneros de los estudios

85 Pinel Philippe: tratado médico filosófico sobre la manía.

86 Esquirol Etienne: Enfermedades mentales, 1837

sobre la desorganización social (87). Merton, con su concepto de "anomia"(88) y los estudios sociológicos sobre las enfermedades mentales de Parsons, Leighton, Dunham, Faris, Weinberg, K. Davis, Grole, Hollinghead, Redlich. Igualmente, tenemos los estudios sobre problemas psiquiátricos en Europa de Chombart de Lauwe, Bastide, Pellicier, Champion, Stoezel.

El conductismo, tiene en Watson un sistematizador de los experimentos de la reflexología rusa y los hallazgos de Pavlov. Aporta en la búsqueda de objetividad, la orientación estímulo-respuesta y la utilización de los reflejos condicionados, que más que modelo terapéutico tiende un puente entre sociedad y enfermedad. Aquí tenemos a Gantt, Lindell, Skinner, Eysenck, Wolpe, Walton, etc. Hoy estos planteamientos han sido renovados significativamente con los aportes de Schoenfeld y sobre todo con la Psicología Interconductual de Kantor.

El aporte de la Antropología cultural, renueva los planteamientos freudianos, destacando Malinowski (con estudios sobre los melanesios) el cual muestra que el orden social es un orden represivo. Mead que observa la ausencia de problemas entre los adolescentes de Samoa y la rareza de trastornos neuróticos en ellos; y sus estudios sobre los pueblos de Nueva Guinea, mostrando la relatividad de los comportamientos masculinos y femeninos. Benedict, estudia la personalidad de los mejicanos, los Dobu, de Nueva Guinea y los Kwakiutl del noroeste de EEUU.

Horney muestra el condicionamiento de la época y cultura; Sullivan muestra el papel del reconocimiento social y el status, la seguridad y la ansiedad, y el estudio de la organización de las experiencias sociales; Linton y Kardiner que explican la personalidad de base y los sistemas valor-actitud; Fromm estudia las formas de socialización y asimilación, dando lugar a diferentes caracteres.

Los estudios sobre el desarrollo humano especialmente del niño ha dado grandes aportes, transformando las concepciones sobre infancia, adolescencia, ancianidad y el humano en general. Es el caso de Spitz que resalta la relación madre-hijo. Bowlby, los cuidados maternos y la salud mental. Winnicott aporta con estudios sobre juego y realidad y el objeto transaccional. Piaget sobre el objeto intermediario, los estadios de desarrollo, y su epistemología genética que explica diversos problemas psicosociológicos y morales. Wallon que aporta sobre la relación entre estructuras cognoscitivas y afectivas, la personalidad y la educación del niño. Zazzo con sus estudios sobre parejas humanas (hermanos, gemelos, amigos, enemigos, sexuales) y la construcción de la personalidad. Vygotski sobre lenguaje y pensamiento y los procesos psicológicos superiores. Luria aporta con estudios sobre lenguaje y comportamiento, memoria, etc.

87 Thomas y Znaniecki: *The Polish Peasant in Europe and America, 1918-1921*. Estudio sobre conductas delictivas de los polacos en Polonia y EEUU.

88 Cf. Merton Robert: *Contemporary Social Problems*, Harcourt, N.Y., 1961. Cf. también: *Anomie and deviant behavior*. Clarendon Press N.Y., 1961

TEORIA DEL CAPITAL HUMANO

Otro gran avance, es la teoría del **capital humano**, generada a partir del economista norteamericano Shultz (1961), que reconoce al factor humano en una nueva y verdadera dimensión.

Esta teoría considera básicamente a los conocimientos y el aprendizaje como un valioso capital a obtenerse, preservarse y mejorarse progresivamente. Su premisa básica señala que las diferencias de ingreso de las personas son atribuibles en parte a las diferencias en la calidad del trabajo, ello en términos del monto del capital humano adquirido por los trabajadores.

Así, si se desea reducir la desigualdad en los ingresos de una población, un método para obtener este objetivo es reducir la desigualdad en las inversiones de las personas en capital humano (salud, educación, entrenamiento para el trabajo, etc.).

Esto es relevante, pues si una persona adquiere conocimientos y habilidades durante un determinado periodo de tiempo, ellos redundarán en sus posibilidades de ingreso futuro, las que a su vez le permitirán mejorar su productividad en el trabajo y en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Por ello, en la actualidad, más que asociar crecimiento económico con progreso tecnológico, se considera al capital humano como el motor del crecimiento económico.

De allí, a partir de la noción de capital humano se da una mejor comprensión del significado de la salud para la productividad; así la necesidad de invertir en salud aparece como necesidad urgente al crecimiento y desarrollo. Esto porque invertir en salud permite reducir las pérdidas de productividad como consecuencia de enfermedades que alteren la actividad del trabajador, posibilitando el uso de recursos naturales y aumentar la matrícula escolar mejorando las condiciones del aprendizaje.

El Banco Mundial ha mostrado como la tasa de crecimiento económico de más de 70 países en desarrollo durante 25 años, se relaciona con el crecimiento de las condiciones de salud.

El capital humano como motor de desarrollo, se vincula también a la inversión en educación. Esto porque ello da mayores posibilidades de generar ingreso. A mayor nivel de conocimientos se correlaciona una elevación en la productividad. Además, la educación abarca las distintas esferas económicas, permitiendo un mayor crecimiento. Invertir en educación es desarrollar y descubrir el talento potencial en una población, e incrementa la capacidad de las personas para la búsqueda de mejores oportunidades de trabajo. Igualmente, la educación influye en el mejoramiento de las condiciones de vida; pues el nivel de conocimientos se relaciona con la mejora de condiciones de salud, reproducción, nutrición y calidad

de vida en general. Por ello, esta inversión desarrolla nuestros recursos humanos posibilitando un mejor futuro en las diversas facetas vivenciales.

TEORIA DEL DESARROLLO HUMANO

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha formulado esta teoría y la ha difundido a través de diversos Informes (89). El desarrollo humano es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano como el nivel de bienestar alcanzado. Estas oportunidades se refieren sobre todo a la mejora de la calidad de vida (esencialmente salud y educación), los derechos humanos y el desarrollo de la autoestima. El ingreso vendría a ser sólo una de las oportunidades a tener, pero la vida no se reduce a eso. El desarrollo debe abarcar más que la expansión de la riqueza y los ingresos. Su objetivo central es el ser humano. Por ello hace énfasis en la formación de las capacidades humanas.

Esta teoría implica la búsqueda de un cambio radical en el orden mundial actual. Sostiene que el desarrollo humano debe ser igualitario, buscando reducir las disparidades entre países, zonas urbanas y rurales, entre sexos, entre ricos y pobres; y busca la integración étnica. Asimismo, este desarrollo debe ser autosostenido, es decir, satisfacer las necesidades de la presente generación sin afectar la capacidad de las futuras generaciones, protegiendo las oportunidades futuras de las personas.

El PNUD señala que la pobreza absoluta es de 64% en Asia, 24% en Africa y 12% en América Latina. Las 3/4 partes de pobres viven en zonas rurales, pero hay una tendencia a la urbanización de la pobreza. Los pobres estánm concentrados en áreas ecológicamente frágiles y hay una gran cantidad de hogares pobres dirigidos por mujeres e incluso las mujeres de hogares pobres están en peores condiciones que los hombres.

Algo a destacar, es el hecho que la mayor parte del trabajo que hacen las mujeres es "invisible" en las cuentas y los censos. Los quehaceres domésticos no son remunerados y no se tiene en cuenta, pese a los altos ingresos monetarios al hogar. Incluso aún el trabajo remunerado femenino es subvalorado en su contribución. Es así qe para compensar la pérdida de ingreso muchas mujeres trabajan largas horas, duermen menos y comen menos.

El desarrollo humano afronta los siguientes aspectos:

- a) Crecimiento y distribución.- El crecimiento económico es el camino más efectivo para lograr un desarrollo humano sostenido, pero debe ir acompañado de una distribución equitativa de los ingresos.
- b) Estado y mercado.- El mercado genera mecanismos para la asignación eficiente de recursos, pero no garantiza una distribución justa de los ingresos. Por

89 PNUD: Informe sobre Desarrollo Humano 1990, 1991, 1994

ello, debe propiciarse una producción eficiente y una distribución equitativa, sin interferir con el mercado.

c) Género.- Aún en las sociedades de mayores logros sociales, la mujer ocupa un lugar subordinado y sus oportunidades de progreso y realización se ven reducidas. Por ello, la erradicación de esta discriminación requiere tratamiento específico.

d) Medio Ambiente.- Antes esto era visto como preocupación propia de existencialistas, y sólo se atendía las urgencias. Hoy se sabe de la íntima relación entre pobreza y medio ambiente y cómo los daños ambientales agravan la pobreza. El actuar en función a la supervivencia y no planificar lleva a mayores desastres. Pero esto implica además el cambio de actitud de los países ricos en mejora del medio ambiente.

Las estrategias para cumplir estos objetivos comprenden: a) la reducción de la pobreza, b) la creación de empleo y c) la integración social.

Reducción de la pobreza

La pobreza es la mayor amenaza a la estabilidad política, la cohesión social y la salud ambiental.

La pobreza reduce la capacidad de la gente para usar los recursos satisfactoriamente e intensifica las presiones sobre el ecosistema.

Los pobres, sin embargo, no son un grupo homogéneo. Existen los pobres crónicos, que son marginados y con privaciones extremas; los de línea límite, como los desempleados ocasionales; y los nuevos pobres, como los funcionarios y trabajadores despedidos.

Las estrategias diseñadas para reducir la pobreza son:

a) Servicios sociales básicos.- Sobre todo educación y atención primaria de la salud.

b) Reforma Agraria.- Por concentrarse la pobreza en zonas rurales, implica distribución equitativa de la tierra y los recursos agrícolas.

c) Crédito para todos.- El acceso al crédito es básico, la solvencia de los pobres se ha demostrado por: su capacidad de ahorro aunque sea poco, su criterio de inversión, facilitación del autofinanciamiento. La descentralización es clave.

d) Empleo.- Ampliar las oportunidades de empleo y crear un ambiente que asegure un modo de vida sostenible, permite que los beneficios del crecimiento se extiendan.

- e) Participación.- Los pobres para beneficiarse con el desarrollo deben partir de participar en su formulación.
- f) Seguridad Social.- Garantizarla es necesaria para incluir a los que quedan excluidas de los mercados.
- g) Crecimiento económico.- Aumentar la productividad de los pobres ayudará a que se beneficien del crecimiento económico y que contribuyan a él.
- h) Carácter sostenible.- Cambiando el contenido del crecimiento, utilizando menos materiales y energía y con una distribución más equitativa.

Creación de empleo

Resalta la importancia de la creación de oportunidades suficientes de empleo productivo y modos de vida sostenibles.

La estrategia comprende los siguientes aspectos:

- a) Enseñanza y capacitación.- Invertir mucho en educación, capacitación y formación técnica.
- b) Una atmósfera propicia.- Que incluya políticas macroeconómicas justas y estables, marco jurídico equitativo, infraestructuras suficientes y sistema de incentivos para la inversión privada.
- c) Acceso a los bienes.- Equidad en distribución de tierras y mejor acceso al crédito e información.
- d) Tecnologías con alta intensidad de mano de obra.- Debe explotarse la mano de obra abundante. Las políticas deben estimular el empleo de alta densidad de mano de obra.
- e) Programas de obras públicas.- El Estado puede compensar insuficiencias de los mercados privados con programas.
- f) Grupos desfavorecidos.- El Estado debe aplicar proyectos o programas que afirmen a los grupos discriminados.
- g) Compartir empleo.- Reformulando el concepto de trabajo con sistemas flexibles que incluyan compartir empleo.

Integración Social

Evitando dislocaciones sociales violentas sobre todo conflictos étnicos.

Las medidas estratégicas serían:

-
- a) Igualdad ante la ley.- Garantizar el goce de los mismos derechos fundamentales.
 - b) Derechos de las minorías.- Protección legal para mantener la cultura y el respeto prácticos de los derechos.
 - c) Políticas contra la discriminación.- Medidas enérgicas y aplicación de penas severas a infracciones.
 - d) Educación.- Acceso a oportunidades educacionales básicas con respeto diversidad cultural y tradiciones.
 - e) Empleo.- Oportunidades sin discriminación o favorecer a los más desprotegidos y marginados.
 - f) Régimen de gobierno.- El gobierno debe estar más cerca de la gente, delegar facultades, descentralizar, crear espacios.

LA ECONOMÍA

Hasta hace muy poco era difícil vincular Economía, Ecología y Salud, sin embargo la integración de las dos primeras ha dado lugar a la Economía, concebida como una ciencia del desarrollo sostenible. La idea básica es desarrollarnos sin poner en riesgo las posibilidades de las futuras generaciones. Esta propuesta es dada por el Ing. Gómez Marmanilla (90). Señala que existen 5 temas comunes: población, desarrollo, equilibrio, cambio y política (91).

- a) POBLACION.- Las poblaciones económicas y ecológicas nacen, crecen y mueren y responden a las leyes del crecimiento.
- b) DESARROLLO.- los ecosistemas y sistemas económicos evolucionan e involucionan, existiendo fuerzas que permiten acelerarlo o no.
- c) EQUILIBRIO.- Las fuerzas del desarrollo buscan el equilibrio. Ambos alcanzan sus objetivos en el equilibrio.
- d) CAMBIO.- Sin el cambio desaparece el ecosistema e igual el sistema económico tiene al cambio como base.
- e) POLITICA.- Esta depende de las personas y afecta al ecosistema y a lo económico. Las políticas sobre la producción y el mercado no deben afectar el medio ambiente. Nuestro crecimiento pesquero, minero, etc. no debe sacrificar la naturaleza.

90 Profesor de la Facultad de Ingeniería Ambiental de la Universidad Nacional de Ingeniería (UNI)

91 Cf. El Comercio: Para construir un mañana mejor. Art. 28 junio 1995. Miro Quesada y Gómez Marmanillo.

RELACION EDUCACION- ALIMENTACION- SALUD- VIDA

Tal como lo propone el Dr. Pedro Arellano (Instituto Nacional de Medicina Tradicional): la educación, la alimentación y la salud constituyen una especie de triángulo de elementos interrelacionados, que dan lugar a la vida; más precisamente la calidad de vida y el desarrollo. No se puede hablar de Salud sin tener como requisito básico el dar Educación, ni tampoco se puede generar Salud sin posibilitar Alimentación óptima en términos nutricionales y de afirmación de identidad nacional. La Salud a la vez es indisoluble del quehacer educacional y alimentario. Todos tenemos que hacer educación en salud en diferentes niveles y espacios. Esto pasa por la defensa de nuestros recursos naturales (fitoterapéuticos, nutricionales, de mejora del medio ambiente). No se puede tampoco dar alimentación sin educación o educar obviando la alimentación. La Salud implica una actividad básicamente educativa, e invertir en ello es crear progreso.

NECESIDADES PARA EL TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD

Pese a los avances enunciados, se requiere mejorar el trabajo con planificadores y líderes comunitarios, especializarse en como consultores y asesores en el diseño, aplicación y evaluación de programas sociales. Los diseños deben considerar los aspectos ecológicos y culturales.

Se ha evidenciado que tiene mayor importancia la prevención primaria, la reducción de factores de riesgo, la búsqueda de factores facilitadores, la promoción de estilos de vida saludables. Es vital la ampliación de los servicios de salud en el hogar, la escuela, trabajo e instituciones. Se requiere de estrecha relación entre planificadores, grupos e instituciones sociales. Así como debe optimizarse algunos recursos como las inmunizaciones, lactancia materna, etc.

Los países no desarrollados pueden lograr grandes avances si logran adaptar culturalmente programas de salud pública y educación sanitaria, sobre todo en las áreas de nutrición, prevención de las enfermedades, planificación familiar y alfabetización. Algunas experiencias en ese sentido son las de Filipinas, Nigeria, Venezuela, México, y países árabes, donde se han aplicado conocimientos occidentales (Sinha & Holtzman, 1984). Otros estudios han sido realizados en México, Sudamérica y otros países sobre comportamiento y salud, incluyendo la prevención (Díaz Guerrero, 1984).

El Consejo Indio de Investigación Médica aborda temas como el stress, competitividad y sistema de apoyo familiar y comunal en el entorno cultural de la India. Se efectuará una evaluación post-tratamiento evaluando el grado de cambio y así promover métodos educacionales.

Sin embargo, estos países requieren la búsqueda de recursos y financiamiento para compensar la escasa investigación. La Psicología de la Salud y la Psicología Comunitaria posibilitan una investigación aplicada que se está convirtiendo en

realidad en la mayoría de países del mundo. Además, que los psicólogos de la salud y comunitarios son aliados en el desarrollo de métodos y estrategias de intervención para la promoción de la salud. Los avances de la Psicología de la Salud se revelan relevantes en contextos diferenciados. Todo lo mencionado hace evidente el aporte de la Psicología de la Salud para promover la salud y prevenir la enfermedad.



Víctor Montero con Dra Chu, en el Cercado de Lima se relizaron numerosas actividades de Salud y trabajo comunitario.



CAPITULO

4

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Por su concepción la Atención Primaria de Salud (APS) buscaba convertirse en el núcleo central y en la clave de la Salud Comunitaria, involucrando toda la estructura de los servicios de salud. Su eficacia y eficiencia en el cumplimiento de objetivos implican que todo el sistema se basa en lo educativo y preventivo.

Como es de conocimiento general, la APS tuvo un gran impulso a partir de la Conferencia Internacional OMS/UNICEF en Alma Ata, en donde se la conceptualizó así: "La APS, es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación".

Ordoñez (92) basado en los principios rectores de Salud en Cuba, considera que la APS es el conjunto de actividades planificadas de atención médica integral, que tienen el objetivo de alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo, la familia y la comunidad, aplicando una metodología científica, con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas. Evidentemente, que esta concepción responde al contexto de la sociedad cubana.

Los **principios doctrinarios** básicos de la APS son:

1. Toda persona y grupo social tiene el derecho a la salud y el deber de contribuir a preservarla.
2. Todos los sectores poblacionales tienen derecho a la atención de su salud, mediante la distribución equitativa de los recursos por parte del Estado.
3. Un auténtico trabajo de salud integral permite el desarrollo de las capacidades de cada persona y de cada grupo, para contribuir a su propio bienestar y al de la comunidad a la cual pertenecen.

La APS es considerada hasta hoy, la estrategia fundamental para extender la cobertura de servicios a toda la población peruana. Abarca a toda la población, priorizando el desarrollo de sus acciones en las áreas urbano marginales y rurales, y en los grupos poblacionales más expuestos a los riesgos de enfermar y morir. Constituye un aspecto básico del desarrollo global de la comunidad y

92 Ordoñez Cosme: El sistema de salud en Cuba. En "La psicología de la salud en la atención primaria". XXII Congreso Interamericano de Psicología. La Habana, Cuba 1987.

vincula a diversos sectores: Salud, Educación, Agricultura, Alimentación, Trabajo, etc.

La APS es concebida con tres aspectos fundamentales:

- A) Atención a las personas (familia y comunidad).
- b) Atención al medio ambiente.
- c) Desarrollo de la comunidad, como base educativa y como medio para su participación.

La Educación para la Salud, como proceso permanente y sistemático, es parte esencial en cada uno de los aspectos mencionados.

La APS es pues coincidente con las actuales concepciones sobre ecología, desarrollo sostenible y medicina tradicional. Es la base a su vez, de los sistemas locales de salud (SILOS).

Los recursos humanos incluyen el sistema formal (auxiliar de salud, enfermera del puesto de salud, el médico del centro de salud y otros profesionales de ciencias de la salud), y el sistema comunitario (vigía de salud, promotor de salud, partera tradicional y curandero tradicional).

El **vigía de salud**, llamado "rijchary" o "despertador de conciencia sanitaria" es un poblador que vigila la salud, estimula la promoción de la salud en la comunidad y la participación para el desarrollo.

El **promotor de salud**, es un representante comunal capacitado para la promoción y prevención, primeros auxilios y atención básica.

La **partera tradicional**, es un recurso muy común que existe en las comunidades y puede detectar y derivar oportunamente casos de complicaciones de la gestación y realizar control precoz.

El **curandero tradicional**, es también un recurso muy común, con gran influencia cultural y experiencia.

Aunque en muchos establecimientos de salud peruanos todo esto es mera teoría, es de destacar la labor de diversos centros que se han identificado con la APS. Dentro de estas instituciones es loable la labor del Instituto Nacional de Salud que ha contribuido en los siguientes programas:

1. Complementación Alimentaria, con la búsqueda de nuevas fuentes alimentaria (como la utilización del tarwi, microalgas y sustitución del trigo por cebada).
2. Producción de vacunas para uso humano y veterinario.
3. Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles: Red de Laboratorios de Salud, enfatizando la diarrea, TBC, parásitos, etc.

Igualmente, tenemos al Instituto Peruano de Seguridad Social, que últimamente ha prestado atención en diversas poblaciones.

Muchos han tenido una actitud represiva o de marginación frente al curandero. Ha sido el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) el de labor más significativa en promoción, educación, e investigación.

Respecto a la formación de Promotoras de Salud, es destacable la labor de diversas ONGs, que han compensado el olvido de esta labor por parte del sistema de salud formal, es el caso de FOVIDA, PROVIDA, CIDEPSA, EDAPROSPRO, INSAP, CARITAS, etc.

El Sistema Nacional de Salud y el Sistema Socioeconómico y Político son dos pilares que se relacionan directamente. Pero es el poder político y económico los que deciden acerca de la distribución y asignación de los recursos de un país y de una comunidad, es decir sobre la accesibilidad y disponibilidad de los recursos de salud.

El Sistema de Salud tiene un nivel central y niveles intermedios, es el que define una política de salud. El Sistema socioeconómico y político define la política de desarrollo. La APS está llamada a ser el núcleo del sistema nacional de salud y forma parte del desarrollo socioeconómico de la comunidad, tiene como su base la comunidad e involucra los diversos sectores (agricultura, saneamiento, vivienda, educación, etc.). La Psicología de la Salud Comunitaria se encuadra dentro de la APS para una misma acción.

La APS y la Psicología de la Salud Comunitaria tienen por concepción: 1) la asistencia basada en las necesidades de la comunidad, 2) a todos los individuos y familias de la comunidad (lo que implica adecuada cobertura y accesibilidad), 3) con una metodología que les sea aceptable y comprensible, 4) con su plena participación, 5) y costos soportables.

La asistencia en salud comprende los servicios preventivos, servicios curativos, servicios de rehabilitación, y los servicios de promoción de la salud. Todos ellos se traducen en actividades: 1. Educación para la salud en los programas de salud, 2. Salud materno-infantil, 3. Salud escolar y del adolescente, 4. Salud del adulto y del anciano, 5. Saneamiento ambiental, 6. Apoyo Alimentario, 7. Medicamentos Esenciales, 8. Tratamiento de Enfermedades, 9. Investigación y Docencia.

La Psicología Comunitaria en Atención Primaria de Salud interviene en los distintos servicios mencionados y sobre todo en las 5 primeras actividades enumeradas y en las 2 últimas.

La Psicología de la Salud ha logrado superar las limitaciones de la Psicología Clínica ocupada fundamentalmente en las tareas de diagnóstico y tratamiento psicopatológico.

La Psicología Comunitaria contribuye a la Psicología de la Salud al detectar recursos comunales que pueden utilizarse para promover la salud y el bienestar,

así como los comportamientos patógenos que conllevan a la enfermedad. Es así que desarrolla programas de acción social para mejorar la salud comunal e individual. Esta acción ha demostrado ser muy operativa para registrar recursos, detectar necesidades y movilizar poblaciones.

Producto de cambios en las estructuras sociales y cambios en las condiciones de vida, la salud y particularmente la Psicología de la Salud han tenido un desarrollo significativo en Cuba, siendo posiblemente la más avanzada a nivel de Latinoamérica. Ocupa un amplio espectro, recogiendo el conjunto de las contribuciones de la Psicología para ponerlas al servicio de la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; la identificación de los factores que caracterizan el estado de salud y bienestar y los estilos de vida que tienden a perpetuarlos; así como los aportes que contribuyen al mejoramiento del sistema de salud y a la política de salud tendiente a garantizar estos objetivos. Así, vemos que la atención psicológica en Cuba se ubica dentro de un sistema nacional de salud y está organizado en las diferentes unidades de salud, sea hospitales, institutos, etc.

El gran avance en Salud y especialmente en Psicología y APS en Cuba se evidencia en: la responsabilidad estatal, la accesibilidad y gratuidad de los servicios, la atención integral preventivo-curativa, la planificación e integración, la organización popular para acciones de salud. Sobre estas bases, Cuba ha obtenido logros evidentes en Salud.

En Cuba la APS se caracteriza por:

- a) Una organización nacional de salud, sustentada en un enfoque sistémico. Por tanto, no se considera los niveles de atención aisladamente sino interrelacionados.
- b) La regionalización de los servicios como principio básico que garantiza la accesibilidad a todos los niveles.
- c) La participación activa de la comunidad organizada como elemento básico del modelo.
- d) El poder popular, como órgano de gobierno, lo que garantiza la cooperación intersectorial para la salud primaria comunal.
- e) El Policlínico en las zonas urbanas y el Hospital rural en las zonas rurales como puertas de entrada al Sistema de Salud, decidiendo por la atención ambulatoria o la remisión a los demás niveles para atención especializada.

Es decir, los elementos esenciales del modelo son: 1) integral, 2) sectorizado, 3) regionalizado, 4) continuo, 5) dispensarizado, 6) en equipo, 7) con participación activa de la comunidad.

En Cuba, la APS descansa en 4 especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Estomatología. A su vez, el Equipo de Salud en Atención Primaria está integrado por el médico, la enfermera, el psicólogo social, el trabajador sanitario y la trabajadora social.

La participación de la Psicología en los Programas de Salud en Cuba se da en: 1) Atención integral a la mujer, b) reducción de la mortalidad infantil, 3) atención integral al niño, 4) medicina escolar, 5) atención integral al adulto, 6) medicina del trabajo, 7) optimización de los servicios. Comprendiendo actividades docentes, de atención e investigación.

La Psicología en Perú aún tiene el carácter asistencialista, clinicista, y biologicista, resultado de una serie de factores; entre ellos, la dependencia económica, cultural y técnica de los grandes bloques del mundo, los que luego se traducen en dependencia de modelos de trabajo extranjerizante, que no reflejan ni se comprometen con nuestra realidad; la formación profesional está de espaldas a la realidad psicosocial y concibe a la ciencia y a la profesión desligados del compromiso social. La mayoría de prácticas psicológicas en nuestro país aún no tienen un franco afronte para el cambio social.

La Psicología Comunitaria debe ser la psicología del compromiso y del cambio, que implica adoptar una posición respecto a nuestra sociedad en general, y a las comunidades en particular.

Tradicionalmente, se viene desarrollando una psicología comunitaria con una concepción paternalista de las relaciones sociales y de la salud, la que adicionalmente centra el enfoque en un desequilibrio del individuo. Este modelo contiene los elementos para un control de las comunidades desde fuera, siendo por ende, de un carácter intervencionista, que no permite el crecimiento e impide el aprendizaje del control de su propio desarrollo y autoconciencia participativa.

El modelo participativo tiene alguna historia en Latinoamérica. Orlando Fals Borda lo propuso en los años 50 en Colombia y aunque no se le dio mucha importancia y a pesar de otros modelos como el del norteamericano Rappaport, ha seguido demostrando su validez en los contextos latinoamericanos, y será válido para el llamado Tercer Mundo. En Latinoamérica están las experiencias de El Salvador, Nicaragua, Panamá, Venezuela, Costa Rica, Perú, Brasil, etc., que han demostrado la importancia de su aplicación en medios tradicionalmente alienados e intervenidos por fuerzas ajenas a sus intereses de diferente índole.

Paulo Freire en Brasil, ha elaborado una metodología participativa para la educación popular, que es una de las vías complementarias sustanciales en el trabajo comunitario. En el Perú, ya se viene utilizando esta metodología con resultados auspiciosos, sobre todo en la línea de conseguir una verdadera conciencia para el cambio. El proceso de desideologización que esto implica supone el compromiso a través de metodologías participativas, de devolver el conocimiento adquirido al pueblo al que pertenece, esto en razón de que la adquisición de todo conocimiento supone un poder y un control sobre sí y sobre

los demás, es adquirir un instrumento ideológico que permita el salto cuantitativo hacia la conquista y el control crítico de su propio destino, pasando por el hecho de percibir objetivamente la realidad y de transformarla activamente.

La metodología de Freire constituye el modelo sobre cómo el conocimiento dialogado sirve a los efectos de la desideologización y descubrir en la realidad las vendas puestas a la percepción social y que impiden su transformación. La operativización de estas metodologías corresponde a cada realidad concreta, y por tanto, es una tarea que nos compete a los psicólogos que pretendemos promocionar alternativas e instrumentos para el cambio.

La Psicología Comunitaria se apoya en tres principios fundamentales:

1. Promoción de la autogestión en las comunidades, lo que significa que el objeto de estudio es también sujeto estudiante, y que toda transformación recae sobre todos los individuos involucrados en la relación, incluido el psicólogo mismo, como un agente propiciador del cambio.
2. El centro del poder y de las decisiones deben recaer en la comunidad. El rol del psicólogo comunitario consistirá en lograr que la comunidad adquiera conciencia de su situación, de sus necesidades y que asuma el proyecto de su transformación, asumiendo el control de su actividad, y de este modo sustraerse a toda forma de paternalismo- autoritarismo e intervencionismo.
3. La estrecha relación entre teoría y práctica, única forma de lograr una verdadera explicación integradora y una cabal comprensión.

Uno de los sectores donde se aplica la psicología comunitaria, es en el campo de la salud, donde se ha venido desarrollando, con ciertas excepciones, una psicología comunitaria de carácter paternalista, con un foco de control desde fuera, lo que ha condicionado la pasividad, la indiferencia y la apatía en el trabajo participativo de las comunidades.

Existe la idea de que en Salud, también se aplique el modelo participativo, que permita a las comunidades un reconocimiento y una práctica consciente en la resolución de sus propios problemas, y los de salud en particular. Es sabido que el sector salud ha constituido uno de los campos de aplicación y de profesionalización de la psicología, pero el fracaso del clinicismo ha hecho que emerjan otras alternativas, como son las preventivo- promocionales y las de trabajo con la comunidad.

Es necesario señalar, que existen diferencias entre salud mental comunitaria y psicología social comunitaria que es la psicología del cambio. La salud mental comunitaria concibe que los problemas sociales cuando las instituciones sociales, que la componen, fallan en su proceso socializador; presume que el sistema social está bien, y que las instituciones sociales no integran a un número mayor, creando los marginados por déficits de socialización. La solución que propone es

aumentar la capacidad socializadora de cada institución del sistema social, sin cuestionar el sistema social mismo. Es una solución al mayoreo en donde más es mejor.

La psicología social comunitaria, propone que los problemas sociales se deben al sistema social, lo que provoca falta de acceso de algunos grupos sociales a los recursos, tanto materiales como psicológicos; de lo que se trata es que haya una redistribución del poder, con derivaciones en el plano psicológico, cuya implicancia es la de que el sujeto y la comunidad adquiere un mejor control personal, social y medio ambiental.

En el sector educativo, la APS asume como características:

- a) La escuela constituye el primer nivel de atención de salud, por ser un espacio donde confluyen varios actores y concentra a la población más joven.
- b) Busca con sus acciones disminuir la morbimortalidad causada por los trastornos prevalentes de ese grupo etario, con el objetivo de ampliar cobertura.
- c) Se basa en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y aceptadas socialmente, en función de los recursos disponibles.
- d) Involucra la participación de todos los agentes educativos en acciones diversas, en la toma de decisiones, promoviendo la participación de la comunidad educativa.

La APS es el escenario más rico, para la práctica de la Psicología de la Salud. Los diversos campos de actuación de la APS tienen la posibilidad de estar muy cerca de la vida de las personas, las familias y la comunidad. Instaura la posibilidad de que la Psicología tenga un papel significativo en la integración y multiplicación enriquecedora de su quehacer, aportando en la unificación con otras disciplinas. Todo depende de potenciar sus técnicas, estilos de trabajo y niveles de sistematización. Por ello, la APS es el espacio privilegiado en que la Psicología ha demostrado sus posibilidades como ciencia de la salud y de enriquecimiento de la visión de lo humano, lo cual parte de haber avanzado en aportar a tener una dimensión más integral del proceso salud-enfermedad.

Este abordaje de lo cotidiano que brinda la APS, ofrece grandes oportunidades de ampliar la comunicación entre profesionales de la salud, con los cuales se puede dar una valoración más objetiva, profunda e integral de los problemas de la salud relacionados a la prevención, promoción y tratamiento.

Como señala Seguí (93), una mala política sanitaria ve sólo lo patógeno, una buena política de salud se ocupa del cuerpo humano y su espíritu en estrecha conexión con todos los factores que forman su ambiente físico, psicológico y social. Lo cual significa actuar no solamente sobre los factores directamente

patógenos, sino sobre la totalidad de la circunstancia humana, sobre todo, la educación y el enfoque total de su vida.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

Los SILOS fueron parte del proceso de descentralización y reforma del sector Salud; constituyen elemento clave en la democratización y acceso a la toma de decisiones; y dan racionalidad a la APS haciendo más viable la táctica para la meta de salud para todos. La OMS-OPS busca lograr que los SILOS contribuyan a lograr una Salud con equidad, justicia y eficiencia, pero para ello es necesario el fortalecimiento del aspecto gerencial-administrativo

Marco Conceptual de los SILOS (94).

SISTEMA: Pluralidad de elementos que se interrelacionan entre sí como un todo para lograr un objetivo específico. Un aporte significativo es el de Bertalanffy con su Teoría General de los Sistemas. Al igual que en el grupo, aquí un elemento o parte no constituye un sistema. El sistema requiere de la interrelación, por tanto incluye las motivaciones e intereses que varían. La relación establecida no es aleatoria sino tiene un propósito.

SISTEMA

SOCIAL: Es un conjunto de instituciones que se complementan para satisfacer necesidades de un grupo poblacional, en un marco temporal social e históricamente determinado. Una comunidad es un sistema social en pequeño.

SISTEMA DE

SALUD: Conjunto organizado de recursos existentes en la sociedad que se relacionan directa o indirectamente con la salud de la población. Sus dimensiones geopoblacionales le dan carácter nacional, regional, local.

COMPOSICION DEL SISTEMA DE SALUD

A. Elementos diferenciados socialmente para atender la Salud.

- 1) Gubernamentales (sectores estatales, IPSS, Sanidad de FFAA Y FFPP, etc.)
- 2) No gubernamentales (establecimientos privados, instituciones filantrópicas, ONGs, etc.)

B. Elementos no diferenciados para atender la Salud.

Son elementos que se relacionan con el cuidado de la Salud:

94 Con el fin de dar un criterio institucional y oficial hemos tomado estos conceptos de Dr. Santacruz Javier (Representante de la OMS-OPS). Charla "Los SILOS. Experiencia Internacional del aporte de las ONGs". En Seminario organizado por OMS-OPS y DESCO, 1995.

1) educativo, 2) económico, 3) agropecuario, 4) político, 5) religioso, 6) otros.

SILOS: A nivel general es un Sistema de salud conformado por sistemas más pequeños. Tiene la misma composición de los Sistemas de Salud. Responde a una política de Descentralización de la Salud. Mientras exista un mayor acercamiento, mejores posibilidades de identificar necesidades y de trazar estrategias eficientes. Por sí mismos los SILOS constituyen también un sistema.

A nivel específico, son un conjunto organizado de recursos destinado al cuidado de la salud de la población que habita en un ámbito geográfico determinado cuya coordinación está a cargo de una instancia técnico-administrativa, con el fin de propiciar el acceso equitativo a los servicios básicos de Salud y garantizar su calidad.

Criterios para definir los SILOS

1. GEOGRAFICO: No sea muy grande para facilitar desplazamiento.
2. POBLACIONAL: Según las dimensiones poblacionales.
3. TENGA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Que sea autosuficiente para resolver los problemas. Conformado por establecimientos de diferente complejidad e interconectados para transferencias.
4. TENGA AUTORIDADES CIVILES: Con las cuales se pueda gestionar los recursos y acciones de salud.
5. TENGA UNA INSTANCIA COORDINADORA: Coordinadora de recursos de salud que existan, porque los elementos compiten y se necesita una instancia reguladora: técnico-administrativa y política (de negociación y concertación). Puede ser un Comité de Gestión, una Mesa de Trabajo, una UTES, etc.)

Características de los SILOS

1. Tienen un espacio geográfico de actuación.
2. Incluyen una población definida.
3. Dispone de una red de servicios de salud.
4. Cuentan con un organismo técnico-administrativo.
5. Tienen un contexto social y político.
6. Cuentan con autonomía relativa (legal, administrativa y financiera).

ROL DE LAS ONGs EN EL DESARROLLO

La Dra. Lituma, D. (95) enumera algunos aspectos sobre su rol:

- Concertar con actores sociales

-
- Motivar la participación e integración comunal.
 - Coordinar acciones y responsabilidad por ámbito o línea de acción.
 - Brindar aporte técnico multidisciplinario.
 - Canalizar recursos (vía agencias de cooperación)
 - Orientar el gasto, priorizando necesidades.
 - Colaborar con el seguimiento y evaluación.
 - Investigación (general, clínica, de campo, social)

El Dr. Santacruz J.(96) a su vez, menciona algunas funciones de las ONGs respecto a la estrategia de los SILOS:

- a) Gerencia y administración de los servicios.
- b) Planificación de servicios de salud.
- c) Definición de modelos de atención.
- d) Cogestión y co-administración.
- e) Supervisión y monitoreo de servicios.

LOS SILOS Y EL TRABAJO DE SALUD COMUNITARIO

La propuesta de los SILOS lleva implícita la idea de participación social comunitaria. La comunidad se encuentra organizada y a su interior laboran organismos como las ONGs. Estas ONGs muchas veces son responsables de liderar la gestión de Salud a nivel local. De allí que la participación de las ONGs sea muy importante para el desarrollo de los SILOS.

Es muy importante el trabajo de las ONGs con grupos de riesgo, la atención integral de salud, etc.

Igualmente, menciona los elementos claves de evaluación de SILOS:

- Desarrollo de su capacidad gerencial y técnico-administrativo
- Autonomía para administrar recursos
- Autonomía para ejercer funciones y facultades
- Grado de desarrollo de acciones de Atención Primaria de Salud (APS)

La calidad de la atención no necesariamente es la más cara ni necesariamente se relaciona a fondos económicos. Lo central es la coordinación de esfuerzos, posibilitar una mayor eficiencia.

Existe un discurso sobre la coordinación entre actores sociales, pero no una praxis coordinada. Esta acción implícitamente involucra a la población.

Con los SILOS se da la búsqueda de equidad porque existen diferentes posibilidades de acceso de la población al sistema salud: en términos económicos, geográficos, culturales, administrativos. A veces, se resalta el hecho del costo pero se encuentra deficiencias pese a bajo precio de las consultas. Otras veces, se olvida los problemas administrativos: como el maltrato. También

96 Santacruz Javier (OPS): Op. cit.

se da que el lenguaje poblacional es distinto de la población y algunas veces muy distante.

Otro problema, es que en repetidas ocasiones, las formulaciones teóricas no se articulan con los procesos sociales. De allí la necesidad de promover procesos sociales que tengan sostenibilidad y viabilidad. Ahora, la sostenibilidad sobre todo lo da la comunidad, porque las políticas estatales son fluctuantes.

Los SILOS tienen diversos impactos:

- a) En el grado de desconcentración: recursos humanos, materiales, financieros, en funciones generales. Es posible obtener entonces un Indicador Promedio de desconcentración.
- b) En las acciones de APS: embarazo, parto, niño sano, inmunizaciones, control de EDA e IRA y lepra, agua clorada, disposición de excretas, estado nutricional, cobertura potencial. Lo que da un indicador de APS (promedio).
- c) En la capacidad técnico-administrativa: programación, coordinación, administración, dirección, evaluación. Lo que nos da un indicador promedio.

CRITERIOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS

Incluye las actividades: 1) Salud Pública, 2) Atención Médica, 3) Asistencia Social, 4) Programas de salud sustantivos.

Hay también componentes a fortalecer: estructura orgánica, educación continua y capacitación, supervisión, abastecimiento, conservación y mantenimiento, participación social, información e informática, regulación y fomento sanitario, coordinación sectorial e intersectorial.

LOS ZONADIS

En el Perú, últimamente la estrategia de los SILOS se realiza vía las ZONAS DE DESARROLLO INTEGRAL DE SALUD (ZONADIS).

Es una estrategia movilizadora de actores sociales del nivel local en búsqueda de Salud para todos a través del enfoque de Atención Integral de Salud, bajo los principios de Equidad, Solidaridad, Universalidad y Participación. Constituye el espacio natural de concertación y de articulación de la actividad de todos los efectores de salud existentes, posibilitando la mejor utilización de sus recursos, su adecuación a cada realidad, estableciendo una relación de mutua responsabilidad con la población.

DINAMICA FUNCIONAL DE LOS SILOS (97)

MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION

INFORMACION IPSS MINSa Sanidad PROGRAMAS
 Problemas
 Recursos Municipalidad Otros (acuerdos) ACTIVIDADES
 Servicios
 Políticas y Comunidad Privados COMPROMISOS
 Programas Sectores RESPONSABILIDADES
 COMITE DE SALUD

CONCERTACION, COORDINACION, ARTICULACION

Programación-Local-Estrategia
EJECUCION COMUNIDAD
 (organización, tradiciones, costumbres,
 recursos, necesidades)
 DEMANDA

EVALUACION

Los ZONADIS organizan y desarrollan sus actividades a través del Comité de Salud. Se involucran en el proceso de determinación de prioridades, la asignación de recursos y ejecución de actividades.

ESQUEMA DE SISTEMA VINCULADO A REDES DE SALUD (98)

PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

Oportunidades Debilidades Fortalezas Riesgos

Información

Información----Ambiente

PARTICIPACION SOCIAL

Oportunidades Debilidades Fortalezas Riesgos

ESQUEMA DEL SISTEMA DE COGESTION (99)

98 Tomado de Charla de Dr. Arbulú, en evento antes citado

99 Tomado de Charla de Dr. Arbulú, sobre su experiencia en Chorrillos, en el evento antes citado.

Implica cruzar debidamente las debilidades y fortalezas para obtener información y realizar una acción específica. Tomando primero información de cada una por separado y luego del cruce de ambos.

O + - D + - F + R -
I

INFORMACION

O= oportunidades, D= debilidades, F= fortalezas, R= riesgos
I= información

SISTEMA DE SALUD (100)

ESTRATEGIA	APS	
TACTICA OPERATIVA	SILOS	
OBJETIVOS	Transformación de sistema salud	Descentralización Desconcentración Democratización
	Equidad	
	Eficiencia	Participación comunitaria
	Eficiencia	Intersectorialidad
		Prioridades (zonas mayor riesgo)
INSTRUMENTOS	Programación Local	
METODOS	Conocimiento epidemiológico	
	Enfoque de riesgo	
	Nuevo modelo de atención	
	Nuevo rol del personal	
	GERENCIA APROPIADA	
	BIENESTAR	ACCIONES Individual Familiar Comunal Ambiental

EXPERIENCIA DE LOS SILOS EN PERU

100 Tomado de Charla de Dr. Arbulú, en evento antes citado

El desarrollo de los SILOS en la ZONA ANDINA es desigual. De unos 1600 sólo 200 tienen una acción eficiente y son SILOS en desarrollo (Venezuela con 15, Ecuador 18, Colombia 28, Bolivia 78, Perú 5).

En verdad, en nuestro país, valiosas experiencias muchas veces se pierden o no llegan a concretarse formalmente.

El problema de la salud en el Perú, no es sólo de recursos económicos, pues se ha visto que estos no van destinados a inversión, ni a mejora de servicios o calidad. Respecto a la calidad de los servicios, no se evalúa ni el propio servicio inmediato.

Muchas veces, la estadística era falseada en establecimientos de salud, sea para impresionar o cumplir.

Una de las mayores dificultades es elaborar el indicador de **participación social**.

Existe también resistencia en el personal de salud para la proyección hacia la comunidad, todo está centrado en la atención y sobre todo hay médicos reacios a el trabajo comunitario. Así el personal de salud se ha acostumbrado a trabajar entre cuatro paredes, no realizar trabajo promocional, y existe temor a trabajar con la comunidad porque se ve difícil manejar la relación.

A la vez, en los gobiernos locales se dan problemas políticos, dándose interferencia por los intereses partidarios o se dan problemas porque las organizaciones se toman como espacios de poder, con utilización partidaria o para beneficiarse económicamente.

La focalización está centrada en actividades recuperativas y no en la atención primaria de salud.

Es necesario también que el sector Salud, defina claramente su política, pues muchas veces se dan cambios constantes que dificultan las acciones. En este sentido, los Ministros de Salud han realizado importantes esfuerzos por definir la política del sector, sin embargo, el programa de Salud Mental recién aparece perfilado y no presentan todavía logros ni metas debido a su reciente incorporación.

En salud ha existido obstáculos debido a falta de reglas definidas, diferencias en tipos de personal, problemas por las diferencias de sueldos, lo cual ha afectado la calidad.

Es claro también que los SILOS no tendrán resultados si el Ministerio de Salud no mejora la capacidad de oferta de los servicios de salud a nivel local.

En nuestra experiencia hemos visto posible la conformación de Comités de Gestión, como es el caso de los distritos limeños de El Agustino, Vitarte, Santa Anita, etc. los cuales reúnen a los organismos representativos de la comunidad

como son: Club de Madres, Comedores Populares, Vaso de Leche, etc. así como a sectores diversos: Iglesia, Educación, Salud, Municipalidad, ONGs, etc. Por lo general, la experiencia es positiva, siempre y cuando sea realmente representativo y sea ágil, evitando el burocratismo y discusiones bizantinas que sólo quedan en "proyectos".

Igualmente, las Mesas de Trabajo o de negociación, pueden facilitar mucho la integración y dinamización del trabajo de todos los entes que trabajen en una comunidad. En esto es importante que se superen afanes de hegemonía que lleven a exclusivismos o marginaciones. Igualmente los intereses partidarios, si se superponen a los intereses del colectivo, pueden frustrar valiosas experiencias; por eso, debe superarse la manipulación y utilización partidaria de los organismos.

No es imprescindible la presencia de ONGs, ni tampoco que puedan liderar. A veces, un sector dinámico (Salud o Educación) pueden liderar e integrar el trabajo de los demás.

En Lima-Cercado con el Ministerio de Salud- Centro de Salud San Sebastián se tuvo una buena experiencia de trabajo comunitario integrando a diversos sectores para optimizar el trabajo de prevención y promoción en salud, aunque lamentablemente por cambios diversos la experiencia de SILOS no se pudo continuar formalmente (101). Igualmente, Víctor Montero presentó una propuesta de SILOS a nivel del trabajo de Salud Mental, que es resumido en este libro (102).

Paralelamente, el Dr. Guillermo Contreras realizó una invaluable labor de integración multisectorial e interdisciplinaria a nivel de todo Lima-Ciudad como Director de la UDES, lo cual se tradujo en diversos programas de Salud y Campañas (que incluyeron temas como Prevención de la Drogadicción, de la Excepcionalidad, de la Violencia, IRA, EDA; promoción de la Lactancia Materna, Inmunizaciones, Medicina Tradicional, etc.) lo cual dio lugar a exitosas acciones de Atención Primaria. Aunque al sistema no se le dio el nombre de SILOS, la concepción era la misma y fortaleció la estrategia de Atención Primaria de Salud. En ese periodo se logró concretar más de 7 Congresos Distritales que produjeron diagnósticos y formularon alternativas, aunque se dieron críticas a los mismos, el aporte fue significativo y democrático, quizá el problema principal es cómo concretar una organización para viabilizar las alternativas que surjan y que no se espere que el Ministerio de Salud solucione todos los requerimientos de manera paternal.

101 Es destacable la experiencia del Centro de Salud "San Sebastián" donde se logró integrar el aporte de la Municipalidad, Iglesia, sector Educación y Salud, IPSS, Cruz Roja, Asentamientos Humanos, etc. incluso la contribución de entes privados como la "Farmacia Universal". Gracias a ello, se construyó ambientes, laboratorios, se optimizó Campañas, etc. Esta experiencia fue liderada por la Dra. Elvira Chu, destacando la labor de Diómedes Córdova y Víctor Montero encargados de las coordinaciones intersectoriales y del Equipo de Salud que implementó acciones. Aunque fue una experiencia tipo SILOS, no se formalizó del todo.

102 Cf. Capítulo V DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y TRABAJO COMUNITARIO EN EL PERU pgs. 67-71.

Años antes una experiencia similar, fue realizada por Víctor Montero en el II Sector de Villa El Salvador, bajo la dirección del Dr. Juan Tovar (103).

En Santa Anita, en vías de realizar un diagnóstico de la problemática de Salud se realizó en 1995 un Foro de Salud Distrital con la concurrencia de 200 representantes de organizaciones populares y de las autoridades de Salud, Universidad San Martín, Municipalidad, etc. concretándose un Comité de Salud Distrital. Este Foro fue auspiciado por SEA y EDAPROSPO. Por SEA participaron en el proceso un equipo de 5 personas dirigidas por Choy y por EDAPROSPO participaron Iris Castro y Víctor Montero.

Daremos a continuación algunos ejemplos de SILOS.

La Dirección Sub Regional de Salud I Callao produjo un diagnóstico situacional de salud y de los servicios de salud. Se crearon espacios geopolíticos dando lugar a 8 ZONADIS o distritos sanitarios y se forman las Unidades Básicas de Salud (UBAS). Las estrategias fueron: 1. Participación social, con la conformación de los Consejos de Salud que realizaron la programación local de las actividades de salud; 2. Fortalecimiento de los Servicios, con una Red de Servicios interconectados con sistemas: radial, transporte, supervisión y capacitación, apoyo diagnóstico, y de información. Hoy los indicadores de salud de Callao son mejores que el de otras subregiones.

En Chorrillos (104) se conformó un Comité Cívico Distrital, luego de convocar a 600 representantes. Se realizaron eventos zonales de salud en 4 Centros de Salud y luego se dio el I Evento Distrital de Salud en 1990 y se formuló el Plan Distrital de Salud con 3 ejes: diagnóstico situacional, alternativas y compromisos para desarrollar 8 líneas de acción en salud. En el proceso apoyaron las ONGs: CELATS, CEPROC, ADEI, RADA BARNER, CEDRO, UNICEF, María Alvarado. En 1992 se inicia el Proyecto Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la pobreza. Actualmente existe un valioso trabajo de PRISMA en el AAHH Susana Higuchi en coordinación con el Centro de Salud Delicias de Villa, sobre atención médica y nutrición. La Casa de la Mujer tiene trabajo efectivo sobre Madre-Niño.

Dentro de las dificultades afrontadas en Chorrillos tenemos: personalismo, partidarismo, demagogia, datos falsos sobre salud y población, bajos ingresos, inmoralidad, administración deficiente, verticalismo. Dentro de las estrategias planteadas tenemos: satisfacción del personal y remuneraciones, respeto al trabajador, capacitación, beneficios, moralización.

Dentro de su organización el Comité Distrital de Salud tiene una Secretaría Ejecutiva y comprende al Comité Cívico Distrital (que agrupa a todas las organizaciones de base incluyendo a trabajadores como pescadores) y el Comité Multisectorial de Salud, que organiza las 4 zonas distritales en Consejos Comunales de Salud (COCOS).

103 Sería muy largo enumerar los actores de ese invaluable trabajo, mencionaré a algunos: María Ovalle, Isabel Shuler, Alicia García, María Castillo, entre muchos otros.

104 Tomado de Charla del Dr. Italo Arbulú sobre la experiencia de SILOS en Chorrillos. Igualmente, se incluye la información expuesta por el Dr. Carlos Hinojosa y el Comité Ejecutivo Multisectorial de Chorrillos. En Seminario organizado por OMS-OPS y DESCO, 1995

Estos COCOS tienen por funciones: apoyar a la gestión, al desarrollo de la comunidad, atención al medio ambiente y atención médica. Se ha concretado así proyectos de medicinas alternativas, biohuertos, microempresas comunales. Se da un control de agua, calidad de alimentos, disposición sanitaria de excretas, prevención de contaminación ambiental. Tiene un sistema de UROS, unidad de control de enfermedades transmisibles sexualmente, vigilancia-prevención-control de alcoholismo y drogadicción, salud bucal y protección al anciano. Dentro de sus actividades preventivas: fomento de inmunizaciones, vigilancia nutricional y epidemiológica, control perinatal y de cáncer.

Esta experiencia ha permitido también determinar zonas críticas y reducir varios índices de morbilidad (por ej. la cantidad de muertes por cólera es menor que otros distritos). Los logros en lo sanitario se enriquecen con mejoras en lo ecológico (Pantanos de Villa), la formación de pozos de oxidación (contra contaminación de agua), centros de acopio de basura y proyecto de generación de empleo con su recojo y reciclaje.

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA (PAC)

Es una de las múltiples posibilidades de relación entre el sector público y privado en el campo de la salud, enmarcado en los esfuerzos por desburocratizar la gestión pública, modernizar el sector Salud y de priorizar la atención de los servicios básicos de salud.

El PAC es una propuesta de administración del Gobierno que busca: a) garantizar la atención básica de salud de manera permanente, oportuna y eficiente; b) mejorar la calidad y la cobertura de los servicios de salud.

Su ejecución es posible por la conformación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Un CLAS es de duración temporal y se conforma para coadministrar un establecimiento de salud a nivel básico y ejecutar un programa de salud local. No privatiza los servicios ni los transfiere a otros. Además, el MINSA sigue ejerciendo las acciones normativas y de control.

En Perú se vienen implementando también los CLAS además de los SILOS, pero son dos experiencias que no necesariamente se reemplazan, sino una a otra se complementan. Una es experiencia de administración y la otra es más organizativa.

Según el Ministerio de Salud, existen 330 CLAS en el Perú, los cuales han ampliado los horarios de atención, incrementado las atenciones y fortalecido el trabajo extramural.

SOSTENIBILIDAD

Es la capacidad de un conjunto de actividades (de un programa o proyecto_ - y en un ámbito determinado- de permanecer con un adecuado grado de eficiencia y efectividad luego de un período (105). La sostenibilidad está íntimamente ligada a la Atención Primaria de la Salud, pues se busca un modelo de salud que permaneciera.

SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS DE ATENCION PRIMARIA

En general existen dos niveles de SOSTENIBILIDAD:

a) Institucional: la disponibilidad de los recursos suficientes para cumplir con las metas de la organización.

b) De Programas: el mantenimiento de una operación eficiente que permita prestar servicios de alta calidad.

A estos dos componentes hay que agregar la sostenibilidad de conductas y los beneficios derivados de los programas cuando éstos se retiran de la comunidad.

El concepto programático implica una estrategia que permita mantener y continuar el proyecto por el tiempo que éste sea necesario y manejar un proceso de desarrollo. Para ello, hay que tener en cuenta que:

- No todo proyecto es de desarrollo, algunos son de emergencia y otros de pre-desarrollo.
- Se puede mantener sólo algunas actividades o beneficios.
- No puede darse por tiempo indefinido.
- No se limita al proyecto sino a actividades adicionales.

INDICADORES DE SOSTENIBILIDAD

1. El personal y la estructura del proyecto.
2. Los beneficios resultantes de los cambios.
3. Las actividades del proyecto a cargo de contrapartes.

FACTORES QUE CONDUCEN A LA SOSTENIBILIDAD

105 Fort A.: Estrategias y modelos de sostenibilidad. En: Fort y ot.: Sostenibilidad de Proyectos de Atención Primaria de Salud. CARE- AID, Lima 1993

1. Involucramiento de los participantes.
2. Tradiciones y prácticas locales.
3. Roles y responsabilidades.
4. Transferencia de tecnología, habilidades y responsabilidades.
5. Definición clara de actividades.
6. Contrapartes alternativas.
7. Autofinanciamiento
8. Agrupamiento de proyectos intra o intersectoriales.
9. Continuidad de la programación.
10. Investigación sobre logros, continuidad y factores existentes.

FACTORES QUE IMPIDEN LA SOSTENIBILIDAD

1. Si el proyecto no refleja las necesidades comunales.
2. El costo de los servicios si no se pueden cubrir.
3. La duración de los proyectos si son muy cortos.
4. Objetivos muy ambiciosos.
5. Diferencias de ritmo y de organización.
6. Por lo general los Proyectos son poco participativos.
7. La poca posibilidad de seguimiento (106).

ESTRATEGIAS Y MODELOS DE SOSTENIBILIDAD

1. **Integración de servicios:** Tenemos dos tipos:
 - a) Horizontal: Vinculada a actividades que se entrelazan.
 - b) Vertical: Ligada a decisiones y acciones de nivel central.

2. Participación Comunitaria**3. Compromiso público****4. Diseño apropiado**

- Énfasis en lo preventivo
- Personal entrenado
- Seleccionar poblaciones de mayor riesgo
- Ampliar ámbito de acción
- Tecnología simple y efectiva
- Toma de oportunidades
- Educación continua

5. Financiación ad hoc

- Generar recursos propios
- Diversificar fuentes de financiamiento
- Orientarse hacia la autosuficiencia

6. Gerencia moderna (107)**Modelos de Sostenibilidad****1. ¿Promotores o médicos?**

A veces se dice se deben usar solamente promotores, pero si se requiere el recurso médico debe tomarse, pero debe ser usado eficientemente o ser de referencia.

2. ¿Gratuito o pagado?

Lo más conveniente es que un sector poblacional debe pagar una proporción del costo total de la atención.

3. ¿Hospitales o postas comunitarias?

En Perú se ha optado por habilitación o construcción de Postas de Salud, porque son menos costosas y más cercanas a la población.

4. Proyectos verticales o integrados?

Los proyectos verticales o "especiales" son usualmente más efectivos, pero menos sostenibles a largo plazo y muchas veces crean resistencia. Mientras, los proyectos integrados son más aceptados socialmente. Esto depende del juego entre efectividad y aceptabilidad.

PROBLEMAS A ENFRENTAR

1. Estas estrategias requieren cambios de actitud.
2. Se requiere capacitación.

3. Superar el paternalismo y una búsqueda de soluciones, actitud empresarial y de eficiencia.
4. Superar la crisis de cuadros
5. Menor capacidad adquisitiva de la población y disminución de sus gastos en salud.

PASOS DE PLANIFICACION ESTRATEGICA PARA LA SOSTENIBILIDAD

- Definición intitucional y objetivos
- Precisar actual posicionamiento y ubicación contextual
- Determinar la Misión y valores institucionales
- Señalar objetivo y líneas de acción
- Marco conceptual. Ej: Esquema Gestión-Animación (108).
- Definir los componentes del sistema (109)
- Precisar logros alcanzados (técnicos, financieros, comunitarios, logros del modelo.
- Determinar factores claves para el desarrollo del Modelo:
 - Conocimiento de dinámica del mercado
 - Distribución de los Centros de atención
 - Técnicas de Planificación Estratégica y Operativa
 - Producción de servicios de calidad
 - Optimización de los recursos
 - Desarrollo de sistema de información gerencial
 - Métodos de animación comunitaria
 - Investigaciones operativas en el sistema (110)

ETAPAS DE UN PROYECTO Y ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD

Un Proyecto debe tener por lo menos 3 etapas Básicas: Intensiva, Seguimiento, Reforzamiento.

Dentro de esto la estrategia de sostenibilidad debe considerar el apoyo a la organización y el proceso de transferencia (111)

Un factor clave a considerar en la estrategia de sostenibilidad de los proyectos son los patrones socio-culturales de la población (112).

Thorndahl señala como características de los proyectos sostenibles los siguientes (113):

- Prestar servicios de calidad
- Adaptarse a los cambios y necesidades

108 Este modelo muestra el enfoque global de los problemas de salud en el marco del desarrollo. Esto permite el análisis de los principales obstáculos para el sector. La animación tiene que ver con la inducción a la participación consciente de la comunidad en sus problemas de salud.

109 Ejemplo: oficina central, red de servicios y mecanismos de participación y control social.

110 Cf. Cúellar C.: Atención Primaria de Salud Autofinanciable. Experiencia de Pro-Salud. En: Fort y ot.: Sostenibilidad de Proyectos de Atención Primaria de Salud. CARE-AID, Lima 1993

111 Véase el ejemplo que presenta Aguilar J. con el Proyecto de agua potable y salud comunitaria rural de CARE CAJAMARCA. En op. cit.

112 Véase la experiencia de Pansini J.: Las ancianas de Santiago Atitlán (Guatemala): animadoras para el mejoramiento de la salud del pueblo. En Fort A.: op. cit.

113 Thorndahl R.: Estrategias de sostenibilidad en proyectos de Planificación Familiar. En Fort A.: op. cit.

Es interesante la presentación de las experiencias del CEMOPLAF (Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar) en Quito

Ellos se fijaron un proyecto de investigación operativa con 2 objetivos: control de costos e investigación de costos.

- Desarrollar fuentes de ingresos
- Tener espíritu empresarial.

En Planificación Familiar existen aspectos que distinguen a estos Programas de otros: la oposición religiosa al control de la fecundidad, no es aceptada en algunas culturas, es preventivo y sus beneficios no son visualizados a corto plazo, se refiere a conceptos nuevos.

La experiencia de CARE con su Centro de Salud Hunter en Arequipa, (114) es interesante pues sus estrategias se tradujeron en mayor interrelación intersectorial, trabajo coordinado con el gobierno local y universidades, consolidación de servicios sectoriales.

Echecopar (115) en base a su experiencia en Ayacucho, presenta los siguientes aspectos de sostenibilidad:

- Participación del equipo en la reformulación del proyecto
- Trato horizontal en el equipo y con los promotores
- Participación de los beneficiarios
- Proyecto integral
- Coordinación multisectorial
- Procesos de evaluación periódicos
- Análisis constante de la coyuntura
- Perfil bajo y relación de confianza con los beneficiarios
- Con los promotores: capacitaciones y seguimiento.

114 Cf. Cuba B.: La experiencia del Proyecto de SMI/APS "Kellogg- Hunter". En Fort A.: op. cit.

115 Cf. Echecopar A.: Aspectos de sostenibilidad del Programa de Salud del Centro de Desarrollo Agropecuario (CEDAP) de Ayacucho. En Fort A.: op. cit.

En esta experiencia se formó una Asociación de Promotores y Parteras y se implementó un Fondo Rotatorio.

CAPITULO

5

DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD Y TRABAJO COMUNITARIO EN EL PERU

Según el Banco Mundial, en los "países en desarrollo" se destina muy poco dinero a programas de bajo costo y alta eficacia, como son la lucha contra enfermedades infecciosas y la malnutrición. Si estos países en conjunto reorientaran hacia programas de salud pública y servicios clínicos esenciales alrededor del 50%, como promedio, del gasto público que ahora se destina a servicios de escasa eficacia en función de los costos, la carga de la morbilidad podría reducirse en ellos en más de un 20%, lo que equivaldría a evitar la muerte de más de 9 millones de niños menores de un año (116). Justamente el Perú tiene como problemas centrales las enfermedades infecciosas y la malnutrición.

En morbilidad infantil, encontramos que las enfermedades más frecuentes son prevenibles: las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA). Tanto en menores de 1 año como en menores de 5 años, se observa un incremento del número de casos por año de 1989 a 1993 (Cf. Cuadros 1 y 2). Entre las principales causas de muerte en menores de un año, tenemos a las enfermedades perinatales e infecciosas intestinales, siguiéndolas el IRA. (Cf. Cuadro 3) La desnutrición causa una de cada 10 muertes entre niños de 1 a 4 años (117). La polio y el tétanos están en decremento, pero son los menores de 4 años los más afectados. Igualmente, vemos que la presencia de TBC es muy significativa.

Respecto a la lactancia materna exclusiva por regiones, vemos que Lima es aquella que presenta el índice más negativo en relación a los niños menores de 6 meses y menores de 2 años, igual sucede con Lima Metropolitana con 4.3% frente a 22.4% promedio del resto del país (Cf. Cuadro 4). Esto nos muestra que las madres por razones laborales, nutricionales e incluso psicosociales, en alto porcentaje no dan de lactar. Debe tenerse en cuenta que muchas madres son menores de 18 años, con alto rechazo al embarazo. En cambio, vemos que los que tienen los porcentajes más altos de lactancia materna, son regiones serranas y norteñas, lo cual es un aspecto positivo asociado a costumbres culturales de esas zonas. Sobre la lactancia materna hasta los 23 meses de edad, el que presenta el porcentaje más alto es Andrés A. Cáceres con 45.1% y los que tienen los porcentajes más pobres son: San Martín y Ucayali. Es de destacar que las regiones con mayor porcentaje de niños con bajo peso son Andrés A. Cáceres

116 "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud". Banco Mundial, Washington, D.C.

117 Citado en "Estado de la Niñez, la Adolescencia y la Mujer en el Perú 1993-1994". Setiembre de 1994. INEI-UNICEF.

con 13.4% y José C. Mariátegui es la que presenta el porcentaje más bajo (5.6%).

BREVE HISTORIA DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN EL PERU

La tecnología en el Antiguo Perú alcanzó altos niveles en diversos campos, pero evidentemente la concepción de cómo hacer ciencia en ese entonces era otra - empero ya hemos señalado, ciencia y tecnología van de la mano-. El tecnólogo peruano de entonces dependía para su éxito de métodos puramente empíricos, pese a desconocer los actuales recursos científicos experimentaba incansablemente, su accionar demuestra que él cumplía los requerimientos básicos de un trabajo científico. A veces, se exagera presentándolo como humano superior en ciencia y tecnología al humano actual y que este último no logrará alcanzar su perfección. Otras veces, se exagera diciendo que a veces recurría a conocimientos metafísicos, pero como bien señala Cabieses F.(118), lo metafísico no es anticientífico, simplemente va más allá de los límites de la ciencia.

Muchas producciones del Antiguo Perú son mucho mejores técnicamente que los que en algunos campos se obtiene en la actualidad. Pero actitudes soberbias rechazan la existencia de humanos mejores que él que en el pasado pudieron realizar lo que él considera hoy imposible; claro, porque sólo él se considera dueño de la verdad, por eso a veces se recurre a explicaciones de influencias extraterrestres o parecidas.

Cabieses F.(119) nos dice que se daba una profunda y delicada amalgama entre magia y medicina, el shamanismo, el baño medicinal, el ayuno y reforzamiento de poderes espirituales con el sufrimiento físico y el sacrificio material, y el uso de drogas psicotrópicas.

En ese momento del desarrollo cultural, no existen diferencias substanciales entre el americano y el africano, europeo o asiático. Pero los elementos tecnológicos de la cultura Inka ya estaban presentes en las culturas precolombinas anteriores.

La tecnología agrícola es un logro humano que aparece sólo cuando un pueblo llega a convertirse en sedentario. El antiguo peruano fue transformándose en un experto agricultor cuya tecnología sobrepasa los éxitos de otros pueblos. Los andenes además son expresión de sofisticada ingeniería hidráulica (120). Conocían el uso de abonos diversos, utilizándose el guano desde tiempo de los mochicas y masivamente durante los inkas. Su sistema de cultivo era utilizado en otros lugares sólo para horticultura. Llegó a aprovechar 160 especies de plantas

118 Cf. Cabieses F.: op. cit. pg. 132

119 Cf. Cabieses F.: op.cit Tomo X. Tomamos de él los datos que consignamos por considerar son los más documentados.

120 Cf. Basadre Jorge: Perú, problema y posibilidad. Además: La multitud, la ciudad y el campo. Cf. Montero Víctor: Psicología e Identidad Nacional. Tetis Graf, Lima 1994

alimenticias, logrando una alimentación de mucha calidad (121). Obteniendo excelentes avances en preservación y almacenamiento de alimentos.

La ganadería alcanzó también en el Antiguo Perú notable desarrollo y calidad, lo cual influye en su vida y salud.

Cabieses es brillante al explicarnos la historia de la ciencia y tecnología de la salud en el Antiguo Perú. Él precisa que cada cultura desarrolla su propia medicina. En cada cultura germina un concepto diferente de lo que significa "salud" y lo que significa "enfermedad". Así, nuestra cultura científica actual, considera enfermedades a diversos estados que en otras culturas nunca han sido considerados patológicos.

Hipócrates, tiene muchas sabias enseñanzas, una de ellas: "es más importante saber qué clase de persona tiene la enfermedad que saber qué clase de enfermedad tiene la persona" (122). Además, el humano va modificando sus propias reacciones biológicas ante un germen determinado, el germen también se modifica y se adapta a las nuevas circunstancias. El germen sigue cambiando; el humano sigue cambiando; y la enfermedad sigue cambiando. Por todo esto, es difícil extraer conclusiones exactas sobre dolencias de otras épocas. Además, existen profundas variables en el concepto que cada cultura tiene de salud y enfermedad (123).

La cura mediante sustancias aplicadas mediante masaje, succión, sutura, inmovilización y otras maniobras manuales constituyen parte de la Medicina Externa y la Cirugía es el arte de curar con la mano. En cambio, la Medicina Interna tiene necesariamente que trabajar en un ambiente más desconocido, en el primitivo se desarrolla en un canal denominado mágico-religioso. Sin embargo, la medicina de todas las culturas tiene siempre un componente empírico-racional y un componente mágico-religioso.

Debido a lo anterior, muchos conocimientos acumulados por siglos por la medicina peruana prehispánica, se perdieron en la transculturación. Cabieses, tiene una conclusión muy acertada: la verdadera medicina científica se inició mucho antes del descubrimiento de América. La medicina que nos llegó era tan primitiva como la de antiguas épocas y llena de conceptos mágico-religiosos.

La conquista aparece también como marejada de nuevos conocimientos, de nuevos elementos culturales, de nuevos dogmas, de toda una nueva cosmovisión.

La medicina europea en la época de la Conquista había adelantado muy poco desde tiempos de Galeno. Poco sabía el médico europeo de entonces sobre el funcionamiento de los órganos internos, ni siquiera se había descubierto la circulación de la sangre. La interpretación de las enfermedades se basaba en una

121 Cf. Antúnez de Mayolo S.: La alimentación en el antiguo Perú. BCR Edit. Lima-Perú.

122 Muchos hablan del juramento de Hipócrates, pero ni lo conocen, menos conocen sus enseñanzas. Véase este juramento en el anexo de este libro, principios del cual se debiera aprender aún.

123 Cf. Cabieses F.: op. cit. pp. 184-192

interrelación compleja de humores y temperamentos sin valor científico. Los tratamientos aplicados partían del principio clásico "contraria contrariis", y la sangría era método por excelencia. También se aplicaban ventosas, sanguijelas, hierros incandescentes, vejigatorios y escarificaciones. Se usaba el baño medicinal y la dieta. Rituales e interpretaciones absurdos estaban presentes en los análisis de sangre y orina. El pensamiento mágico era esencia de muchos actos terapéuticos incluso por grandes exponentes. El exorcismo también fue práctica curativa de importancia.

Los medicamentos eran de fuente vegetal con complicadas fórmulas de preparación y se usaban también piedras preciosas. La triaca basada en carne de víbora era de los remedios excelsos.

Se daba una separación tajante entre Medicina y Cirugía. Y la acción del cirujano se limitaba al tratamiento de heridas, fracturas y luxaciones, apertura de abscesos y fistulas, a la amputación, trepanación, extracción de proyectiles y muelas. La obstetricia estaba a su vez en manos de comadronas ineducadas.

Ese tipo de medicina tendríamos que comparar con la Medicina Peruana Precolombina, no por supuesto con la actual.

La Medicina Precolombina estaba intrínsecamente ligada a la religión, ocupando el Willac-Umu el cargo más elevado del sacerdocio, existiendo 10 diócesis en el Inkario, era una organización complicada pero competente.

Algunas de las mitologías locales se encontraban sobrecargadas de aspectos relacionados con la salud y la enfermedad. Existiendo en el norte el culto de Umiña, la diosa de la Salud. En Pachacamac existía un horroroso ídolo que reinaba sobre la salud y bienestar.

Existían un conjunto de profesionales en conexión con los problemas de la salud y la enfermedad. Existían por ej. los Ccamascas (curanderos) y los Sonccooyoc (los que curan con el corazón). Existiendo algunos profesionales que habían iniciado en la medicina a través de experiencia con una enfermedad determinada. Los Allcos eran considerados como sacerdotes y convocaban al dios personal o conopa del enfermo. Los hechiceros Cuyricuy precedían todas sus curaciones con el sacrificio del cuy. Los Pachacuc usan un ritual con una gran araña. Mientras los Moscoc adivinaban a través de la interpretación de los sueños. Los Ayatapuc hablaban directamente con los muertos y los Hehecoc adivinaban la enfermedad usando tabaco y coca. Los Virapiricos se informaban mediante el humo y los Calparicuc miraban en las entrañas de los animales.

Los Ichuris cumplían un servicio parecido al confesionario católico o el diván del psiquiatra.

Los sacerdotes eran al mismo tiempo, confesores, curanderos y hechiceros. Cabieses, nos explica, que es posible que los términos Hampicamayoc y

Chukrihampicamayoc hayan sido creados por los cronistas aplicando el esquema de división europea entre médico y cirujano.

Las leyendas precolombinas muestran estrecha relación entre la medicina y la magia.

Si el curandero mostraba ignorancia al curar a un paciente y éste moría cuando no había una razón obvia, el médico era juzgado como asesino del paciente.

Pachacútec cambió las leyes del sacerdocio estableciendo que cualquier hombre o mujer del pueblo pueda ejercer la medicina o profesiones afines. Más tarde, Túpac Yupanqui dio ordenes específicas prohibiendo la cirugía y que debían curar sólo con hierbas, existiendo en este Inka cierto prejuicio contra los curanderos. En la Antigua Roma no los que se dedicaban a la medicina no podían tampoco ser ciudadanos y las artes curativas estaba en manos de esclavos, rufianes, charlatanes, etc.

Los que nacían bajo circunstancias especiales consideradas de significación mágica podían reclamar ser investidos de poderes curativos.

Pero como todas las culturas superiores la medicina inkaika tenía un componente empírico-racional dentro de un marco de magia y religión.

El diagnóstico y tratamiento de enfermedades se basaba en una experiencia ancestral y los curanderos llegaron a ser grandes herbolarios. Es de destacar que el médico nativo estaba guiado por conceptos racionales: curaba las heridas con aplicaciones tópicas, entablillaba las fracturas, realizaba trepanaciones craneales, limpiaba quirúrgicamente las heridas, etc.

Grandes logros obtuvo nuestra medicina precolombina. Se ha encontrado 250 términos anatómicos frente a los 100 encontrados en la cultura egipcia.

Recordemos que cuando los europeos llegaron al Inkario, la circulación de la sangre no había sido descubierta.

Los antiguos médicos indígenas sabían darle verdadera significación a la fiebre, al pulso, sabían interrogar al paciente.

Tal como sucedía en todas las culturas médicas del mundo, una porción importante de las actividades diagnósticas eran meros actos adivinatorios. Por ej. la suerte de la callpa consistía en mirar en las vísceras de un animal recién sacrificado.

En los actos adivinatorios jugaba importante papel las sustancias alucinógenas para entrar en contacto con el misterioso mundo de los espíritus. Este uso tuvo una significación profundamente mística y religiosa. En la costa se usó las cactáceas, cactus como la achuma y la tuna cimarrona. En la sierra se usó la coca y en la selva el ayahuasca.

Nuestros antiguos cirujanos tuvieron habilidad para reparar adecuadamente fracturas óseas, para amputar miembros o para reparar el cráneo.

Muchos pueblos han trepanado el cráneo, sin embargo la trepanación precolombina tiene significación porque en Perú este medio terapéutico estuvo más difundido, fue objeto de mayor perfección y mayor porcentaje de éxito. Existe sí exageraciones sobre una supuesta alta calidad quirúrgica y conocimientos neurológicos. Era una trepanación primitiva, con instrumentos y conceptos primitivos.

Se afirma a veces, que las trepanaciones eran para "dar salida a espíritus malignos" pero el peruano antiguo relacionaba las funciones superiores del cerebro con el soncco, zona del pecho donde se aloja el corazón, entonces es falsa esa afirmación.

Se practicó también la incisión de abscesos, la evacuación de heridas infectadas, la extracción de cuerpos extraños, se usó procedimientos de medicina externa como masaje, succión, aplicación de calor, emplastos de hierbas, compuestos animales.

Algunos hablan de una cirugía ficticia, que sería mas bien simbólica, por el uso de pases mágicos combinados con masajes y succión. Esta cirugía simbólica aparece en muchas culturas.

Sobre el uso de las plantas medicinales, se dice a veces que fueron grandes cirujanos o tuvieron conocimientos elevados o que conocían plantas para curar enfermedades por incurables. Pero esto debe ser interpretado a la luz de toda la cultura.

Existió sí un profundo conocimiento del alma humana y conocimientos empíricos sobre las afecciones psicosomáticas y gran conocimiento de medicina climática. Existió además acuciosa investigación sobre las propiedades de las plantas (nutricionales, medicinales y tóxicas).

Entonces se creía que el "espíritu de la planta" defendía al humano de los malos espíritus, por eso a veces el herbolario administra la planta para otras cosas que cree tienen la misma causa. Por ello, a veces una planta se convierte en panacea cuya buena o mala utilización o cuyo éxito o fracaso depende de la capacidad individual del curandero.

En Egipto también existía un ritual para el uso de cada planta, sea oral o por palabras u oraciones, o un rito manual con gestos.

Es de resaltar que la palabra hampi se refiere tanto a "medicina" como a "veneno", es decir sustancia con efectos biológicos activos. Es decir se conoció los efectos y hubo un uso adecuado.

Lamentablemente, muchos procedimientos curativos no fueron adecuadamente interpretados por los conquistadores y se perdieron. Algunas plantas nunca fueron utilizadas en Occidente y otras plantas fueron olvidadas.

Es trascendente el papel de la quinina y de la quinidina. El curare dio origen a la investigación de Bernard sobre la transmisión del impulso nervioso. Otra gran aporte fue la coca utilizada como antifatigante y estimulante nervioso. Hoy sin la quinidina, el curare y la cocaína, sería imposible un trasplante cardíaco.

Los antiguos peruanos también conocían numerosos antihelmínticos y antiparasitarios, como el paico, oje y barbasco. También se usó con efectividad plantas febrífugas, antiarréicas, purgantes, laxantes, analgésicas, calmantes, antiinfecciosas, etc., además del uso de diversas sustancias animales (lobos marinos y otros); y se conoció sustancias muy tóxicas como el batrato-toxina obtenido de una pequeña ranita.

Se usó sustancias minerales como mercurio, antimonio, cobre, etc. pero los estudios son escasos.

Al importarse un cuerpo de doctrina de Europa, la cultura indígena se refugió en prácticas secretas (medicina de indios).

Con Pizarro llegaron dos bachilleres cirujanos Enríquez y Marín.

En España de entonces había una separación entre medicina y cirugía. Los cirujanos no tenían debido entrenamiento académico y eran de estratos sociales inferiores. Había muchas ocupaciones menores como los barberos, flebotomos, sangradores, comadronas. La medicina de esa época tenía fuerte influencia de Hipócrates y Galeno.

En 1551 se constituye la Universidad de San Marcos y su primer Rector fue el médico Gaspar de Meneses, luego lo sucedió el protomédico Sánchez de Renedo el que tampoco logró se implemente la enseñanza de la Medicina.

En 1538 se edificó el primer hospital en la Rinconada de Santo Domingo. En 1549 se construyó el Hospital de Santa Ana y luego el de San Andrés. En 1559 se funda el Hospital de la Caridad y en 1563 el Hospital de San Lázaro.

Sin embargo, la mayoría de habitantes seguían curándose con métodos de la cultura autóctona. Empero, la unión entre medicina y religión indígena provocó la reacción de los españoles. Pero pronto esta medicina secreta fue invadida también y se añadió elementos mágicos de la religión cristiana.

El Virreynato adolecía de una angustiosa falta de médicos y el Rector de San Marcos decía que los existentes eran ignorantes.

Mientras don Alonso de la Huerta se oponía a la cátedra de medicina "por no haber necesidad de médicos pues los indios son buenos herbolarios".

Recordemos que era el tiempo de San Martín de Porres, conocido por sus virtudes curativas. Las insuficiencias de entonces, hacen resaltar más aún el valor y significado de nuestro Santo.

Recién en 1634 salió el decreto virreinal creando la cátedra de Medicina, paradójicamente la enseñanza de la ciencia de la salud se pagó con la renta del mercurio (cuya extracción provocó una mortandad de indios).

Pero hasta 1637 sólo 3 personas: un bachiller, un boticario y un barbero estudiaban Medicina.

En 1660 el médico Juan de Figueroa, médico de la Inquisición, explicaba las fiebres y enfermedades según los movimientos de los planetas, incluso según ello realizaba una sangría o una purga.

Ya entonces Europa conocía los descubrimientos de Harvey, Bichat, Vesalio, Sydenham y Laenec, pero esto nos llegó con retraso.

Los cirujanos tenían algunos avances, pero los médicos estaban más dedicados a la filosofía.

En 1681, Juan del Valle y Cabiedes satirizaba la medicina de entonces.

Mientras, la Inquisición reprimía fuertemente el afloramiento de nuevas ideas científicas. Muchos curanderos fueron ajusticiados también por "crímenes diabólicos".

En 1693 se produce una gran epidemia de sarampión pero el médico del virrey tomó medidas de gran rigor científico.

Cabieses nos muestra que la historia de la quinina es reveladora de muchos aspectos. La cura de tercianas, malaria o paludismo era muy efectiva con esta planta que fue descubierta por nuestros indios en el Siglo XVII, aunque algunos dicen era uno de los secretos mejor guardados de la medicina inkaika.

Mientras la medicina europea era un caos de teorías sobre las fiebres. Incluso Magnus afirmaba que mezclar la orina con harina y darle a consumir a las hormigas hacía desaparecer la fiebre. Otro remedio era cortar la oreja de un gato añadirle pimienta y aguardiente y darle al paciente. Otros decían que el único remedio justificado era la fe en Dios.

Pese a las epidemias de entonces, la corteza peruana no fue conocida sino por una pequeña élite. Incluso su uso no hizo mayor impacto en la ciencia médica europea.

En 1642 un jesuita la llevó a Roma y el Cardenal Lugo dedicó mucho tiempo a convencer a los representantes de la ciencia médica de la bondad de este

remedio, pero sin resultado. Murió Lugo y la quinina fue olvidada y pasaría mucho tiempo para que fuese aceptada.

En plena epidemia de 1652 en Inglaterra se realiza un experimento para probar la corteza peruana. Pero en 1658 fue rechazada y se dijo que era una droga "papista" y veneno jesuita.

Con los descubrimientos de Galileo la medicina comienza a orientarse hacia el método experimental.

Los estudios de van Helmont, fundador de la química médica, y de Sylvio permitieron avanzar en el conocimiento de la química fisiológica.

El pensamiento médico del Siglo XVII se orientó a las ciencias exactas, pero los estudios experimentales alejó al médico del lecho del enfermo. Sydenham, el Hipócrates inglés, emplaza regresar al principio hipocrático que defiende la observación clínica y la experiencia personal con la curación de los enfermos (124). Este médico reanuda el estudio de la epidemiología. El procuraba formarse del enfermo un concepto directo, dedicaba máxima atención a los síntomas y al curso de la enfermedad.

Cabieses nos relata que fue un charlatán hereje el que cubrió de ridículo a los médicos de entonces: fue Talbor, un vulgar curandero de Essex, que llega a ser ordenado caballero y médico del Rey de Inglaterra, luego distinguido en Francia y España, recibiendo grandes honores en Cambridge.

Mientras, luego de 20 años Sydenham con toda su experiencia se convierte en la máxima autoridad en el uso de la quinina.

Por su parte, los médicos ingleses seguían curando a los palúdicos con sangrías, purgas y dietas. Y Moliere ridiculizaba a la medicina de entonces.

El secreto de cómo curar de Talbor fue publicado después de su muerte: la quinquina.

Pero como el ingrediente activo de esta corteza existe en gran cantidad de plantas diferentes (existen no menos 150 variedades de Cinchona), se generó diversas confusiones.

Mientras, el Bálsamo del Perú llega a Europa con gran efecto sobre heridas, úlceras de la piel y quemaduras, además de moderada acción febrífuga.

Así con una gran ignorancia de la botánica moderna a este remedio se le llamó quina-quina. En 1677 se inscribe en la farmacopea londinense como Cortex Peruvianus.

124 Mucho se habla del juramento hipocrático, sin conocerlo, en un anexo de este libro lo consignamos.

Mientras, los herbolarios peruanos proveían a los jesuitas de grandes cantidades de esa corteza, conocida en Perú como ccara- chucchu o yarachucchu, descrita por Calancha ya en 1633.

En 1737 La Condamine plagia la obra de Jussieu e informa de las características de 3 de los árboles que producían la corteza. Siendo Linneo quien lo clasifica como Cinchona.

Markham que realizó grandes contribuciones al Perú, fracasó en su intento de aclimatar la cinchona a la India. Y Brandin introdujo al Perú el sulfato de quinina batallando contra muchos médicos.

Sin aporte peruano de la quinina no hubieran sido posibles numerosos hechos históricos, y gracias a la quinidina muchos cardiólogos han salvado muchas vidas.

Será a partir de 1711 que la medicina empieza a desarrollarse organizadamente. Será en 1723 que la enseñanza de anatomía comienza a darse en forma práctica.

Desde 1698 el Rey había prohibido que ingresaran a la Universidad los que no fueran de sangre española pura y hasta 1735 solamente habían 4 alumnos. En cambio, los cirujanos eran mulatos o negros en su gran mayoría y de estratos sociales inferiores.

En 1716 el Dr. Bottoni y el cirujano Massano llegan a Lima, y el primero en 1723 publica "Evidencia de la circulación de la sangre" dando a conocer el descubrimiento de Harvey de 100 años antes. En 1730 el francés Petit publica su tratado sobre sífilis.

En 1744 llega el cirujano Delgar y después de 18 años recolecta gran información sobre plantas medicinales, afirmando que en los hospitales la falta de medicamentos se puede suplir con el conocimiento de yerbas.

En 1730 llega el sabio aragonés Cosme Bueno, estudiando los 3 reinos de la naturaleza. Se doctora en San Marcos en 1750, asume una Cátedra, es médico de la Inquisición y de los hospitales de Santa Ana, San Bartolomé y San Pedro. Desarrollando una campaña librando a la medicina de la influencia de la astrología. Uno de sus discípulos el mulato Pastor de Larrinaga en esa época fue el mejor anatomista del Perú, cuando existían 56 cirujanos en Lima.

Entonces la cesárea se hacía solamente con mujeres recientemente fallecidas. Y en 1781 la descripción de los signos aceptados de muerte eran limitadísimos, lo que ocasionaría tragedias.

Ruiz (125) precisa con mucho acierto que cada sociedad, cada periodo de la historia, marca la frontera entre lo normal y la anormalidad. Quienes están encargados de crear las normas, fabrican sus propios fantasmas.

En la Colonia, cuando los enemigos corrientes del Estado eran los que se aliaban al demonio y en momentos en que no existía un culto a la razón, la locura no era perseguida por ser la expresión de la sin razón, sino porque trasgredía los parámetros de la fe católica. Es así que muchos fueron condenados por la Inquisición a tortura o la hoguera por trasgredir las creencias imperantes. En ese entonces, también eran excluidos de igual forma los orates, mendigos, miserables y desahuciados. Existían loquerías en los Hospitales de San Andrés, para varones, y Santa Ana, para mujeres. Existiendo en esas loquerías un abominable sentimiento, un execrable desprecio, por la condición humana de los locos, a tal punto que eran expuestos a la curiosidad y burlas del público (126).

La inauguración del manicomio del Cercado de Lima en 1859, respondió a la necesidad de ruptura con una relación con la locura, basada únicamente en el maltrato y la reclusión. Ulloa y Muñiz fueron sus impulsores.

Ya en 1827 el médico francés Brandin denunció el uso indiscriminado de baños de sorpresa, purgas y sangrías y protestó contra la asfixia por sumersión, la caída de elevación, la ahorcadura, el trépano, las aplicaciones frías en la cabeza y la castración, aconsejando "mesura terapéutica". Brandin ejerció fuerte influencia pero mayormente recibió oposición y burlas. Sin embargo, al abandonar Perú, ya había sensibilizado con su prédica.

En 1832 el gobierno convocó a una subasta para asistencia de los locos de San Andrés.

Pedro Alvarez "El loquero" destacó por sus iniciativas pero estas se frustraron por la crueldad y el desprecio a los locos.

En 1857 José C. Ulloa visita ambas loquerías y encuentra inmundos colchones, húmedas celdas y locos atados con cadenas de hierro (127). Su humanismo queda demostrado con su proyecto de un nuevo hospicio que resultara más acogedor.

La concepción médica se impone, el orate ya no era considerado únicamente desviado, sino un enfermo.

Sin embargo, Muñiz en 1897 ya precisaba que las locuras tóxicas eran más comunes en la clase proletaria (128).

125 Cf. Ruiz Zavellos Augusto: *Psiquiatras y Locos. Entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad, Perú 1850-1930. Inst. Pasado y Presente. Lima, Nov. 1994*

126 Cf. Valdizán Hermilio: *Locos de la Colonia. Instituto Nacional de Cultura, Lima 1988.*

127 Cf. Ulloa, José Casimiro: "Loquerías", en *Gaceta Médica de Lima*, Año 1, No.11, Lima enero 19857.

128 Cf. Muñiz, Manuel: *Asistencia pública de los enajenados. Lima, Imprenta La Industria, 1897. Citado por Ruiz Augusto, op. cit. 1994*

El trabajo como elemento de terapia estuvo presente desde el proyecto del Manicomio del Cercado (129), pero se asienta en 1889 con el Congreso Internacional de Medicina Mental (París). Es así que Muñiz propone un tratamiento que incluya hipnosis y ejercicios gimnásticos, basados en la experiencia sueca.

Sin embargo, el encierro no era considerado el camino hacia la terapia sino la terapia misma.

Ruiz (130) muestra la existencia de una utopía controlista, por el cual el ambiente urbano quiere ser convertido en un espacio puro y a sus habitantes en dóciles y eficientes trabajadores; incluso se buscaba regular el comportamiento cotidiano, y había una represión extrema hasta de la vagancia (131).

Ruiz muestra como en la segunda mitad del Siglo XIX se da una intensa campaña destinada a combatir la delincuencia, el vicio y la vagancia, desatándose una cacería de locos.

Entre 1896 y 1908 los locos remitidos por la policía llegaban al 37%, siendo mayoritaria la presencia de miserables e indigentes (132). Esto porque el manicomio formaba parte de todo un sistema represivo basado en obsesiones controlistas de las élites en el poder. Además, era posible de secuestro todo aquel que estuviera en contra del orden lógico.

A principios del siglo XX se afirma el concepto de "monomanía" por el cual un individuo está loco respecto a un punto, por ejemplo una creencia. Fue el caso de Carlos Paz Soldán, quien pasó 100 días en el manicomio por creer en el espiritismo.

El empleo de la violencia y de los medios de contención se explica sobre todo por los conceptos autoritarios de los alienistas del siglo XIX. Por ejemplo, el baño de camiseta y el encierro, eran considerados benéficos por Ulloa y Muñiz.

Paz Soldán desarrolló una devastadora crítica que comenzó con una narración de los padecimientos que sufrió desde el día que lo secuestraron, mostrando los efectos iatrogénicos que producía el manicomio (133). Ulloa responde negando estos cargos y defendiendo la institución psiquiátrica.

Paz Soldán citó a Spencer (The Study of Sociology) que afirmaba que el sistema de **no restricción** en los manicomios europeos, había tenido resultados más favorables que el de las camisetas de fuerza (134).

129 Cf. Ulloa, José C.: La locura en el Perú y el Manicomio de Lima, en El Monitor Médico, Lima 1981.

130 Ruiz A. op. cit.

131 Cf. Barrán, Nahum y ot.: Sectores populares y vida urbana. CLACSO, Bs. Aires, 1984

132 Cf. Ruiz Z. Augusto: El manicomio y la ciudad. Lima a fines del siglo XIX. Tesis de Bachiller U. Villarreal, 1986

133 Para ilustración detallada del caso Paz Soldán véase el libro citado de Augusto Ruiz, así como Diario El Sol de 1986 y

134 Basado en las experiencias de los doctores Tukey y Mansley.

Muñiz por su parte afirmó entonces que el manicomio de Lima no merece el nombre de Hospital de Insanos, criticando un vacío en los estudios médicos ("se obtiene el título profesional sin tener la más lejana idea de lo que es un loco"), critica el inadecuado reglamento y denuncia la desocupación de los pacientes, proponiendo mejorar la alimentación y un mejor cuidado de estos.

Paz Soldán reclamaba sólo algo justo; mayor cantidad de requisitos y precauciones antes que una persona sea declarada loca. Muchos casos muestran cómo personas diversas se convierten en víctimas producto de su fortuna, con uso de medios ilícitos.

En 1886 la Logia Masónica lucha contra la reinstalación de la orden jesuita, por representar lo más conservador del clero.

Es así que ya desde 1887 se da un descrédito manicomial y de la actuación psiquiátrica. Ulloa se ve seriamente afectado.

En 1897 surge el caso de Mercedes Cabello, ejemplar luchadorea por la emancipación de la mujer, la cual es declarada loca en 1900, pero recibe esta etiqueta desde antes por sus opositores. Ella había escrito en 1874 un artículo demostrando que la inferioridad de la mujer no es inmanente (135).

Lejos de precisar el estado real de salud de esta escritora o el valor de su obra, lo que explicaba los ataques contra ella era la existencia de un fuerte temor de muchos hombres a que las mujeres pensasen y desempeñasen actividades diferentes a las tareas del hogar.

Producto de la miope defensa médica de una concepción de la salud mental obsoleta, es que se produce lo que Ruiz llama "el triunfo de la sinrazón". En 1913, Jorge Miota es encerrado e interpone demanda por secuestación, logrando ganar; salida del manicomio que fue posible por el descrédito generalizado de esta entidad (136).

En 1913, Cabred realizó un acto simbólico y espectacular en el manicomio del Cercado: sacó al patio una de las jaulas y le prendió fuego. Acto aplaudido por los locos y felicitado por el Presidente Billinghurst (137).

Ruiz muestra cómo con el inicio de la modernización en la mitad del Siglo XIX irrumpe colectivamente un actor: el suicida.

Evidentemente que el suicidio existió durante la Colonia, siendo entonces el chantaje máximo que podían realizar los negros en el Caribe, pero en Perú era algo excepcional (138).

135 Cf. Cabello Mercedes: Influencia de la mujer en la civilización, en El Album, Lima 3 octubre 1874, p.146

136 Para mayor conocimiento de este caso véase el libro de Ruiz A. antes citado. Cf. también Pinto Willy: Lo huachalo, trama y perfil (Jorge Miota, vida y obra). Ed. Cibeles, Lima 1981

137 Basadre Jorge: Historia de la República del Perú. Tomo IX Ed. universo, 1983 p. 242. Citado por Ruiz: op. cit.

138 Cf. Ruiz A.: op. cit. Cf. Flores Galindo: Aristocracia y Plebe, Lima 1760-1830. Mosca Azul, Lima 1984. Cf. Unanue Hipólito: Observaciones sobre el clima de Lima. Madrid, 1915

Incluso, se dieron casos de muertes pero con connotación diferente del suicidio en el Perú Prehispánico.

El escritor narra que en una comunidad caribeña donde existía la homosexualidad se produjo suicidios para impedir que los españoles negaran sus costumbres sexuales.

No existen estudios que expliquen lo poco frecuente del suicidio esclavo en Perú, sin embargo en Cuba se observó que los negros nacidos en Africa sin referentes culturales de esclavitud, eran los que se suicidaban. Estudios diversos muestran que los negros criollos, no nacidos en Africa eran los que predominaban en Perú entre 1800 y 1840 (139)

Los chinos llegan a Perú como semiesclavos, pero son los principales actores suicidas entonces. Entre 1852 y 1854 60 obreros chinos burlaron la vigilancia y se suicidaron en las Islas guaneras. Pero suicidios de chinos también acontecieron en las panaderías y en las haciendas costeñas (140).

Las terribles condiciones de trabajo de los chinos en las Islas Guaneras y otros lugares han sido descritos por diversos autores (141). Estas condiciones más la concepción de la muerte como tránsito a las glorias celestiales, hacían atractivo el suicidio.

Incluso, la situación de los chinos era tan inferior que el esclavo o siervo podían tener familia pero esto era negado al culí. Por eso en las Islas Guaneras se pusieron guardianes especiales para impedir actos suicidas, en otros lugares se les daba 100 latigazos y otros conocedores de la cultura asiática amenazaban con incinerar los cadáveres de los chinos suicidas ante sus connacionales para impedir otros hagan lo mismo.

Antes el suicidio fue castigado por la Iglesia con la privación de sepultura al cadáver del suicida. Pero en 1860 los cementerios pasan a ser del Estado y los suicidas pudieron ser enterrados. Sin embargo, en 1903 el Arzobispo de Lima protestó por el entierro del suicida Balbi y en 1861 El Progreso Católico propuso declarar traidores a la patria a los suicidas y otras autoridades de la Iglesia afirmaron debiera cubrirse de infamia la memoria de los suicidas.

Entre 1904 y 1919, se contabilizaron 121 suicidios, pero el 80% era de clase baja.

Un indicador del potencial peligro que representaba el suicidio es el hecho que mientras las diversas procesiones son muy alegres, sonoras, con figuras y danzas, la procesión del Señor de los Milagros que pasó a ser la más concurrida

139 Cf. Reyes Flores A.: La esclavitud en Lima, 1800-1840, UNMSM, Lima 1986. Cf. Aguirre Carlos: Agentes de su propia libertad: los esclavos de Lima y la desintegración de la esclavitud 1821-1854, PUCP, Lima 1993

140 Rodríguez Pastor H.: Hijos del Celeste Imperio en el Perú, migración, agricultura, mentalidad, explotación. Inst. Apoyo Agrario, Lima 1989. Cf. Ruiz: op. cit.

141 Cf. Watt S.: La servidumbre china en el Perú, Mosca Azul, Lima 2976. Cf. Méndez Cecilia: los trabajadores guaneros del Perú, 1840-1879. Sem. Hist. Rural Andina, 1987.

(142) es descrita por Mariátegui con presencia de miedo, tristeza, sacrificio y autoagresión, aspectos propios del duelo y la melancolía según Freud. Sin embargo, hay muchos aspectos que analizar sobre este fenómeno siendo otros positivos. Sólo mostramos la acotación que Ruiz hace de este fenómeno para mostrar problemas emocionales presentes en la población que debían y deben ser abordados. Esto por supuesto, no cuestiona por supuesto ninguna fe religiosa.

Pero en 1920 Ríos (143) llega a la conclusión que la alienación mental es el factor preponderante en la producción del suicidio, lo cual refleja el giro en concepción a partir de entonces. Sin embargo, este médico identificaba los males de la sociedad moderna pero no los cuestionaba.

Mariátegui en un artículo mostraba cómo en cierta ocasión en que muere un caballo en el Hipódromo y al mismo tiempo se suicida un detenido por la policía, todos corren tras el animal y nadie tiene una sola palabra compasiva para el suicida (144). Ruiz señala a los médicos de entonces como los culpables de esta manera de pensar, repitiendo la frase: "ningún hombre ha renunciado a la vida si esta merecía conservarse" (145)

Será en 1914 que se crea el Servicio de Psiquiatría de la Prefectura de Lima. Fundándose en 1915-1916 los consultorios de salud mental en los Hospitales "Dos de Mayo" y "Santa Ana" por obra de Baltazar Caravedo y Sebastián Lorente. Paralelamente predominaban los estudios sobre delincuencia, inteligencia de razas, la psicología y alimentación del obrero, etc. Y será en 1919 que se inicia la Segunda Reforma Psiquiátrica por obra de Valdizán, Caravedo y Honorio Delgado (146). Mientras que en 1926 se crea la Dirección de Higiene Industrial del Ministerio de Fomento dirigida por Caravedo. Surge el primer intento de constituir una **Psiquiatría Preventiva**.

El positivismo surge en el Mundo y conceptos como los de **supervivencia de los más aptos y selección natural** son introducidos en la medicina mental peruana, es el caso de Bambarén y H. Delgado. Así la locura sería "producto de la selección natural" y la enfermedad mental es concebida como problema individual e inherente constitucional(147).

Lorente a su vez señala que "la alienación es una enfermedad material, una enfermedad del cerebro" (148), algo similar opinaba Caravedo. Así la enfermedad mental, antes que un mal a tratar, se convierte -como bien precisa Ruiz- en un perjuicio necesario de evitar. Mas aún Ruiz considera que planteamientos como los de Alfonso Torres era una suerte de exterminio.

142 Cf. Mariátegui J.C.: La procesión Tradicional. La Prensa 10 abril 1917. En Mariátegui: Escritos Juveniles Crónicas 2. Amauta, 1992. Los autores del presente libro han revisado los diarios de la época encontrando 2 versiones de Mariátegui con ligeras diferencias en la descripción de la procesión.

143 Cf. Ríos Sabino: El suicidio en Lima. Tesis Medicina, Lima 1920.

144 Cf. Mariátegui J.C.: Escritos juveniles. Art. de La Prensa, 13 octubre de 1914, secc. Cosas Vulgares.

145 Cf. Ruiz A.: op. cit. La frase es de David Hume Cf. Sobre el suicidio y otros ensayos. Alianza Ed. Madrid.

146 Cf. Caravedo B.: La reforma psiquiátrica en el Perú. Lima Clínica B. Caravedo, 1985

147 Delgado H. y Bambarén C.: Algo sobre etiología y profilaxia de la locura. Anales de Fac. Medicina 1918

148 Cf. Lorente S.: Las orientaciones de la psiquiatría, Lima, UNMSM, 1914

En 1928 médicos como Torres, Fosalba y Bambarén se convierten en defensores de la eugenesia (149)

Más aún, se difunde la antropología criminal de Lombroso, que habla de la degeneración genética como factor decisivo de los trastornos conductuales, planteándose la esterilización como la alternativa. Buscando detectar al posible trasgresor a través de determinados rasgos (150) Incluso, Valdizán encontró "signos inequívocos de la anormalidad mental típica de los delincuentes" y Bambarén estigmatizó a los individuos bajos de estatura como posibles sátiros y violadores. Ya en 1892 Avendaño dirige en la intendencia de policía una sección de mediciones antropométricas haciendo antropología criminal. Caravedo critica estas tesis, pero considera que los anormales estorban el desarrollo social; siente repulsión por la camisa de fuerza y el asilamiento celular y con Lorente proponen la prevención, considerando que al no tomar en consideración las condiciones sociales se cae en segregación.

Algunos estudios afirmaban la predisposición innata para la locura e igual para la inteligencia. Así Valdizán señala la existencia de una degeneración de la raza indígena (con 3 determinantes: cocainismo, alcoholismo y bocio) y en 1920 el Dr. Chueca concluye que la raza blanca tiene índices intelectuales más elevados que la mestiza, india y negra.

Solano (1937) afirma el concepto de "peligrosidad no delictiva" originaria del fascismo italiano, aplicándolo a los indios. Mientras, algunos juristas hablan de la erradicación de su cultura de "barbarie".

La psiquiatría peruana como versión alienista surge como rama de la medicina. Pero continúa una actitud represiva de los nuevos médicos como herencia de la sociedad autoritaria. Así, como lo precisa Ruiz, la psiquiatría contribuyó también al autoritarismo del Estado y la sociedad; y la doble faz de la medicina mental no era otra cosa que la doble faz de la modernización desde S. XIX.

Sin embargo, autores con orígenes sociales disímiles desarrollan a principios de siglo una crítica al modernismo, entre ellos: Yerovi, Valdelomar, Mariátegui, More, Gonzales Prada, Oquendo de Amat, Moro, Adán, Haya, Vallejo, Basadre, y otros. Hay en ellos la búsqueda de una razón opuesta a la razón dominante del S. XIX, buscan una fe pero enfatizan la razón.

Mariátegui encontrará en el psicoanálisis un sentido no meramente contestatario e irracionalista, sino un instrumento de praxis y conocimiento develador de lo invisible en lo humano (151).

Esta generación brillante, que hasta ahora no se ha repetido, al decir de Ruiz tuvo especialmente con Mariátegui un acercamiento a lo irracional, un diálogo con la

149 Ciencia del cultivo y cuidado de la raza y su correcta generación. Cf. Fosalba R.: La herencia como principal factor etiológico de la enfermedad mental. UNMSM, 1928

150 Cf. Pezet J.: Ciencia y marginación; sobre negros, locos y criminales. Ed. Crítica, Barcelona 1963

151 Cf. Mariátegui J.: Freudismo y Marxismo. En Defensa del Marxismo. E. Arcaute, Lima 1974

sinrazón para lograr una comprensión humanista de los personajes despreciados por la élite como el suicida, el loco y el indio y otros segregados, pero sus tesis son expresión de una nueva racionalidad hacia la construcción de un país moderno y la liberación física y mental de la humanidad.

Hermilio Valdizán, se especializa en Italia y fue el primer catedrático nacional en Psiquiatría. Desarrolla su actividad psiquiátrica y neurológica en el Hospital Nacional de Insanos (hoy Larco Herrera). Aplica la psiquiatría a la historia peruana, con obras como "La alienación mental entre los primitivos peruanos" (1915) y "Locos de la colonia" (1919). Investiga sobre historia de la medicina peruana y sobre medicina popular, escribiendo con Maldonado uno de los más valiosos libros del Perú: La Medicina Popular peruana (1922). Realiza intensa actividad periodística y narrativa ("Historia de enfermos"). Él es uno de los sabios más lúcidos que tuvo el Perú.

Honorio Delgado, llega a ser profesor de la Universidad de San Marcos, médico del Hospital Larco Herrera y Ministro de Educación. Su amplia obra abarca la psicología, psiquiatría, medicina, filosofía, literatura. Algunos de sus publicaciones son "Psicología" (1933), "De la Cultura y sus artífices" (1961), "Contribuciones a la psicología y a la psicoterapia" (1962). Es el impulsor del psicoanálisis en Latinoamérica y luego asume una filosofía espiritualista que marca su obra. Asumirá una posición experimental y un psicoanálisis biologista. Defendió la reflejología basada en leyes físico-químicas, para luego negar este mecanismo explicativo, colocando a la psicología como ciencia integradora. Señala estar en contra de la psicología sin alma (reflejología y behaviorismo). Estudia los valores y el papel de la cultura. Expone la relación Psicología y ecología mostrando las relaciones de equilibrio y compensación. Defiende un idealismo objetivo, siendo el fin un mundo de valores. Finalmente, afirma que ante todo debe estudiarse el psiquismo normal y luego las desviaciones. Su obra ejerció fuerte influencia en nuestro país.

Carlos Monge y Alberto Hurtado dieron un invaluable aporte con su Medicina de altura. Monge fue Catedrático sanmarquino orientado a la medicina tropical, llegando a la fama al describir la enfermedad de los Andes en 1927. En 1946 escribe "La influencia biológica del Altiplano sobre el individuo, la raza y la historia de América. Hurtado trabajó con Monge y por su labor sobre patología de altura llega a ser premiado por la OEA. En 1928 escribe "Estudios de metabolismo básico en el Perú. Ambos muestran cómo el hombre de la altura vive en condiciones fisiológicas e intelectuales desventajosas por el enrarecimiento del oxígeno, muestra su adaptación y como esta se traduce en mayor cantidad de glóbulos rojos en la sangre, mayor capacidad pulmonar, respiratoria, número de pulsaciones, y mayor resistencia al trabajo. La curación implicaría la adaptación del organismo a la nueva variedad climática-fisiológica.

Pedro Weiss, fue catedrático de San Marcos y Cayetano Heredia y obtuvo el Premio Nacional de Cultura. Sus investigaciones invaluablemente versan sobre la verruga peruana, la Leishmaniasis, osteología, trepanaciones en el antiguo Perú, Paracas, cerámica Chimú y Chancay, la enfermedad en el arte figurativo

precolombino, paleopatología americana, zonas climáticas y de patología, el perro peruano, botánica, parasitología, etc.

A su vez, Hideyo Noguchi tuvo aportes significativos en Perú con sus estudios sobre la fiebre amarilla y la verruga; ésta primera le causa la muerte convirtiéndose en Mártir (1928). Igualmente, Noguchi y Moore en 1913 presentan una demostración del *Treponema Pallidum* in el cerebro en casos de parálisis.

Seguín, es uno de los sabios que más ha aportado a las ciencias de la salud y a la cultura peruana, constituyendo uno de los grandes Amautas del Perú. Su vasta obra comprende el abordaje de innumerables temas humanos. Recién siendo estudiante por el año 30 ya escribió su primera obra: Tratado de Farmacología y Terapéutica. Dos obras que causaron gran impacto: Introducción a la medicina psicosomática (1947) y Amor y psicoterapia (1963). El busca mostrar las bases de actuación en la relación del médico con el enfermo, señalando que el eros psicoterapéutico es el mejor agente terapéutico. Plantea una nueva concepción de medicina, donde los factores psicológicos juegan importantísimo papel para lograr la salud. Una de sus obras más leídas fue "Amor, sexo y matrimonio". Seguín escribió 32 libros y folletos y más de 400 artículos científicos y periodísticos. Su impacto ha sido amplio, pues gracias a él se extiende el psicoanálisis (152), y diversas corrientes psicoterapéuticas: análisis transaccional, psicodinámica, terapia del comportamiento, comunidad terapéutica, terapia sistémica, psicoterapia individual, grupal, familiar y comunitaria; dando un significativo aporte en el estudio de la Medicina y Psiquiatría Folklórica.

Cabieses, es otro médico de contribución significativa. Sus sabios aportes se han dado en los campos de la medicina y cultura en general, constituyendo otro de los grandes Amautas del Perú. Su obra más notable ha sido en Medicina Tradicional. En este campo, destacan asimismo Arellano, Hu, Pérez Arbela. El tiempo mostrará el invaluable espacio que han abierto.

Chiappo, catedrático de San Marcos y Cayetano Heredia, es un estudioso excepcional con aportes sobre todo en lo psicológico, educativo y filosófico. Su test noético-perceptivo explica diversas capacidades de los pacientes, constituyendo un gran aporte. Ha relacionado la Salud y la Educación con el Desarrollo. Postula el interaprendizaje y estudia el papel de los valores.

La Psicología Experimental se inicia en Perú con Blumenfeld(1935) y sus continuadores hicieron experimentos de laboratorio y psicometría. Aborda temas psicofísicos, la sensación y memoria.

El abordaje experimental tiene otro hito con Raúl Gonzales que aporta en diversos campos psicolingüísticos, del desarrollo, aprendizaje y educativos. El crea escuela, siendo Anicama uno de los que más ha aportado con diversos estudios al tratamiento de diversas problemáticas, abordando además del aprendizaje, la personalidad y terapia de la conducta.

152 Véase su obra "Freud, un gran explorador".

En las Universidades Cayetano Heredia, Garcilaso de la Vega y Ricardo Palma, han surgido diversos aportes. Meza y William Torres han destacado significativamente. Mientras que San Marcos, con Tapia y Ugarriza ha contribuido con valiosas investigaciones.

Celada marca una época con sus enseñanzas y estudios en diversas universidades, formando a diversos psicólogos y siendo precursor de numerosos proyectos.

Es de resaltar que Liliana Mayo es una de las psicólogas nacionales más destacadas, por lo que ha sido distinguida por el Colegio de Psicólogos. Su labor a favor de la niñez excepcional es pionera, muy meritoria y de gran calidad científica. Su obra es valorada incluso en el extranjero. Más aún, su Centro "Ann Sullivan" ha sido escuela de formación de muchos psicólogos y profesionales de la salud.

Igualmente, uno de los psicólogos de talla internacional es Ramón León que por sus aportes y calidad científica merece el mejor reconocimiento.

El trabajo de investigación y atención realizado en el Hospital Valdizán es muy meritorio. Es sobresaliente la labor de Edwin Manrique y Haydée Aguado; su obra poco conocida y difundida, es de gran significación. Ellos han investigado temas de gran trascendencia: psicología y salud mental, psicología e identidad nacional, psicología y discurso ideológico, estereotipos, etc.

La labor del Instituto Nacional de Rehabilitación del Callao es muy destacable, especialmente de psicólogos como Delgado, Lamas, Rosa Bustamante, Sara Sotomayor y otros. Miles de niños con problemas de minusvalía, lenguaje, retardo en el desarrollo, retardo mental, etc. han sido rehabilitados gracias a un trabajo de gran calidad efectuado interdisciplinariamente.

Igual labor que el anterior ha tenido el Hospital Clínica San Juan de Dios, especialmente con niños minusválidos.

Varios psicoanalistas han contribuido al abordaje de diversos problemas psicosociales. Es destacar a Peña, Hernández, Delgado y a la Sociedad Peruana de Psicoanálisis.

Es importante destacar el papel de la Psiquiatría Social, que tuvo como pioneros en Perú a Rotondo, Mariátegui, García Pacheco, Bambarén, Aliaga, Caravedo, Guerra, Seguín. Los trabajos entre 1951 a 1961, fueron compilados en la obra "Psiquiatría y Sociedad, Estudios sobre la realidad peruana". Es importante destacar que Matos Mar y Saco Miró Quesada participan del equipo que inicia trabajos en zonas tugurizadas ("barriadas"). Estos estudios influyen grandemente en numerosos psicólogos.

Rotondo, Seguín y Mariátegui son los psiquiatras que más destacan por su obra. Maestros que formaron escuelas, con numerosas obras de investigación psicosocial y se ubican entre las mentes más brillantes en el campo de la Salud Mental (153).

Un cambio sustantivo fue la presencia de la Psicología y Medicina Comunitaria, que a continuación referimos.

Experiencias de Trabajo Comunitario en Salud

Diversos cambios en el quehacer de la Psicología de la Salud Comunitaria están influenciados por movimientos latinoamericanistas de cambio social, lo que genera un cuestionamiento de teorías, conceptos y escuelas. Así las escuelas psicológicas van perdiendo su status prevalente. Frente a una formación académica que ignoraba la realidad de las grandes mayorías, surgen exigencias de cambio, desarrollo y participación. Se inician grupos de proyección comunitaria donde resalta el **Consultorio Psicológico de la Universidad de San Marcos (COPSI)** que se apertura a los más necesitados. (154)

Un problema primordial es la incapacidad del Estado para satisfacer las necesidades de la población en materia de salud mental. Error grave ha sido ver la salud mental sólo con políticas manicomiales, de allí que la prevención y promoción de la salud cobren fuerza. Hasta que se logra salir de los muros hospitalarios e institucionales, incluyendo poco a poco las estructuras físicas poblacionales: salones comunales, casas, clubes, parques, etc.

Fue en el Congreso Interamericano de Lima-Perú 1979, que se constituyó el Comité de Psicología Comunitaria, siendo Gladys Montecinos la representante por Perú.

En 1978, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos implementa un Consultorio para los estratos menos favorecidos (Amorós 1982; Jaúregui, Loli, 1983), aunque con un predominio asistencialista. Luego, surge el Proyecto en el PPJJ "Nestor Gambeta" del Callao en búsqueda de popularizar la Psicología. Se continúa con apertura de otros Centros, como los Consultorios de Independencia (a 7 kms. Norte de Lima).

Antes de 1980, también se formó el Consultorio Psicológico de "Marcavilca" en Chorrillos (a 20 Kms. de Lima). dirigido por la Ps. Montecinos, reconceptualizando el rol del psicólogo tradicionalmente clínico y de escritorio o consultorio privado.

Surgen diversos esfuerzos individuales, grupales e institucionales por desarrollar una psicología comprometida, trabajos de carácter estatal, municipal y no gubernamental. Parece que el primer Consultorio Psicológico Municipal (155) fue

153 No pretendemos mencionar datos de una historia de la medicina, los interesados pueden consultar otras obras. Tampoco hacemos mención detallada de trabajos en este campo, pues esto lo mencionamos en otros títulos y en el capítulo de avances de la psicología de la salud.

154 Cf. Vallejos J. y Montero V.: La Psicología Comunitaria en el Perú. Ponencia al XXII Congreso Interamericano de Psicología. Bs.As. Argentina 1989.

155 Los Municipios en Perú son los Gobiernos Locales, posibilitan contacto directo con la población. Muchas organizaciones se aglutinan a través de ellos.

creado en Breña, distrito céntrico de Lima, en 1981 con el psicólogo Pedro Avilés, el mismo que planteaba la creación en Municipios de Lima de los "Servicios Comunitarios de Conjería y Orientación Psicológica".

En 1978, en los Pueblos Jóvenes del Cono Sur de Lima, diversos psicólogos desarrollan un Proyecto Integral de Salud del Niño y su Familia, por Convenio UNICEF-Salud-Educación. Gaby Hernández, Víctor Montero y Luis Wong, bajo dirección de Guillermo Montenegro, inician actividades en Villa El Salvador y Ollantay-Pamplona, logrando una significativa movilización poblacional, que asume trabajo de Promotores de estimulación del desarrollo del niño (Estimulación Temprana) y más tarde Promotores de Salud Mental, dentro de los denominados "Talleres de Juego" que se van multiplicando en los Módulos de UNICEF. Esta experiencia abre un enorme campo a otros psicólogos para el trabajo de Prevención y Promoción en Salud Mental. Se llega a constituir un Taller Central en Ollantay que luego se torna interdisciplinario. Esta labor se extiende a otros Pueblos Jóvenes con la presencia de Peralto, Bullón, Torres, Guerra y otros. Paralelamente esta labor comunitaria se extiende en los diversos Conos de Lima.

Al mismo tiempo, otros psicólogos inician también trabajo en diversos Pueblos Jóvenes (PPJJ) de Lima. En ese entonces dichos PPJJ eran sólo extensas áreas desérticas y rodeadas de cerros. Es el caso del trabajo del CIPEP con María A. Cánepa y Ruiz en Independencia, o el de IDEAS con Blanca Figueroa, entre otros.

Se multiplica a tal grado este trabajo de los psicólogos que en Febrero de 1983 se realiza el **I Encuentro de Salud Mental y Experiencias en Sectores Populares**, organizado por el Centro IDEAS. Allí exponen Carmen Torres y Víctor Montero (Proyecto UNICEF), Stahr (CEDAP), Rebaza (CIPEP), Mancilla (CEPROC), Ruiz (CIPEP), Barnechea (Bartolomé de Las Casas), Tagliabue, Villavencio (CESAM), UNMSM, Hospital Larco Herrera, Piérola (Puericultorio Pérez Aranibar), Ruez (CEDAP), lográndose la participación de 26 instituciones. Se percibe que los trabajos se centran en 3 aspectos: a) Prevención, b) Educación Popular y Organización Popular, c) Psicoterapia y Psicopedagogía.

El trabajo de V. Montero, Marrujo y Collantes en el PPJJ 7 de Octubre, aporta tener claridad sobre la relación entre desnutrición y desarrollo psicológico. Así se encuentra que aunque los niños con desnutrición grado I no se diferencian significativamente de los normales, sí acusan retrasos y déficits (Villa El Salvador, 7 Octubre), siendo el área más afectada el lenguaje; y en niños con grado II y III se encuentran retrasos, siendo el área más afectada la coordinación motora. Años antes, Pollit había realizado importantes estudios sobre desnutrición (156).

Será en 1984 que se concretiza el Proyecto más significativo de Psicología Comunitaria en el Perú: Los Consultorios Psicológicos Comunitarios, que inicialmente fue un Proyecto de Atención Psicológica Municipal, presidido por

156 Pollit Ernesto: Desnutrición, Pobreza e Inteligencia. INIDE.

Julio Celada, con la colaboración de un equipo de psicólogos: Montero, Vallejos, Marchena, Arenas, Dioses, Flores, Sotelo y otros. Posteriormente, José Vallejos es elegido Presidente del Proyecto y Víctor Montero Vice Presidente del mismo. Este Proyecto fue impulsado por el Colegio de Psicólogos del Perú (157) y buscaba beneficiar a los sectores más desfavorecidos.

Asimismo, lo que en 1984 sólo eran posibilidades de ampliación del trabajo a sectores de la Iglesia, con el trabajo iniciado por Rosas N. con los Cooperadores Salesianos, hoy se hace realidad con la labor de Ludeña F. con los Marianistas del Callao, Pecho J. en Compassion, Sánchez con la Diócesis de Huacho; y en las Fuerzas Armadas, se concretó un trabajo inicial con Machado A. en las Villas Militares.

El Proyecto del Colegio de Psicólogos del Perú, es el más destacado en la Psicología Nacional. Sin embargo, es justo mencionar otros muy significativos como el trabajo comunitario de Hospitales de Salud Mental, Hospitales generales y Centros de Salud y Postas Médicas; con una orientación más de salud mental comunitaria con énfasis en la prevención y promoción de la salud mental. Entre estos están los Proyectos del Hospital "Hermilio Valdizan" en Jicamarca (20 Kms Este de Lima), en los Asentamientos Humanos de "Javier Heraud" y "Huaycán" (25 Kms Este de Lima) y el distrito de El Agustino, proyectos donde es significativa la presencia de Vallejos J. con un comprometido grupo de psicólogos. El Hospital "Larco Herrera" que se proyectaba hacia Villa El Salvador y asentamientos de los distritos de San Miguel, Magdalena, etc. El Instituto de Salud Mental "H. Delgado- Noguchi" con acciones asistenciales preventivo-promocionales en San Martín de Porres, Tahuantinsuyo, Comas, etc. y significativos programas de proyección como los dirigidos por Carlos Marchena.

Los psicólogos de Salud de Lima Metropolitana impulsaron un importante trabajo comunitario preventivo-promocional con numerosas Campañas. Asimismo, vienen proyectándose a la comunidad los Hospitales "Loayza", "Dos de Mayo", "María Auxiliadora", "Cayetano Heredia", "Santa Rosa", "H. Unanue".

Las Universidades del país han contribuido grandemente al desarrollo de la psicología comunitaria. Es el caso de la Universidad de San Marcos con proyectos en diversos asentamientos humanos. La Universidad Católica, destacando el trabajo en Collique (20 Kms. nor-este Lima) realizado por las pastorales juveniles; asimismo, es una Universidad pionera en establecer el curso de Psicología Comunitaria.

La Universidad "Cayetano Heredia" realiza un trabajo en Canto Grande (25 Kms. al nor-oeste de Lima), buscando la proyección a la comunidad y metas de asistencia, prevención- promoción e investigación en salud mental; con metodología basada en diagnósticos situacionales y dinámicas grupales, con orientación conductual. También con proyección al Distrito del Rímac (10 Kms. al norte de Lima) y recientemente con trabajos en diferentes provincias del interior

157 El Decano Nacional era el Dr. Víctor Amorós y el Decano Regional Lima era el Dr. Héctor Lamas.

del país a través del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROASA), es importante destacar la labor que realizó en esta Universidad el psicólogo Carlos Velásquez.

La Universidad "Federico Villarreal" desde aproximadamente 1987 se está proyectando a la comunidad y ha creado la Maestría en Psicología Comunitaria desde el año 1990.

El Proyecto "Alfa y Omega" (Vitarte, Km 7) fue impulsado por el Centro Nacional de Desarrollo Alternativo (CENDA), con los psicólogos Ferreyra, V. Montero, Sánchez, Figueroa y la socióloga Cáceres, bajo dirección de Gustavo Vélez. Se dio vida al concepto de ecología social y una concepción humanista de desarrollo.

El Taller de Capacitación Infantil (TACIF) desarrolló un Programa de Estimulación Temprana en San Juan de Lurigancho, iniciado por los psicólogos V. Montero y Kanashiro en colaboración con otros profesionales, después fue desarrollado por Aguirre y Luz Roca.

TACIF, MANTHOC y CESIP impulsaron el grupo "Collera" que potencia el empleo de tiempo libre y desarrolla la educación informal. Posteriormente, esto da lugar a la Coordinadora de Derechos del Niño que promueve Campañas y Festivales diversos.

Asimismo, en TACIF se investigó el papel de la calle en la formación y desarrollo del niño. Bravo, Cuya, Aguirre y otros tienen significativas experiencias comunitarias sobre el tema.

En el área de Prevención del Abuso de Drogas vienen desarrollándose aceleradamente debido al agravamiento del problema. Destacan los Centros CEDRO, el Instituto de Lucha contra la Drogadependencia (ILCD), Mundo Libre, entre otros. CEDRO ha logrado amplia inserción en diversas comunidades y desarrolla numerosas investigaciones, promueve trabajo con niños de la calle, talleres productivos, comunidades terapéuticas, trabajo de prevención y promoción en el Alto Huallaga, etc. Igualmente las Hogares de Niños y Casas de Rehabilitación para complementar la prevención primaria con la prevención secundaria.

La Municipalidad de Lima permanentemente se ha proyectado a la comunidad, destaca el Proyecto preventivo dirigido por Luis Otoy y Ricardo Vacca, entre otros.

La Fundación Richmond Fellowship ha desarrollado un trabajo interesante de prevención del uso indebido de drogas en la zona más tugurizada y delictiva de Lima: la "Huerta Perdida" de Barrios Altos. Entre otros psicólogos destacan Córdova H., Alfaro C., etc.

Los psicólogos de Salud del Cercado de Lima realizaron diversas actividades de prevención en coordinación con CEDRO, destacando el trabajo de Ricardo Vacca, Enríquez y otros.

El tema del Maltrato y el Niño de la Calle ha sido desarrollado con compromiso y seriedad por Mancilla a través de ADOC.

Tenemos el aporte significativo de Mancilla, Boyden (UNICEF) y V. Montero al conocimiento del niño de zonas marginadas en alto riesgo psicológico.

El trabajo en sectores tugurizados ha estado presente en investigaciones esporádicas (Mendocita, Huerta Perdida, etc.). Los psicólogos de salud también desarrollan programas preventivos diversos en estos espacios poblacionales.

EL PROYECTO DE CONSULTORIOS PSICOLÓGICOS COMUNITARIOS

Este Proyecto se concretizó en los Distritos de Comas, San Martín e Independencia (Norte de Lima), La Victoria (centro-este de Lima), San Luis (centro-sur de Lima), Villa María (sur de Lima). Posteriormente, se crean otros servicios, entre ellos el del Callao, Lince, Surquillo, El Agustino, San Juan de Lurigancho; en conjunto con una población mayor a los 2 millones de habitantes. Igualmente, en los Distritos de "Amarilis" (Departamento de Huanuco, 900 Kms. Este de Lima) y coordinaciones con "Florencia de Mora" (Departamento de Trujillo, 700 Kms. de Lima), extendiéndose así a otros departamentos del país.

Este Proyecto tuvo el carácter de autofinanciamiento a través del cobro simbólico del servicio y de actividades de los integrantes con participación comunal. Se inició y se mantuvo sin ningún apoyo económico. Pese a ello, logró convocar a más de 100 personas entre psicólogos, bachilleres y estudiantes de diversas universidades. El trabajo era Ad-Honorem, con verdadera vocación, entrega y servicio. De allí que se lo calificara como el más grande proyecto de la Psicología nacional.

En algunos servicios la participación popular fue evidente por masiva como en Villa María del Triunfo, San Martín de Porres, Independencia, El Agustino, Comas, etc. La comunidad cedía sus casas, salones comunales para acciones diversas.

Estos servicios han beneficiado a no menos de 50,000 personas.

Según el caso era la incidencia en el trabajo asistencial, preventivo, promocional, de investigación y docencia, beneficiándose la población con actividades de orientación, consejería, educación, capacitación y organización.

El Proyecto tenía un carácter social y popular y aportó al progresivo y largo proceso de socializar la psicología a través de las organizaciones comunales, tales como "Clubes de Madres", los "Programas de Vaso de Leche", etc. (158)

158 Un Club de Madres es una Asociación de mujeres agrupadas para defender los intereses de la mujer, el niño y sus comunidades, realizan acciones de generación de ingresos diversas y educación en numerosos aspectos.

El Programa del Vaso de Leche fue creado por Alfonso Barrantes, socialista, ex Alcalde de Lima. Tenía por objetivo contribuir a la nutrición de más de un millón de niños pobres, en forma diaria, en coordinación con los Clubes de Madres y los municipios del país. Luego dio lugar a la Ley del Vaso de Leche, recientemente polemizada por la distritalización del Programa.

Las Jornadas de Evaluación del Proyecto señalaron la necesidad de priorizar investigaciones de carácter psicosocial interdisciplinario; y han recomendado la introducción en la currícula profesional el curso de Psicología Comunitaria. Ha propugnado la reconceptualización de conceptos, entre ellos: salud, salud mental, enfermedad, prevención, terapia, etc.

Los "Consultorios Psicológicos Municipales" dieron lugar a los "Servicios Psicológicos Comunitarios", con mayor clarificación y conceptualización del carácter comunitario participativo.

Luego, de la Dirección de Celada, Vallejos, Torres y otros, finalmente este Proyecto finalmente terminó luego de 6 años de existencia. Se le pretendió darle un nuevo carácter involucrando a los Consultorios Psicológicos Privados, los cuales se inscribirían creando una especie de Servicios, acordes a los nuevos tiempos; el tiempo dirá si toman una nueva orientación.

El Proyecto COPSI

El Consultorio Psicológico de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (COPSI) también se ha caracterizado por estar a la vanguardia con proyectos y actividades de compromiso a los más desfavorecidos. Así en esta tarea han destacado Amorós, Jaúregui, y otros. Celada y Vega han pretendido un mayor esfuerzo de atención a sectores marginales en un trabajo progresivo y sistemático que aplique el modelo participativo en salud mental como una de las formas aplicativas de la psicología comunitaria en salud. Vallejo y Montero propusieron ampliar la acción del Consultorio presentando un Proyecto. Este tenía las siguientes características fundamentales:

- a. El trabajo tendría básicamente un modelo participativo.
- b. Tendería a fortalecer la organización comunal, femenina y de jóvenes, propiciando su capacitación y participación para el desarrollo de actividades en psicología comunitaria con aplicación a la salud mental comunitaria.
- c. Utilizaría las organizaciones ya constituidas en el seno de la comunidad, especialmente las de jóvenes.
- d. Tendría el carácter de ser integral, propiciando un trabajo interdisciplinario; de lo preventivo hasta lo asistencial, vinculando a la comunidad con el COPSI; y de lo individual a lo comunal o social.
- e. Implementaría actividades docentes y de investigación, con la participación de la comunidad.

- f. Serviría como referencia académica para el Curso de Psicología Comunitaria de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Marcos, actualmente dirigido por Montero V. y Campos^M.

Localización: inicialmente se planteó se desarrolle en el Cercado de Lima y Vitarte, posteriormente en Vitarte y Santa Anita.

El Objetivo General del Proyecto:

Implementar un Programa de acciones preventivo- promocionales, de investigación y docentes en sectores denominados marginales de Lima Metropolitana.

Sobre su Metodología:

La metodología a emplearse en este proyecto es la participativa, y las técnicas tendrán la misma orientación; sin embargo, el proyecto incluye otras líneas de trabajo, como son: la investigación participativa, donde la comunidad desempeña un rol fundamental en la recogida de información y en el proceso de intervención. La docencia en psicología comunitaria hace que el estudiante tenga un rol más activo, más interviniente, menos academicista, a pesar de no descuidar lo formal y lo académico.

El eje de trabajo de promoción- prevención, lo constituyen las organizaciones de la comunidad, sean estas vecinales, clubs de madres, juveniles y femeninas, con las cuales se trabajarían las líneas mencionadas.

Las metodologías particulares tendrían que ver con la utilización de dinámicas grupales, las exposiciones, las plenarias, las encuestas, cuestionarios, etc., las que están en relación con los objetivos específicos planteados.

Sobre las Áreas y Programas de Trabajo

Los objetivos propuestos se desarrollarán a través del siguiente programa compuesto de las sptes. áreas:

1. Área de capacitación, prevención- promoción y atención.
2. Área de organización y recreación.
3. Área de docencia e investigación.

1. AREA DE CAPACITACION, PREVENCIÓN-PROMOCIÓN, ATENCIÓN

Esta área se factibilizaría a través de 3 modalidades de intervención:

- a. De motivación o Remotivación.- Dirigida a los grupos comunales organizados a fin de motivar la participación activa de la comunidad en

aspectos de prevención-promoción, tanto en forma general y específica a cada subprograma.

b. De la detección de líderes.- A través de una metodología particular se detectaría los líderes más idóneos para las tareas correspondientes. Esta detección se realizaría desde los colegios, los grupos vecinales, los grupos culturales o deportivos, o las asambleas comunales.

c. De la capacitación.- Orientada a aquellos líderes y/o grupos comunales ya detectados, los que serían formados de acuerdo a cada subprograma y sus objetivos específicos.

En esta modalidad de intervención, además se diseñaron 4 subprogramas de atención y prevención-promoción, para atender problemas más frecuentes de la comunidad.

1.1. Sub Programa de Promotores de Estimulación Temprana

1.2. Sub Programa de Formación de Preventólogos en Alcoholismo.-

1.3. Sub Prog.de Formación de Preventólogos en Drogadependencia.-

1.4. Subprograma de Formación de Preventólogos en Conducta Delictiva.-

2. AREA DE ORGANIZACION Y RECREACION

Esta área tiende a plantear que la comunidad se organice, en caso no lo estuviera, a efectos de crear una Asociación de Promoción de la Salud Mental en la comunidad, y que tenga esta función específica, además de la recreación.

Su **Objetivo** es la organización de la comunidad en forma progresiva para formar la Asociación de Promoción de la Salud Mental, como uno de los rubros del Comité de la Junta Directiva.

3. AREA DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Esta área tiende a vincular la Universidad con el COPSI y la comunidad. Esta vinculación está especialmente referido a los cursos del área social y comunitaria. Además, podría viabilizar presentarán proyectos específicos de investigación, tales como el de "Hábitos y Consumo de Alcohol en Asentamientos Humanos de Lima Metropolitana", con metodología participativa. Pudiéndose efectuar otros proyectos de promoción de la salud mental.

Esta experiencia aunque no se concretizó, creemos importante presentarla para que sea retomada por los interesados adaptándola a su realidad comunal.

MEDICINA TRADICIONAL

La **Medicina Tradicional** es un invaluable recurso a potenciar por su utilidad en la promoción y la prevención en salud. Sin embargo, existe un insuficiente conocimiento de la población sobre el uso preventivo promocional de la Medicina Tradicional para lograr un mejor nivel de salud; a ello se aunan los deficientes programas preventivos de salud, sobre todo en desnutrición y prevención de infecciones respiratorias agudas.

Debido al nivel superficial del conocimiento que tiene la población sobre el tema, se requiere reorientar lo que se conoce de Medicina Tradicional y sistematizar con la población su experiencia.

El sistema de salud está orientado hacia la curación. Formalmente existen programas preventivos pero no se llevan a la práctica, sea por falta de personal o por problemas de concepción y estilos de trabajo.

Otro aspecto descuidado en la práctica médica, es mencionado con precisión por Cabieses (159). Se olvida que la Medicina no es sólo el arte de curar es también **el arte de cuidar** a los enfermos. Generalmente, se delega a otros profesionales o a la familia esta tarea de cuidar. La relación humana es vital en la recuperación del enfermo.

Un antiguo principio médico griego dice: "ante todo no hacer daño". Einstein afirmaba que "es normal al desarrollo humano la muerte, pero lo que no se puede aceptar es el sufrimiento". Sin embargo, la rutina médica lleva muchas veces a juzgar la enfermedad independiente del sufrimiento. Predomina un interés mercantilista o hábitos profesionales como el precibir fármacos excesivamente con iatrogenia colateral al paciente. No debe olvidarse que la reacción psicológica frente a la enfermedad y la categorización cultural de la sintomatología permiten una mejor comprensión y tratamiento real a las alteraciones de salud.

Las limitaciones de recursos humanos del sistema oficial de salud se agravan por la falta de concertación y coordinación entre las instituciones vinculadas a la salud y por la insuficiente apertura frente a la participación de la comunidad organizada en el cuidado de la salud.

Los Programas de Atención Primaria no han tenido los resultados esperados, porque no hicieron participar al Sistema Tradicional.

A nivel local, no existe una comprensión adecuada, ni niveles de articulación entre la Medicina Tradicional y la Medicina Académica. Existiendo un contingente poblacional que emplea la Medicina Tradicional que no es debidamente canalizado; tampoco se reconoce el uso de los recursos de la Medicina Tradicional.

159 Cabieses F.: Apuntes sobre Medicina Tradicional. CONCYTEC Lima, Perú 1993.

Según una investigación realizada en Lima y Chimbote (PRORESEP), 10% de personas que tuvieron alguna enfermedad no tomó ninguna medida, 28.4% fue a una farmacia particular, 17% acudió a un médico particular, 11% a un hospital y 10% utilizó hierbas; los centros de salud ocuparon el 7mo. lugar. Opinando el 52% que la atención en los centros de salud fue de regular y mala, mencionándose mal trato, demora en la atención, falta de medicamentos, baja calidad profesional, horario inapropiado, etc. En el 83% de los casos la prescripción en las farmacias fue costosa y de escasa calidad, con productos injustificados, de efecto placebo o tóxico. El gasto en salud ocupa el 5to. lugar en la estructura del gasto familiar y representa el 3% del presupuesto familiar; el 69% del gasto en salud es dedicado a compra de medicamentos (160).

Hasta hace poco, el sistema de salud pública había obviado todo aquello que tuviese que ver con los elementos médico-folkloricos propios de la población de un país multicultural. Población que, especialmente por su origen andino, basa sus experiencias curativas en relación estrecha con su mundo cósmico-biológico, es decir la relación entre su medio ambiente y las relaciones religiosas derivadas de la manifestación de fenómenos propios de la naturaleza.

Las parteras, los hueseros y yerberos son otro tipo de promotores en salud; son solicitados a menudo por la población pero no considerados como parte del sistema de salud.

Víctor Montero e Iris Castro realizaron una investigación sobre uso de plantas medicinales en la zona de Vitarte y Santa Anita. Las encuestas aplicadas en la zona señalan que las plantas más conocidas y usadas son: el eucalipto, la manzanilla, llantén, paico, matico, sábila, anís, y valeriana, luego siguen otras 26 plantas. Esta encuesta muestra que las plantas más recomendadas por los médicos son la manzanilla, anís, llantén, malva, perejil, tilo y achicoria y 13 tipos más de plantas. Muchas plantas son usadas por orientación de hierberos (32 %) o por familiares (35%) o por vecinos (12%), lo cual hace un total de un 79% como mínimo (161).

Una segunda Encuesta realizada a fines de 1993 por los mismos autores muestra que el 75.5 % compra plantas medicinales semanalmente. Sobre todo lo compran en el mercado (68 %) y en escala menor en los hierberos. Se mencionaron 41 hierbas que consumen, lo cual significa que el consumo de hierbas es amplio y variado (162).

Comparando con la Encuesta de PROVIDA (1991) vemos que coincide en mucho con nuestras Encuestas en orden de preferencia y tipo (sólo 3 no están incluidas

160 En Informe Técnico del PRORESEP. Cf. "Medicamentos, suministro y uso racional", CARE PERU-AID.

161 Tomado de "Descubriendo la Salud en las Plantas" de Víctor Montero (EDAPROSP), Lima 1992.

162 Las hierbas más consumidas son: manzanilla (50.9%), eucalipto (20.7%), matico (16.9%), toronjil (11.3%).

en nuestro listado de 34 plantas más usadas) (163); las dolencias para las que se usaban eran: dolor abdominal, tos, inflamación y parásitos.

Investigaciones y estudios diversos muestran la bondad evidente de las plantas medicinales en el tratamiento de diversos trastornos y sobre todo con fines preventivos. A modo de ejemplo incluimos anexos sobre el tema (164). Si bien es cierto que podemos utilizar este recurso natural para fines curativos, la utilidad de cada una de las plantas es muchas veces desconocido, a modo de ejemplo no más ponemos un anexo que muestra los usos que se le da al limón, manzana y cebolla.

ANTEPROYECTO DE SALUD MENTAL Y SERVICIOS LOCALES DE SALUD (SILOS)

Montero y un Equipo multidisciplinario de Salud de Lima Cercado lo propusieron para desarrollarse teniendo en cuenta los siguientes considerandos (165):

1. Requiriéndose una Reorganización a nivel central para una adecuada política de salud y desarrollo en nuestra localidad, se hace necesario una coordinación permanente entre sectores estatales y privados, previa elaboración de Planes de Trabajo, priorizando los aspectos de mayor riesgo.
2. Siendo necesaria una política de descentralización y desconcentración, se requiere de la transferencia de competencias y poder de decisión, lo cual significa fortalecer las organizaciones comunales.
3. Siendo la problemática de Salud Mental muy grave en nuestra localidad, lo que se expresa sobre todo en el cada vez mayor abuso de alcohol y drogas, el abandono y maltrato infantil, hogares con fuertes conflictos familiares, problemas emocionales que se dan aparejadas con malos hábitos de vida y afectación de la salud en general; así como la desnutrición que afecta el aprendizaje y motivación en los niños y jóvenes; que la violencia es cada vez mayor partiendo esta desde el hogar; además de un deterioro de las relaciones humanas en las instituciones y la comunidad; así como la poca responsabilidad de muchos padres, expresada también en conductas sexuales y reproductivas inadecuadas.
4. Se requiere incentivar la participación social, con la expresión de los grupos organizados de la comunidad y la elaboración de proyectos alternativos a las problemáticas.

163 Según FOVIDA, las plantas más usadas eran la manzanilla, eucalipto, llantén, anís, orégano, paico, achicoria, hierbabuena, matco y boldo, luego siguen 17 plantas.

164 Hierbas medicinales que se usan en Perú para trastornos diversos. Cf. pg.

Usos medicinales de la cebolla, manzana y limón. Cf. pg.

Plantas usadas en prevención primaria de la salud. Cf. pg.

165 Centro de Salud "San Sebastián" Lima-Cercado: Proyecto SILOS. Participaron entre otros: Montero V., Chu Elvira, Morales F., Córdova D. Igualmente, se elaboraron propuestas a nivel de Salud Oral, TBC, etc. destacando el Dr. Medina, la Obst. Eyzaguirre, entre otros. Es importante resaltar el trabajo anónimo de personas como Portales, etc.

5. Siendo la intersectoralidad un aspecto clave para fortalecer los SILOS, esto implica concretizar una conjunción de fuerzas sociales, con la elaboración de proyectos globales conjuntos con la participación de los sectores estatales y privados.
6. Para una readequación de los mecanismos de financiamiento, es necesario el uso de fuentes alternativas para una mejor distribución de los recursos, evitando la duplicación de esfuerzos y elevados gastos; lo cual implica la necesaria coordinación para realizar trabajos conjuntos, así como publicaciones, uso de locales, propaganda, etc.
7. Para el desarrollo de un nuevo modelo de atención se requiere del cambio de las técnicas de prestación de servicios y en las formas de participación social, partiendo del diagnóstico social sobre las problemática y uso de recursos que desarrollen potencialidades humanas.
8. Es urgente la integración de los programas de prevención y control, lo cual tiene como aspecto clave la unificación de los esfuerzos comunales; lo que significa el priorizar el trabajo preventivo y promocional en salud mental, en tanto es la real estrategia alternativa para enfrentar las problemáticas de salud.
9. Se requiere del esfuerzo, de la capacidad administrativa, incrementando la operatividad y optimizando procesos. Esto exige contar con un flujo informativo moderno y ágil, así como del adiestramiento de los recursos humanos con que se cuenta.
10. Un aspecto clave es la capacitación del recurso humano en salud, lo que exige una educación permanente y una actuación según los valores y costumbres poblacionales.
11. La investigación es un componente esencial para diseñar nuevos modelos operativos, que permitan evaluar acciones aumentando su eficiencia, calidad, cobertura y participación. Por tanto debemos partir de los avances realizados, profundizándolos.
12. Distintas instituciones públicas y privadas realizamos una labor a distintos niveles, relacionadas con la problemáticas psicosociales y de salud de la comunidad. Siendo necesario integrar esfuerzos y actuar en forma coordinada.

Así se propuso desarrollar según el nivel correspondiente, el siguiente proyecto:

TITULO DEL PROYECTO: «ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD MENTAL EN LIMA-CERCADO, EN BASE A UNA ACCIÓN MULTISECTORIAL»

OBJETIVOS:

Generales:

- a) Evitar el incremento de problemáticas psicosociales en nuestra zona, logrando la participación social.
- b) Promocionar alternativas para el desarrollo psicológico sano, a ser internalizadas por la comunidad.

Específicos:

- a) Desarrollar programas de prevención del abuso de drogas en colegios, instituciones y comunidad.
- b) Desarrollar programas de atención a la familia y niño en alto riesgo psicológico.
- c) Desarrollar un programa escolar que enfatice en la prevención de problemas de aprendizaje y una educación sexual en niños y jóvenes.
- d) Promocionar una Paternidad Responsable en la comunidad en general.
- e) Promocionar actividades culturales, deportivas, recreativas y sociales, para un empleo racional del tiempo y una salud mental para todos.
- f) Desarrollar campañas de prevención de la excepcionalidad y de prevención de la violencia.
- g) Desarrollar programas de Relaciones Humanas en las diversas instituciones.

FUNDAMENTACION:

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) buscan generar una mayor participación social, así como una acción multisectorial para el abordaje y solución de los problemas de salud de la comunidad, enfatizando en la prevención y promoción. Diversas organizaciones públicas y privadas actúan en nuestra jurisdicción abordando diversas problemáticas psicosociales, pero se requiere de una mayor coordinación y acción conjunta, para optimizar esfuerzos y aproximarnos más al logro de objetivos comunes.

ANALISIS DE NECESIDADES:

Como se ha enunciado las problemáticas de salud mental son múltiples en nuestro sector, pero es necesario priorizar en la prevención del abuso de drogas, la prevención de la violencia, la mejora de las relaciones humanas, la atención a niños y familias en alto riesgo.

CURSO DE MEDICINA COMUNITARIA EN SAN MARCOS

La Facultad de Medicina de San Fernando- Universidad Nacional Mayor de San Marcos, organizó hace unos pocos años el curso de Medicina Comunitaria, con la participación de los Drs. Orihuela, Arca, Cárdenas, Salazar, Carrasco, Bueno, Jumpa, Alva, Medina, Jimenez, Herrera, Castañeda y el Ing. Gonzales. Lo presentamos pues consideramos que es un avance a tomar en consideración y experiencia a replicar en todas las Facultades de Psicología. Esto nos hace ver la necesidad de tener Cursos como Psicología de la Salud, Psicología Comunitaria y Psicología Preventiva que capaciten al psicólogo y a otros científicos sociales y de la salud.

I.FUNDAMENTACION

El Perú presenta una compleja situación sanitaria caracterizada por indicadores de salud negativos y una desigual oportunidad de acceso a los servicios de salud de los diferentes sectores de la población.

Es cada vez un consenso más difundido que modificar esta situación, requiere el conocer y actuar sobre estructuras económico, sociales y culturales que la determinan.

Los instrumentos teóricos y prácticos que permitan actuar sobre estos niveles, deben formar al Médico Peruano acorde con nuestra realidad. El ámbito propicio para su aplicación es el de las comunidades. El ejercicio de las acciones de salud desde y con la comunidad, constituye uno de los más interesantes y promisorios campos de trabajo para la medicina y responder frente a los retos sanitarios que la realidad peruana plantea.

A través de él se busca capacitar al médico en el manejo de instrumentos conceptuales, metodológicos y técnicos que le permitan desarrollar acciones integrales de la salud en y con la comunidad, poniendo especial énfasis en motivarlo y capacitarlo para conocer, interpretar y desarrollar la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Se busca, asimismo estimular al futuro médico para participar en las acciones que busquen la solución de los problemas de salud del país.

Para lograr estos propósitos se han programado clases teóricas que tratan en un primer bloque, los aspectos generales y específicos de la salud comunitaria y en un segundo bloque, los diversos componentes de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

La parte práctica se ha estructurado de forma tal que permite al estudiante, el desarrollo intensivo de una experiencia directa de trabajo comunitario en salud vinculándolo con ámbitos, en los que se viene desarrollando por parte de la comunidad y ONGs, acciones de salud comunitaria.

A los aspectos cognoscitivos, para no ser incompleto e ineficaz, hay que sumar una fuerte motivación social y de compromiso del educando en la solución de los problemas de salud de sus compatriotas como forma actual de reafirmar los permanentes valores humanos del médico.

II. PROPOSITO

Capacitar al estudiante de medicina para iniciarlo en la comprensión de la problemática de salud de la comunidad, a través de los contenidos teóricos desarrollados y su participación en las actividades comprendidas en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud en los aspectos individuales y colectivos en un sentido integral.

III. OBJETIVOS

1. Conceptualizar la salud comunitaria dentro de un contexto médico y social, dando a conocer los elementos de diagnóstico para la situación de salud de una comunidad determinada.

2. Implementar las actividades que conduzcan a la formulación del diagnóstico del nivel de salud de la comunidad a partir de los objetivos, política y estrategias, destinados al desarrollo, mantenimiento y recuperación de la salud individual y comunal, con la participación efectiva de la población organizada.
3. Establecer relaciones con las organizaciones naturales de la comunidad, respetando su autonomía en el proceso de sus acciones en desarrollo y salud.
4. Entrenar al estudiante en la investigación multidisciplinaria y la acción interdisciplinaria como medios para lograr el mejoramiento de salud de la comunidad mediante el apoyo multisectorial y multiinstitucional.

IV. METODOLOGIA

Se utilizaron los siguientes procedimientos docentes: a) Clases teóricas b) Clases prácticas c) Informes

TEMAS

1. La Medicina Comunitaria y el enfoque integral de la salud. Relaciones con la Medicina Social.
2. APS y Salud Comunitaria. Componentes con el sistema de salud. Relaciones. Sistemas Locales de Salud.
3. Enfoque estratégico en la planificación y programación local.
4. La Educación Popular y la Salud.
5. Salud Materno Infantil en la Comunidad.

PRACTICAS

1. Estudio de la Dinámica Social y Organizativa de una Comunidad Urbana Marginal.
2. Establecimiento de relaciones con las organizaciones comunales, especialmente con las que vienen desarrollando acciones de salud y alimentación.
3. Diseño, programación y ejecución de una experiencia de salud comunitaria.
4. Elaboración de un Informe de la Experiencia.

TEMAS DESARROLLADOS

I. ENFOQUES: ESTRATEGIAS PRINCIPALES, METODOS Y TECNICAS DE TRABAJO DE SALUD INTEGRAL CON LA COMUNIDAD

1. Enfoque integral de la salud.
2. Atención Primaria de la Salud.
3. Estrategias Operativas: Sistemas locales de salud.
4. EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD
Enfoques y conceptos básicos.

5. ENFOQUE ESTRATEGICO EN LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION LOCAL.

Nuevos conceptos en la planificación.

6. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Configuración del área del desarrollo de los recursos en salud.

7. LA COMUNIDAD, ACTORES SOCIALES Y NUEVOS AGENTES SANITARIOS.

Organizaciones comunitarias.

II. PRINCIPALES PROGRAMAS Y ACTIVIDADES BASICAS DE TRABAJO DE SALUD CON LA COMUNIDAD

- A) Salud de la mujer y la maternidad.
- B) Salud del niño.
- C) Salud del niño en la escuela.
- D) Salud del niño en la comunidad.
- E) Salud del adulto en la comunidad: TBC
- F) Salud y Medio ambiente.

Las CLASES PRACTICAS comprenden Trabajos de gabinete y Trabajo en comunidad y diversas actividades de organización, diseño, diagnóstico, promoción,, prevención.

PROGRAMA DE TBC EN CERCADO DE LIMA

Esta experiencia tuvo como uno de sus antecedentes, el trabajo con enfermos tuberciosos que desarrollaron Víctor Montero, la Trabajadora Social García y otros en Villa El Salvador, bajo la dirección del Dr. Tovar, con la conformación de un Grupo Solidario denominado "los Buenos Amigos". El trabajo psicológico comprendió Charlas y Dinámicas de Grupo para trabajar hábitos y estilo de vida, asertividad y autoestima, relajación, etc. acompañado del trabajo individual de problemas emocionales y orientación laboral.

Este trabajo, Montero lo replicó junto al equipo multidisciplinario de Lima Cercado, en estrecha colaboración con los Drs. Chu y Morales. En coordinación Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social, se realizó la detección y captación de pacientes, se realizó visitas domiciliarias y se brindó atención integral, donde lo psicológico debía trabajar los aspectos motivacionales, actitudinales, modificación de hábitos inadecuado y promover un estilo de vida que facilite la recuperación.

La UDES Lima Cercado bajo la dirección del Dr. Contreras G., implementó un Programa Piloto para ser trabajado por los psicólogos que trabajábamos en la zona. Un ejemplo del esquema de capacitación a personal de salud que atiende casos de TBC es el siguiente:

PROGRAMA DE TBC IMPLEMENTADO**ESQUEMA DE SESION DE CAPACITACION PARA PERSONAL DE SALUD**

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	D*	R * *
1. Cohesión de grupo. - Presentación - cohesión - integración del grupo.	Brindar elementos de cohesión del grupo	Técnica de telaraña	1. Entrega de fichas a los concurrentes. 2. Presentación de los expositores. Utilización del ovillo. Preguntar: Nombre. C.S., expectativa ante el curso. División en grupos(2).		
2. Problemática del paciente con TBC.	Analizar los factores causales de la problemática psicosocial del paciente	Papelógrafo, Afiche.	Con papeles recortados, figuras para pegado. Adicionando algo interpretado. Grupos cruzados, visualización del problema (interpretación de afiches).	40' 30' 15 20'	
3. Relación entre paciente y el trabajador.	Analizar los aspectos emocionales de la relación entre paciente y trabajador de salud	Técnica Animación doble rueda. Técnica Sociodrama	Formar dos nudos, van en diferente sentido. Mirar su pareja. Música de fondo del «Amigo». Rpta útil. Técnica sociodrama acerca de la problemática.	10' 15'	
4. Roles del personal que	Identificar y describir el	Técnica de la estatua.	Respuesta del paciente sobre las personas que trabajan en un C.S.	30'	

opera en un C.S. en torno al enfermo tuberculoso.	rol del personal de salud	Técnica de soltura mecédora.	Preguntar a otro grupo como modificar la actitud de las estatuas representadas. Discusión de grupo Grupo pequeño de 6	10' 15'	
5. Comportamientos ambivalentes del enfermo tuberculoso en torno a su comunidad. Despedida grupal.	Identificar comportamientos ambivalentes del enfermo tuberculoso	Técnica lluvia de ideas por tarjetas.	Dividir en dos grupos: En tarjetas o papeles deben llenar los comportamientos del paciente en: a) casa, b) trabajo, c) amigos, d) pareja, e) comunidad. Análisis y comentarios de los sistematizado verbalmente.	30'	

D* duración

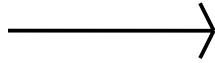
R** responsables

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA (ESQUEMA)

ELABORADO POR: Ps. VÍCTOR MONTERO / JOSÉ VALLEJOS

FALS BORDA

(1959- COLOMB.)
catálisis social - autonomía -
prioridad - realización -
reforzamiento estímulos.



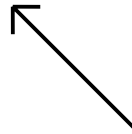
Función catalizadora



TALANTO - RIBES (79)
desprofesionalización

Puerto Rico, Venez. C. Rica, Brasil,
Mexico

EEUU = 1960
A. LAT = 1970



INF. CCSS
KURT LEWIN (48)
(Resolución Social del
conflicto)

METODO INVESTIGACION
ACCIÓN

} Recolección- Análisis.- Elaboración-
Aplicación Discusión Planes
Personalidad: Función de espacio vital

BENNET (66) Conferencia educación de
Psicología
para la Salud Mental Comunitaria (65)

← Psicología Social

ANDERSON

“PS.COMUNITARIA”

↓
SCRIBNER (68)
NEWBROUGH (70) nueva rama Ps.
LEHMAN (71)
MURRELL (73)
RAPPAPORT (77) Busq. alt. a normas
MANN (78)

} Niv. análisis-Tec-Instrum. Intervención-Explic-
Modelos
Limitaciones -Interp. parciales }
-no objet. cambio sc } il
de prob. en contexto

EEUU: Movimiento Pro SM
Comunidad
Política Guerra a Pobreza
(Murrell 73)



Análisis proceso social-estudio de interacc.social
diseño de intervenciones sociales
ROL PSICOLOGO PARTICIPANTE -promotor - científico
CONCEPTUALIZADOR (Bennet 66)

Limitaciones
Metodo
Investiacion

}
- Comprensión problemas
- Solución
Participación dinamica, toma decisiones
AMERICA LAT Solución problemas sociales: *
**Estudio, comprensión, explicación,
transformación**



Comité Pro. Ps. Comunit (7ε →
S.I.P.

Trabajo paralelo Psicólogos
America Latina Objetivos iguales Métodos

Post Grado Pto Rico, México

Area Ps. Comunit. Latin
A.P.A

Revistas }
AVEPSO (Venez.)
Latinoam. Ps. (Colombia)
Latin. Ps. Soc. (Mexico)

Post Grado Ps. Com
U. Pto. Rico



Interacc. simbólico } rol/valores/



U. Berger y Lukman (66)

MEDIACION
Explicación
emoción conducta
significado/ motivos

Construcc. soc. de realidad:

MET. DIALECT. }Exterioriz/ objetivac/interioriz SOCIALIZACION
MOV. TEOLOG. LIBERAC. (**GUSTAVO GUTIÉRREZ**) INST. BARTOLOME
DE LAS CASAS



Construcción del Reino de Dios (Serrano Garcia,
Perfecto y
Santiago 83)

Ps. ECOLOGIA
TRANSACCIONAL



(**NEWBROUGH y col**) → reajustar el ámbito social LEWIN
AREAS } SM en Comunidad/Asesoramiento Ambiental



noción TENSION SOCIAL (stress)
BARBARA DOWHRENWEND, 78

→ Reducir Tasa de Psicopatología en Comunidad control situación de

PAULO FREIRE, 74

PEDAGOGIA DEL OPRIMIDO.....Técnica: Problematicación



LUCIEN GOLDMAN

conciencia real ____ conciencia posible
(Serrano García, Irizarry 79)

**LUIS ESCOVAR
(PANAMA)**

Ps. Soc. para el Desarrollo} control sobre medio ambiente

Estimular potencialidades de Comunidad

RAPPAPORT 77 } Paradigmas/ Explicación Psicosocial



Factor estructural __Relación dominador--subordinado----Carencia control. ALIENACION

ROTTER (66) -----foco de control externo

SELIGMAN (75)----identificación**DESESPERANZA**

APRENDIDA

KARDINER (47)...POBRE DES. DEL YO

Aportes de TEORIA MARXISTA
y TEORIA DE LA

Ubican Teo. } neoconductismo/ cognitiva}
Contexto Relaciones sociales producción
Relaciones centro y periferia.



**CARDOSO/FALETTO} DEPENDENCIA Y DESARROLLO
(73)**

MARX....Trabajo alineado

LUKACS

ALTHOUSSER.....Aparatos

Ideologicos

GRAMSCI.....Sociedad Civil y Estado

HABERMANS...Tecnología y Ciencia

} SERRANO - GARCIA - IZARRY 79
GARCIA, PERFECTO, SANTIAGO -
SERRANO 83
MARITZA MONTERO 80

PSICOLOGÍA PARA EL CAMBIO SOCIAL:
Serrano - García, Rivera-Media y Alvarez 85
(Interac. Simbol.- Teo. Lenguaje Vygostki-Gramsci)

ESTUDIOS EN LATINOAMÉRICA:

VENEZUELA

- MARITZA MONTERO: Identidad Nacional, principios Ps. Comunitaria.
- SALAZAR:----- Nacionalismo, Identidad.
- MARIA BANCHS:----- Teo. de Representaciones Sociales.
- ELISA JIMENEZ:----- Problemática Femenina.

EL SALVADOR

- * I. MARTIN BARO: Teolog. Liberac. y Ps. Social.

CUBA:

- ALVAREZ / YODALIA LEYVA: Educación Sexual en Cuba
- FERNANDO GONZALES REY: -----Ps. Política, Personalidad, Ps. Social y Salud.

CANADA:

- LIDIA CALB-----Educación Sexual en Comunidades de Toronto

MEXICO:

- LOURDES QUINTANILLA:
- BERNARDO JIMENEZ.

COSTA RICA:

- IGNACIO DOBLES

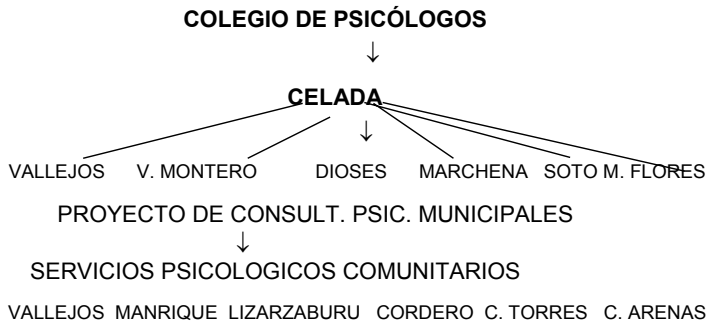
BRASIL:

- SILVIA MAURER LANE: Disc. de Paulo Freire.
- ZHELIDE DE QUEVEDO: Ps. Comunitaria Educación Sexual en farelas

*** ESTUDIOS EN PERU:**

HONORIO DELGADO/ IBERICO..... PSIQUIATRIA SOCIAL
MARIATEGUI.....SEGUIN
ROTONDO Psiquiatria y Sociedad
CARAVEDO
Estud. Psiq. Social
Tugurios (Mendocita, otros)

- * Ola Migratoria a las ciudades.
- * Asunción de la Izquierda (Alfonso Barrantes) a Alcaldías.
- * Cambios en Paradigmas Sociales.
- * Pedro Avilés 1er. Proyecto de Consultorios Psicológicos Municipales.



Posibilidades de ampliarse en:

FFAA (Hospital Militar, Villas Militares.)

IGLESIA

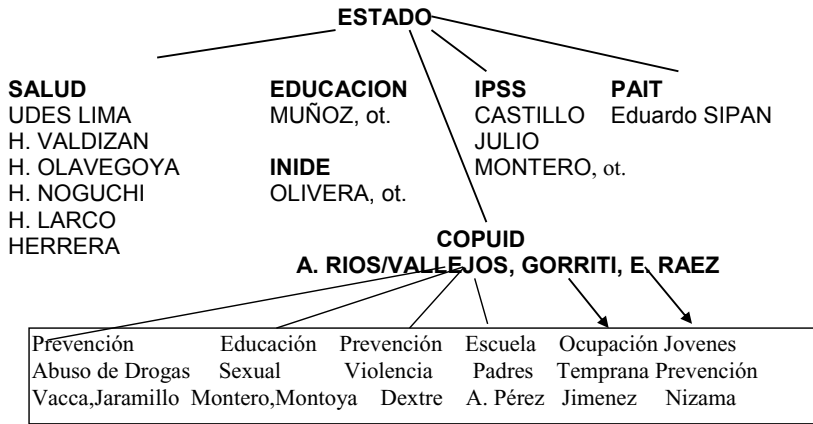
↓ ↓ ↓

Ceas Caritas Marianistas
Ludeña

Cooperadores Compassión
Salesianos J.Pecho
Tavares

O N G s

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|--|
| M. RAMOS
S. GALDOS
R. CARDICH | PERU MUJERMUJER
B. Figueroa | Y SOCIEDAD
Z Hernández | B. CASAS . CIPEP
C. Barnechea, Canepa | IDEAS
T. Bolaños.
T. Ciudad |
| CEPROC
M. Mancilla | TACIF
C. Cuya
Rivera | CEDRO
Macias
Lerner
Antonio Lara | CENDA
Ferreyra,
Sánchez/Figue | EDAPROPO CALANDRIA
Gómez/
Pomar/
Montero |
| KALLPA,
TAREA
AYNI, CEAS,
EDUCA
INPPARES,
INCAFAM
KANTU, OTROS | | | | ALFARO/
VENTURA
MACASI |



- PROYECTO UNICEF SALUD EDUCACION }
 - HERNANDEZ/V. MONTERO/WONG } Pamplona
 - Proyecto Atención Integral } Villa El Salvador
 - Cono Sur } M. Melgar,
 - C. TORRES / GUERRA/ PERALDO / BULLON / PSICOLOGOS CONO SUR LIMA } Psicólogos Cono Norte
- U. SAN MARCOS } COPSI Amoros/Jauregui/Celada } PROYECTO DE PSICOLOGIA COMUNITARIA.
- U. CAYETANO } CARLOS VELASQUEZ - Comunidad Campesina
- U. VILLARREAL } I JORNADA DE PSICOLOGIA COMUNITARIA.
- UNICEF } EDUCACION } PROYECTO WAWAHUASI }
 - PUNO } F. Basili / Equipo Consultores
 - NACIONAL }

CAPITULO

6

ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL TRABAJO PSICOSOCIAL COMUNITARIO EN SALUD

Cualquier intervención psicosocial comunitaria en salud, debe partir de efectuar un análisis crítico positivo de la política oficial de salud para realizar el diagnóstico de las necesidades, posibilidades y recursos de la comunidad, luego plantearse la experiencia de intervención psicosocial. El análisis crítico debe comprender como bien lo formulan Delgado, Ruiz y Rivas (1987) una evaluación histórica del proceso, considerando entre otros las políticas sociales de desarrollo comunitario y participación popular y las políticas de participación popular en salud, el papel del Estado, los aspectos epidemiológicos de la política de salud, la educación para la salud; Para obtener conclusiones sobre los aspectos económicos, sociales, sanitarios, epidemiológicos. Nuestra experiencia de intervención nos dice debe formularse un modelo de participación interdisciplinaria en la comunidad, con claros criterios organizativos del equipo, fundamentos epidemiológicos, metodología, principios educativos y actividades (a niveles primario, secundario, terciario). Esto finalmente, nos permite obtener conclusiones y diseñar perspectivas.

El modelo clínico tradicional, se caracteriza por: a) estar centrado en la prevención y optimización de los recursos, b) es básicamente comunitario organizacional, c) desarrolla su acción en la comunidad y con grupos organizados, d) investiga las necesidades, la población de riesgo, para asesorar y entrenar, e) utiliza los recursos comunitarios, f) se desarrolla sobre la base de los programas de salud. Esto tiene por limitaciones: 1) estar centrado en el tratamiento, 2) su base clínica, individualizado, 3) esquema receptivo-pasiva, 4) fracaso en el desarrollo de acciones preventivas consistentes. Así el objetivo de intervención está centrado en el individuo o pequeño grupo para acciones de niveles secundario y terciario.

En búsqueda de superar las limitaciones del modelo clínico de distribución de servicios, Albee (1980) y Costa y López (1983) plantearon un Modelo de Competencia alternativo. Este modelo se plantea como objetivos: a) dotar de previa capacitación a los actores para prevenir problemas y desarrollar ajuste y adecuación ecológica, b) detección temprana de problemas, personas y situaciones de alto riesgo, c) intervención temprana, d) intervención evitando la cronificación y desarrollando competencias de autocuidado. Así las competencias de un técnico en Salud Comunitaria serían: 1) dominio conceptual (marco conceptual integrador, comprensivo e histórico; bases biológicas, económicas, antropológicas y psicológicas de la salud y enfermedad), 2) dominio metodológico

166 Delgado C., Ruiz E. y Rivas R.: Salud y organización popular. Experiencias de trabajo psicosocial comunitario. AVEPSO, Venezuela 1987.

(en especial metodología de investigación), 3) dominio tecnológico (técnicas de enseñanza y cambio organizacional, técnicas de cambio comportamental, recursos epidemiológicos y estadísticos), 4) dominio interpersonal (habilidades de comunicación y solución de problemas, actitudes democráticas).

DELIMITACION DE UN PLAN DE SALUD

Es un proceso metodológico basado en los criterios anteriores. El Plan de Salud es un conjunto de programas básicos de salud a desarrollar en una zona determinada. Este parte de identificar prioridades y formular los objetivos, metas y acciones de los programas de salud seleccionados, con participación de la comunidad. El tipo y número de programas de salud a desarrollar se basa en los criterios centrales: a) las necesidades de la comunidad, b) los recursos humanos, materiales, etc. estableciendo prioridades.

El modelo planteado por Costa y López comprende estos pasos:

1. Diagnóstico de la situación de salud.
 - A. Descripción de la situación de salud.
 - a.1. Nivel de salud: indicadores, concepción de salud
 - a.2. Hábitos y costumbres.
 - a.3. Características demográficas.
 - a.4. Redes y sistemas de Apoyo Social.
 - a.5. Sistemas de participación comunal.
 - a.6. Recursos socioeconómicos generales.
 - a.7. Recursos sociales y de salud.
 - a.8. Evaluación ambiental.
 - B. Identificación y Análisis de Problemas de Salud.
 - C. Pronóstico de la Situación de Salud.
2. Formulación del Plan
 - A. Identificación de Problemas de Salud Prioritarios.
 - B. Formulación de Objetivos, metas, acciones.
 - C. Elaboración de los Programas.

3. Ejecución del Plan

4. Evaluación

Sólo después de haber precisado los aspectos anteriores, se puede hacer un cuadro de actividades específico, el cual debe ser muy práctico y manejable, como vemos en el ejemplo del Plan de la Comisión de Salud de Santa Anita (Lima-Perú), que fue elaborado por las mismas representantes de la comunidad (Cf.pg.).

Los planes y programas deben partir de objetivos claros a conseguir, para lo cual se requiere precisar nuestro aporte como especialistas. A modo de ilustración

diremos que en Cuba (167), los objetivos planteados por la Psicología de la Salud comprenden:

1. Contribuir al desarrollo óptimo de la personalidad a través de todo el ciclo vital, para promover la salud, el bienestar psicológico y la capacidad de rendimiento del individuo.
2. Contribuir a la integralidad de la atención en salud incorporando la valoración de los aspectos psicológicos del hombre sano y enfermo en las acciones de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. Contribuir a la óptima prestación y utilización de los servicios de salud, mediante la valoración de los aspectos sociopsicológicos involucrados.

Lo anterior se traduce en los objetivos del servicio de Psicología en los Policlínicos en la Comunidad, que son:

1. Favorecer el bienestar psicológico y el desarrollo de las potencialidades individuales de la población ejerciendo influencias sobre el medio en que se vive.
2. Contribuir a brindar atención de salud integral incorporando en sus acciones preventivas y curativas la dimensión psicológica.
3. Propiciar la participación activa de la comunidad en la identificación y solución de los problemas de salud, así como en la toma de decisiones en gestión.
4. Contribuir a adecuar los servicios de salud a las aspiraciones y expectativas de la población.

Lo anterior se traduce luego en actividades específicas para los programas de salud y en trabajo con la comunidad organizada.

COMPONENTES DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA Y SALUD

Costa y López mencionan como bases científicas y técnicas de la Psicología Comunitaria aplicadas al ámbito de la salud:

- a) La Ciencia del Comportamiento. El Modelo de Campo que provoca un cambio histórico y ecológico, que permite la intervención en grupos, organizaciones y comunidades.

En los años 70 se da una convergencia entre Psicología Comunitaria y Tecnología Conductual (Bayés, Costa, Glenwick y Jason, Nietzel). Esta convergencia da lugar a la Tecnología Conductual Comunitaria, que aporta con la

¹⁶⁷ Cf. Casal Ada: Sobre algunos aspectos de la Psicología en la Atención Primaria de Salud. Trabajo con la Comunidad e Investigación. XXI Cong. Interamericano de Psic. Habana-Cuba.

recolección, organización, análisis y evaluación sistemática de los datos, resultados, efectos, eficiencia y eficacia en la intervención.

b) Medicina y Comportamiento. Se ha producido una convergencia científica, metodológica y técnica, entre la Ciencia del Comportamiento y las ciencias biomédicas. Esta es la denominada Medicina Conductual o Comportamental. Así se evidencia que sinnúmero de problemas que afectan la salud tienen determinantes multietiológicas; que en su formación y en su curso son relevantes los componentes conductuales y ambientales; por tanto, requieren soluciones integradas e interdisciplinarias.

c) Farmacología y Comportamiento. Definida por Bayés como ciencia interdisciplinaria que estudia las relaciones funcionales entre una variable independiente, un fármaco, y una variable dependiente, el comportamiento.

d) Psicología de la Salud. Nuevo campo de investigación e intervención integrado. Denominado por algunos como Salud y Comportamiento. Matarazzo, Reig, García y Rodríguez son algunos de sus exponentes. Comprende desde el Modelo de Competencia.

e) Psicología Social. El cuidado y promoción de la salud, la acción preventiva y los relaciones de los pobladores con el sistema de servicios de salud, implican las interacciones y comportamientos sociales. Es decir el estudio de cómo las personas influyen en el comportamiento de los demás. Esto incluye el análisis de las actitudes (Bandura, Mishell, etc.), atribución (Lambert, etc), aprendizaje social (Rotter, Rappaport, etc.) relacionado al control interno y control externo, la indefensión y la desesperanza aprendida (Seligman, Maritza Montero, etc.), los comportamientos facilitadores. Han contribuido también la sociología y psicología social de las organizaciones para optimizar los sistemas.

DIMENSIONES BASICAS DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

1. Dimensión ecológica

Es un componente esencial del Modelo de Campo de rápido desarrollo. Rappaport (1977) lo denomina **Paradigma Ecológico de la Psicología Comunitaria** y Jeger y Slotnick (1983) hablan de la **Ecología Conductual**.

La corriente de la **Psicología Ecológica** tiene a Barker como un exponente, el cual considera que para comprender y predecir la conducta de la gente, más que tratar de indagar en los motivos, tendencias e impulsos personales, debe conocerse los escenarios de conducta en los que ésta tiene lugar y de los que recibe coerción.

Según la **Ecología Social**, una organización o comunidad distribuye los recursos (humanos, tecnológicos, económicos, de salud, etc.) por medio de diferentes reglas formales e informales. Las políticas y estrategias deben tomar en cuenta que el poder, el control y la influencia son recursos distribuidos desigualmente.

2. Dimensión participación

Según el cual todas las personas tienen el poder de actuar en pro del desarrollo y sus diversos componentes (salud, educación, etc.). Así la salud deja de ser prerrogativa exclusiva de élites profesionales. Falta precisar al respecto las motivaciones y situaciones de los participantes y no participantes. La participación implica un proceso por el cual se toma parte en las decisiones relacionadas a contextos que nos involucran.

La participación supone asimismo la descentralización de los servicios de atención, administración y gestión.

3. Dimensión Prevención y Promoción

Las acciones preventivas son consideradas pertinentes y necesarias como ejes básicos de intervención.

La intervención preventiva trata de evitar anticipadamente que se produzcan comportamientos que determinan problemas. La promoción pretende instaurar en la historia personal de la población, de las organizaciones y de las comunidades comportamientos que favorezcan el desarrollo y progreso.

PRACTICAS Y ROL DEL PSICOLOGO COMUNITARIO

Según los tipos de prácticas psicológicas, existen diferencias sobre el tipo de identidad profesional construida y sobre los productos de esa práctica (Cf. Cuadro #).

Quintal de Freitas (Brasil, 1994) encuentra cuatro tipos de prácticas psicológicas en el trabajo comunitario. Estas son:

1. La psicología **en** la comunidad, define estrategias para diagnosticar, desde una perspectiva psicológica e individual, le preocupa las estructuras internas individuales. Es la tradicional psicología clínica en otro escenario social y espacial, o sea asume un nuevo espacio de actuación. Utiliza técnicas e instrumentos tradicionales de psicoterapia, diagnóstico, tests. Busca identificar crisis vividas y promueve clasificaciones. Considera que los problemas de la comunidad son originados fundamentalmente por problemas psíquicos. Sus temas de interés son: Neurosis, psicosis, histeria, relaciones familiares y personales. Otros problemas son vistos bajo una visión situacional. La comunidad es un mero receptor. Significa una defensa de especificidad profesional y creencia en una determinación psicológica.

2. La psicología **de** la comunidad, es aquella donde el énfasis está determinado por la población. El psicólogo participa en discusiones y movilizaciones; es un activista político. Los problemas comunales se derivarían de factores económicos, políticos y sociales; no les atribuye causas psíquicas, lo personal es analizado como fruto de condiciones sociales. El psicólogo trabaja con poblaciones pauperizadas contribuyendo al aprendizaje para expresarse, organizarse y lograr reivindicaciones. Aporta a la organización y movilización popular. Utiliza para ello, dinámica de grupos para facilitar procesos de

comunicación y organización, usando instrumentos de otros campos. Con ella la psicología aporta poco, pues su carácter es básicamente político; sí detecta nuevas situaciones y problemas, exigen mayor análisis y adiestramiento, de esta manera la población gana en posibilidades de avance organizativo. La práctica psicológica es pobre. Es una No defensa de la especificidad profesional y creencia en una determinación psicológica.

3. La psicología **para** la comunidad, atribuye causas psíquicas a los problemas comunales, viéndolos como rasgos o tendencias internas de la estructura psíquica. Sus técnicas buscan fortalecer la organización, movilización y participación. El psicólogo es un intermediario entre la población y las instituciones. Implica una No defensa de especificidad profesional y la creencia en una determinación psicológica. Carece de identificación profesional o social.

4. La **psicología comunitaria**, que enfrenta los problemas de las comunidades, pero estudia los aspectos subjetivos que contribuyen a una mayor incidencia de las determinaciones. Analiza la realidad concreta de vida y la cotidianidad. El psicólogo es un catalizador de procesos. Sus temas son: los procesos de formación de conciencia, construcción de identidad, representaciones sociales, apatía social, falta de organización y movilización, individualismo, solidaridad, etc. Los problemas individuales se ven desde una perspectiva psicosocial y como construcción sociohistórica. Usa técnicas psicológicas ya existentes, pero crea otras, participando con la población. Desmitifica explicaciones frecuentes. Es una posición de Defensa de especificidad profesional y creencia en la determinación sociohistórica. Con ella gana la psicología y la comunidad; se crea la necesidad de reflexión y sistematización, construye nuevos instrumentos y nuevas relaciones de producción de conocimientos y de intervención. La comunidad tiene nuevas posibilidades como actora social, construyendo nuevas formas de vida comunitaria. El objeto de estudio es inacabado, en construcción permanente. Exige la coherencia en presupuestos científicos y rigor en los instrumentos para aprehender lo objetivo y subjetivo de las determinaciones sociales. Significando así, un nuevo tipo de intervención y relación de la psicología con la comunidad.

CUADRO : CARACTERÍSTICAS DE LOS TIPOS DE PRACTICAS EN COMUNIDAD REALIZADAS POR LOS PSICÓLOGOS

-	Ps. en Comun	Ps. de C.	Ps. Comunit.	Ps. para Comun
Orígen de problemas vividos por población	Psico-lógico	Social	Social	Psicológico
Instrumentos utilizados por psicólogos	Ps. Clíni-ca Psico-dinámica	Dinámica de Grupo	Dinámica de Grupo Creación de nuevos instrumentos	Ps. Clínica Psico-análisis Ningún instrumento
Recepcionan los objetivos de trabajo	Psicólogo	Pobla-ción y Psicólogo	Psicólogo	Psicólogo
Sujeto del conocimiento a ser producido	Psicólogo	Pobla-ción	Psicólogo y población	No se produce conocimiento
Temas de interés	Neuro-sis , psicosis histeria, relaciones familia/ personas les	salud, desem-pleo, vivienda, políticos, comunica ción,soci ales	formación Conciencia, construc. identidad, represen-tación social, solidari-dad, etc.	Desen-canto, fatalismo, impoten-cia, participa-ción.
Especifi-cidad/No especifica profesional Determinación psicológica/ Determinación socio-histórica	Defen-sa de especi-ficidad Profesional y cree en determ. Psico-lógico.	No defensa de especifici dad profesional y creencia en det. psic.	Defensa especifici dad profesional y creencia en determi-nación. sociohist.	No defensa de especi-ficidad profesio-nal y creencia en det.psic.

Perdomo (Venezuela, 1988) ya había señalado 4 posiciones erróneas del psicólogo comunitario: 1) **activista**, signado por el inmediatismo, 2) **especialista**, experto y observador a distancia, 3) **populista**, el único criterio de verdad es el pueblo, 4) **concientizador**, salvador e iluminador de los alienados.

La psicología se difundió mayormente gracias a los consultorios que aparecieron en forma de "psicología en la comunidad", para luego crearse un mayor nexo y aproximación con la comunidad, gracias a la acción de los psicólogos de salud y de reeducación del Estado; sin embargo, estas prácticas todavía adoptaban modelos y estrategias de la psicología clínica cayendo en un psicologismo. Algunos psicólogos de esta vertiente van constituyendo la psicología comunitaria.

Maritza Montero, señala las coincidencias entre los modelos de Psicología Social Comunitaria en América:(168)

- La necesidad de la teoría y práctica.
- El psicólogo como agente de cambio social.
- La relación dialógica.
- El énfasis en la transformación: y la relación entre problemas sociales y ambientales y vida cotidiana.
- El énfasis en el control interno, la esperanza, la energización, la autoeficacia.
- Adopción de modelos como el construccionista y la teología de la liberación.

Wiesenfeld (Venezuela,1994)analiza los enfoques teóricos y metodológicos que han orientado los trabajos de psicología comunitaria en Latinoamérica(169) y encuentra que han predominado las nociones de cambio social a través de la concientización y de participación comunal en la solución de problemas, buscando que la comunidad acceda a recursos materiales y psicológicos, tenga mayor control sobre su ambiente, perspectiva ecológica de concientización y acción inseparables y simultáneas. Habiéndose tomado los paradigmas de las ciencias críticas y el constructivismo, estos debieran integrarse; necesidad que no se establece a priori sino porque la realidad lo requiere.

Maritza Montero, enfatiza en el rol de agentes catalizadores del cambio social, mostrando las aproximaciones de la Psicología Social Latinoamericana con el modelo ecológico-cultural que incluye: el ecológico-transaccional (Newbrough, 1979), ecológico-contextual (Kelly, 1986), y ampliación cultural (Rappaport,1975).

Fernández H. (Argentina,1995) señala el rol del profesional de la salud mental en la prevención de trastornos mentales (170). Se pregunta si ¿podemos modificar nuestro ambiente al tiempo que este nos determina? Señala lo erróneo de pensar en nuestra realidad como algo en sí mismo organizado. Nuestro mundo no se puede concebir como totalidad organizada y coherente, sino como estructura injusta y caótica vulnerable, donde las desigualdades generan trastornos. Dentro de ello, las conductas perturbadas no podrían definirse por su distanciamiento con esa realidad, sino como experiencias de sufrimiento, insertas en un espacio de inseguridad e injusticia. Indica los condicionamientos teóricos y técnicos, cómo

168 Montero M.: Vidas paralelas: psicología comunitaria en Latinoamérica y en EEUU.En "Psicología Social Comunitaria". U. de Guadalajara, nov. 1994. La autora sistematiza los estudios de Newbrough, Bennett, Escovar, Stokols, Murrell, Rappaport, Santiago, Serrano- García y Perfecto, etc.

169 Wiesenfeld E.: Paradigmas de la Psicología Social Comunitaria Latinoamericana. En Psicología Social Comunitaria. U. de Guadalajara, 1994.

170 Fernández Héctor: Pautas de intervención comunitaria para la prevención de trastornos mentales. En Psicología Social Comunitaria. U. de Guadalajara, 1994.

importamos tecnología para perfeccionar organizaciones y optimizar sistemas relativamente estables. Afirma que las comunidades son potenciales fuentes de rescate de valores y de lucha cotidiana por la dignidad. Una primera tarea es la de incrementar la conciencia crítica respecto de las condiciones de vida actuales. Debemos mejorar los recursos para aliviar el sufrimiento de las personas pero eso no significa someternos pasivamente a estructurar respuestas acomodadas al status quo. Por ello, debemos responder a una demanda, pero nuestra misión debe orientarse a reducirla.

VISION ESTRATEGICA

Vendría a constituir la relación que se establece entre necesidades y potencialidades. En los diversos planes y programas debe aplicarse una visión estratégica, pues toda comunidad tiene necesidades prioritarias que es necesario identificar, pero a la vez tiene potencialidades para superar los problemas, las cuales debemos desarrollar.

Es muy común que las comunidades latinoamericanas tengan el problemas ecológicos, transporte, salud, etc. y que no se apliquen acciones de intervención psicosocial. Sin embargo, el Municipio de Curitiba (Brasil) es un ejemplo de cómo es importante la intervención educativa para generar cambios de actitudes y motivaciones. Por eso Curitiba se constituyó en una ciudad modelo que ha recibido numerosas distinciones por los logros obtenidos.

La educación ecológica puede darse a diversos niveles para conseguir cambios en el comportamiento de la población que conlleven a una mejora del medio ambiente y a la prevención de problemas como la contaminación y epidemias. Por ejemplo, sobre el problema de la basura en Curitiba se educó a la población para que haga una separación de la basura según determinados días, esto combinado con un efectivo recojo, permitió clasificar, reciclar, etc. la basura, de tal manera que su eliminación y disposición fue una solución con participación popular. Esta misma metodología se ha empezado a aplicar en el Municipio de Lima en junio de 1996.

La educación vial, puede abordar diversos problemas del transporte como en el caso de Curitiba: el sistema, la calidad, el proyecto, la tarifa, etc. lo cual permitió cambiar el servicio optimizándolo.

El Alcalde de Curitiba¹⁷¹ precisa que tendencia no es destino, por ello es posible revertir diversos problemas. Lo que no se debe hacer es proyectar la tragedia. Es posible decidir sobre la manera de crecer, vivir e integrarse. Las soluciones tienen como aspectos claves: la simplicidad (las soluciones deben ser simples, fácilmente asimilables y entendibles, ser capaces de ser operativizadas), el comienzo es lo fundamental (es vital empezar los cambios, en el camino se corrige luego), propiciar la acción sinérgica (complementación de acciones).

171 Exposición del Alcalde de Curitiba en el evento Creatividad Municipal. Universidad Particular de Ciencias Aplicadas, Lima, Octubre 1995.

A veces, los intelectuales no reparamos de cómo solucionar diversos problemas de salud, educación y medio ambiente requieren de acciones simples. Se rechaza muchas veces lo simple y se propone proyectos complejos e inviables. La realidad nos demuestra mas bien que grandes problemas muchas veces se pueden solucionar tomando medidas muy simples y de bajo costo.

DESARROLLO SUSTENTABLE

Es el uso sostenido de recursos significativos aprovechables sin alterar sus características genéticas de tal manera que se asegure su persistencia en el tiempo y espacio, y sean también útiles para las generaciones futuras. Este es posible si los actores se asocian para un funcionamiento eficiente y equitativo de la economía.

PARTICIPACION POPULAR

Uno de los principios básicos del sistema de salud para ser efectivo, debe ser la participación activa de la solución de problemas de salud de la comunidad.

La participación activa consiste en la contribución consciente, crítica, continua, permanente de los miembros de la comunidad en el logro de los objetivos comunes, la satisfacción de sus necesidades y la participación activa en la toma de decisiones para la solución de los problemas. Es decir la comunidad debe estar presente en las decisiones, la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

Pero el requisito indispensable para lograr la participación activa de la comunidad es su organización, para lo cual hay que lograr integrar factores socioeconómicos, políticos y culturales.

En Cuba ha sido posible la participación del pueblo organizado en el sector salud durante 30 años, habiéndose cumplido las siguientes condiciones:

- a) Promoción de la conciencia en relación con la salud.
- b) Participación activa en las campañas de erradicación de enfermedades de gran incidencia y significado en la población.
- c) Participación en los programas básicos de atención primaria.
- d) Realización de encuestas sanitarias para la detección de problemas en el nivel local.
- e) Desarrollo de las relaciones entre el equipo de la salud y la comunidad.
- f) Participación activa en la lucha para la prevención y detección del cáncer uterino.
- g) Participación en las campañas de higienización y protección del medio.
- h) Donaciones masivas de sangre para garantizar la satisfacción de las necesidades de la comunidad.
- i) Campaña nacional de alfabetización que erradicó el analfabetismo.

j) La obtención del nivel educacional de 6to. grado de todos los trabajadores cubanos.

Este modelo cubano, nos da muchas pautas a aprender. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esto se ha acompañado de políticas y programas nacionales, cambios administrativos, cambios estructurales, una política nacional de salud muy efectiva, una modificación en la división político-administrativa, un efectivo apoyo a la organización, la integración del Sistema Nacional de Salud y su desarrollo progresivo como proceso dinámico y ecológico, el fortalecimiento de los servicios de atención primaria y un desarrollo eficiente de los recursos humanos.

Los servicios de Psicología cubanos en el trabajo con la comunidad organizada han abordado concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etc. fijándose entre sus objetivos:

1. Sensibilizar y adiestrar al equipo de salud en el empleo de elementos, técnicas y métodos psicológicos, para obtener una comunicación afectiva con los grupos en la comunidad.
2. Contribuir a la toma de conciencia de la población de sus posibilidades de participación a través de los intercambios periódicos (reuniones con comunidad, consejos de salud, etc.)
3. Propiciar la elevación de la cultura sanitaria poblacional.

INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (IEC)

El componente IEC contribuye eficazmente en la promoción de los servicios que se brinda relacionados a Salud y particularmente la formación de promotores. Permite desarrollar estrategias de difusión, promoción e involucramiento de las autoridades y líderes que tengan capacidad de decisión.

El enfoque de IEC tiene que responder sobre todo a la satisfacción de necesidades básicas, denominado por el UNFPA: enfoque SANEBBA, por el cual debe identificarse los desempeños, competencias, dominios y capacidades, determinación de necesidades básicas, las situaciones de aprendizaje, los grados de satisfacción de necesidades básicas, y la adquisición de desempeños, competencias, dominios y capacidades; lo cual se presenta en el gráfico en anexos de este libro (172).

Una estrategia integrada de IEC, tiene en consideración los siguientes procesos: investigación, sistematización, evaluación, seguimiento, presupuesto y cronograma que se relacionan con los siguientes niveles de actuación: audiencia, necesidades básicas de aprendizaje, espacios comunicativos, actividades, agentes, capacitación, medios de comunicación, materiales educativos,

institucionalidad, administración y gestión. La manera como se integran todos estos elementos se presenta en el gráfico correspondiente en anexos de este libro.

PROCESO DE COMUNICACION PARA LA SALUD

La comunicación para la salud es el proceso de entender y responder a las necesidades de educación, información y motivación sentidas por una audiencia específica, para apoyar y facilitar la adopción de nuevos productos, servicios y comportamientos en beneficio de la salud del individuo y/o su comunidad.

Es un intento sistemático de influir positivamente en las prácticas de salud de amplios sectores poblacionales utilizando principios y métodos de la comunicación masiva, diseño de instrucción, mercadeo social, análisis del comportamiento y antropología médica.

La comunicación de la salud mediante los principios de creación de demanda y uso apropiado da a la persona un papel primordial. Traslada la iniciativa de salud más allá de los locales de atención sanitaria a los hogares o a las manos de quienes necesitan un producto o un servicio de salud en particular, decidiendo, adoptarlo y buscarlo adecuadamente.

La creación eficaz de la demanda se fundamenta en servicios y productos que responden a las ideas de los consumidores acerca de ellos.

CAMPAÑAS, COMUNICACION Y EVALUACION

La U. de J. Hopkins (173) diseña sus Campañas basados en el llamado Proceso "P" ("P" process), con las sgtes fases:

1. Análisis, 2. Diseño, 3. Desarrollo de materiales, 5. Revisión y Replanificación.

El análisis comprende: estudio de audiencias potenciales, evaluación de políticas y programs existentes, análisis de la capacidad institucional.

El diseño de estrategias incluye los sgtes aspectos: objetivos, audiencias, mensajes, medios, comunicación interpersonal, cronograma, presupuesto y organigrama.

El desarrollo de mensajes requiere de pretests, creación de mensajes finales y retest

La implementación va acompañada del monitoreo para que sea exitosa, es decir se realizan acciones destinadas a vigilar el desempeño de las actividades.

Respecto a la evaluación, debe consignarse lo sucedido en: a) conocimientos, b) actitudes, c) prácticas, d) cambio de indicadores.

Los principios en que deben basarse las Campañas serían:

1. Participación de líderes locales.
2. Aproximación interdisciplinaria.
3. Coordinar con agencias de distribución.
4. Segmentación de audiencias.
5. Perspectiva de usuario.
6. Pretest
7. Multimedia.
8. Comprometer proveedores o promotores.
9. Monitoreo y ajuste sistemático.
10. Continuidad.

Los indicadores de evaluación son:

1. Exposición:
 - Audición o visionado, repetición de lema, citación de mensajes.
2. Conocimiento:
 - Comprensión del sentido del mensaje, habilidades requeridas.
3. Persuasión:
 - Acuerdo con el contenido, discusión del tema, estimación de la importancia, posibilidad de cambio.
4. Decisión:
 - Intención de buscar información, intención de uso, relación con intereses sociales, familiares o personales.
5. Adopción:
 - Porcentaje que practica, uso del producto o material.
6. Reafirmación:
 - Reconocimiento de ventajas de la conducta a adoptar, promoción o recomendación a otros.

GREY diseñó una experiencia exitosa en Bolivia desde el gobierno de Paz Zamora sobre el tema de salud reproductiva. Para ello implementó el siguiente esquema:

1. ANALISIS

Comprendiendo las audiencias (ámbito social); la capacidad institucional para desarrollar la campaña, lo que incluye: a) capacitación, b) investigación, c) información; La capacidad de comunicación (recursos existentes).

2. OBJETIVOS

Relacionándolos a la recordación e imagen del producto o servicio. Buscando que el público objetivo mencione beneficios.

3. BUSCAR ADHERENCIA A LA CAMPAÑA

- Informando qué se está promocionando.
- Motivando al diálogo familiar (ej. : diálogo de la pareja sobre salud reproductiva).
- Mostrando que lo promocionado está al alcance.
- Información para acceder a los servicios.

4. DEFINIR AUDIENCIAS

- Determinar público objetivo (el primario y secundario)
Estableciendo luego: a) un perfil demográfico y b) un perfil psicosocial del público objetivo.

Lo demográfico incluye el conocimiento, métodos preferidos, métodos conocidos, quienes lo usan.

Lo psicosocial comprende: motivaciones, actitudes y percepciones.

5. ELABORACION DE MENSAJES

- a) Relacionarlos con la estrategia creativa general.
- b) La producción abarca la definición del producto o servicio, fijar los temas prioritarios y los problemas a resolver.
- c) Es vital fijar el foco de publicidad (ejemplo: salud, bienestar familiar).
- d) Dejar en claro el beneficio principal (ej. : mejor salud, más tranquilidad, mejor calidad de vida).
- e) Establecer la promesa básica, lo que significa convencer que con el producto o servicio se obtendrá "x" beneficios (ej. ; con la salud reproductiva se obtendrá buena forma, cuidar la salud, bienestar familiar, planificación, evitar complicaciones, alimentar mejor al bebe, etc.).

6. BRINDAR UN SOPORTE

La campaña ofrece enseñar algo necesario y específico.

7. FIJAR ESTRATEGIAS ESPECIFICAS

Fijando claramente el tema, el beneficio principal

9. ELABORACION DE PRETEST

Según lo necesario a precisar sobre el público con relación a lo que será la campaña.

10. DISEÑAR EL ESQUEMA DE CAMPAÑA

Precisando todos los temas involucrados y a trabajar.

11. MATERIALES PARA LOS SPOTS RADIALES

a) Distribución de cuñas radiales: ver temas, idiomas, jergas o acentos regionales. Se utilizó testimoniales de reafirmación.

b) Elaboración de pruebas y revisión: definición de conceptos a probar, elaboración de materiales de animática, bocetos, grupos focales. El resultado asigna cambios mínimos en texto y ejecucionales. Se concluye con la realización final de materiales (ajustes necesarios).

c) Ejecución: comprende el lanzamiento, establecer las etapas del lanzamiento, el monitoreo diario de pauta, informes-reunión semanales.

d) Consideraciones estratégicas

Por ejemplo en salud reproductiva fueron: 1. la salud reproductiva como medio no como fin, 2. el uso de indicadores técnicos, 3. precisar que es un problema de pareja, 4. especificar cómo acceder a los servicios, 5. hacer partícipes de la campaña al mayor número posible.

12. MATERIALES PARA OTROS MEDIOS

Debe realizarse una adecuación de los materiales al medio, optimizando la inversión, incluso combinando mensajes.

Puede trabajarse con TV, material impreso como afiches, señalizadores, actividades de lanzamiento, apoyo periodístico, audiocassettes para mimos, teatro de la calle, paneles, etc.

13. ESTABLECER LOS RESULTADOS

Esto es en función de los objetivos, los cuales deben determinarse en porcentajes. Esto comprende como mínimo asignar porcentajes sobre los siguientes aspectos:

- a) exposición a la campaña
- b) reconocimiento del logotipo del producto, servicio o campaña
- c) conocer el beneficio principal
- d) saber donde obtener los servicios
- e) tener una actitud positiva frente al tema de campaña
- f) que la pareja o familia, etc. hable del tema
- g) intención de conseguir información
- h) acceder a los servicios

GREY explica que las razones de su éxito en Bolivia fueron: 1) el tiempo dedicado, 2) integralidad, 3) tiempo de esfuerzo adicional, 4) aceptación y poca resistencia política.

CALANDRIA (174) institución en comunicación, diseña sus Campañas en base a 4 procesos integrados: información, educación, comunicación, investigación.

1. INFORMACION:

Con diseño de herramientas y ligadas a los demás campos de estudio, sea para aplicación en Campañas, Talleres y comunicación masiva.

2. EDUCACION:

Desarrollo de capacidades humanas para pensar, sentir y actuar.

3. COMUNICACION:

Intercambio que fomente: comunicación interinstitucional, comunicación organizacional, construcción de consensos, cogestión.

4. INVESTIGACION:

No sólo de audiencias sino más profunda. Investigación- acción para intervenciones, relación con la pluralidad cultural. Diagnósticos, sondeos, evaluaciones, encuestas, sistematizaciones, investigaciones cualitativas.

APROPO (175) desarrolla sus Campañas teniendo en consideración: a) Metas, b) Definición de público objetivo, c) Delinear Perfil Psicográfico del público objetivo, d) Líneas de acción e) Evaluación.

La evaluación comprende la recordación de la campaña en términos porcentuales como un indicador importante. Pero se parte de una evaluación de impacto antes y después de la intervención, lo cual se relaciona con los factores externos o de la campaña.

Las líneas de acción comprenden tanto a la comunicación masiva (agentes públicos y paquetes educativos a difundir en medios de comunicación masivos), como a la comunicación interpersonal (que incluye la consejería telefónica, animación cultural, red de promotores de información).

Para las difusiones televisivas se realizan dramatizaciones con especialistas que conversan con animadores. También se emplea secciones en medios (por ej: los famosos hablan de sexo, parejas en intimidad, etc.).

174 Salazar Ximena (CALANDRIA). Charla en

175 Wiegold Marilú (APROPO): Estrategias de implementación de una Campaña. en Seminario

DISEÑO DE MATERIALES EDUCATIVOS AUDIOVISUALES

Con fines de dar un ejemplo sobre el diseño de materiales educativos, presentamos dos cuadros conteniendo las pautas de evaluación de material audiovisual y las pautas con criterios generales para todo tipo de material. El primero es una escala donde podemos calificar los criterios específicos y el segundo cuadro permite calificar si se cumplen o no se cumplen los criterios generales.

MERCHANDISING SOCIAL

El Merchandising social es la inserción, intencional y con objetivos bien definidos de cuestiones sociales en los programas y espacios de los medios de comunicación. Estos mensajes actúan como formadores de opinión, estimulando el cambio de actitudes y prácticas relacionados a los diferentes temas abordados.

Para evaluar el impacto de las acciones del merchandising social sobre la audiencia el espacio o programa utilizado debe ser evaluado cualitativa y cuantitativamente. Para esto, deben ser considerados los siguientes indicadores:

- a) Índice de audiencia alcanzado
- b) Relación costo-beneficio
- c) Otros espacios alcanzados en los medios nacionales de comunicación sobre los temas derivados y el tema central.
- d) Percepción de la audiencia
- e) Datos y conclusiones de otros estudios e investigaciones realizadas.

CAPITULO**7****PRINCIPIOS Y TECNICAS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD**

Los psicólogos han sistematizado conocimientos teóricos y prácticos durante muchos años a través de métodos como la observación, medición, tests, experimentación de laboratorio, evaluación (176). A lo que se han añadido nuevos métodos como: la observación participante y la investigación-acción. Empero, son conocidas las diferencias entre psicólogos para responder a los problemas que se le plantean; lo cual en su base no es sólo un problema de técnica sino de concepción.

En la actualidad, los psicólogos han ampliado su actividad saliendo de sus ambientes tradicionales (consultorio, hospital, etc.), identificando poblaciones susceptibles de problemas psicológicos diversos y diseñando intervenciones para enfrentar situaciones de riesgo. El gran reto ha sido actuar en ambientes culturales y geográficos distintos. Pero este esfuerzo ha planteado interrogantes referidos a los principios y técnicas, modelos de tecnología trasferible que superen barreras culturales, aplicación y entrenamiento, identificación de beneficiarios, exposición de fines. En el mundo occidental la unidad de análisis es el individuo, tanto en los textos como en la práctica, coincidiendo con la Medicina; pero hoy se plantea la necesidad de intervenciones y explicaciones psicosociales. Igualmente, se parte de una solicitud individual de tratamiento o de alguien que recomienda atención o cuidado.

Existen métodos que son los más usados para tratar problemas emocionales y comportamentales. Las variaciones comprenden las circunstancias en que se aplican, el entrenamiento necesario, los problemas abordados, la explicación de síntomas y la identificación del agente de cambio o curación.

La terapia psicodinámica

Pone de relieve los síntomas, trayendo a la consciencia los impulsos reprimidos y conflictos. Es un proceso interpersonal intensivo dependiente de la transferencia. Dependen de la relación personal terapeuta-paciente. Sus técnicas son la interpretación de los sueños, asociaciones libres, resistencias y emociones transferidas. Se debe pasar por un análisis personal para hacer terapia. Implica largo entrenamiento. La tecnología es difícil de transferir, es caro y prolongado. Otras terapias han recogido sus aportes.

176 Sobre guías para exámenes véase anexos: - Evaluación general - Ficha foniátrica - Exploración de imagen corporal - Exploración de las gnosis (225) - Exploración de la lateralidad - Exploración de la noción temporal - Estudio psicológico- Terapia ocupacional

La terapia centrada en el cliente

Se trabaja en base a una "hipótesis de desarrollo", donde el individuo hace lo posible por comprender sus potencialidades. La dirección y eficacia del esfuerzo individual se asocia al concepto de self, se busca mejor éste mejorando así las perspectivas del desarrollo. Se brinda un apoyo positivo, creando un ambiente donde crezca una empatía y comprensión mutuas. Puede ser aplicada a grupos, aunque la privacidad limita su práctica.

La terapia de grupo

Es un proceso de aprendizaje donde se trabajan problemas similares. Se reconoce lo desadaptado en las acciones de otros. Lleva a mayor autoaceptación y voluntad de ayudar. Las causas y permanencia de los cambios debe ser trabajada. Se propicia grupos de encuentro, participando individuos con bajo nivel de entrenamiento. Se asienta en normas culturales referidas a la conducta correcta o despliegue del self. El grupo se convierte en sustituto de otros vínculos. No es relevante para culturales más comunales.

La terapia conductista

En vez de interesarse en la fuente original de problemas, busca dirigir partes de conducta adquiridas o aprendidas. Basada en las teorías del aprendizaje y condicionamiento. Enseña refuerzos para eliminar lo inadaptado del repertorio conductual. Trabaja la desensibilización sistemática y el modelado cuya transferencia es recomendable para aplicarse con distintos niveles de entrenamiento. Sus principios y técnicas son fácilmente comunicables, son efectivos y baratos. En situaciones complejas es difícil identificar refuerzos adecuados. Su continuidad puede prevenir reincidencias y propiciar un cambio permanente. En su éxito juega la naturaleza de las relaciones terapeuta-paciente.

Terapia ecléctica

Es un nombre provisional al trabajo que utiliza elementos de las tres escuelas mencionadas según las necesidades de la situación, complementándose con técnicas particulares. El arte, drama, música y poesía son transformadas para la interpretación, diagnóstico y terapia. Se adaptan a la población objetivo.

Consejo Psicológico

Se recoge los aportes clínicos para aplicarlos a instituciones educativas. Aborda dificultades transitorias o leves. Su ambiente de trabajo y fiabilidad es menos formal. Es relevante en acciones comunitarias para funciones preventivas y terapéuticas.

Psicodiagnóstico

Se aplica el diseño y administración de instrumentos conocidos y validados. su aplicación a poblaciones cultural o étnicamente diferentes es debatida. Los problemas de equivalencia conceptual, procedimientos y contenidos pueden ser amenazas a la validez del uso transcultural.

Hipnotismo

Ultimamente se está retomando esta técnica, buscando la reducción de la ansiedad y superación de conductas insanas como fumar, comer en exceso, insomnio. La noción de trance es similar en muchas culturas. Hoy se asocia a técnicas variadas y al manejo de la energía.

Terapia Sistémica

Actualmente muy difundida, busca explicar cómo el ser humano está inserto en diversos sistemas. Privilegia el estudio de la familia que vendría a ser un sistema relacional, es decir un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades y éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente (Parsons y Bales). De tal manera que la familia es un sistema en constante transformación, un sistema activo que se autogobierna, un sistema abierto en interacción con otros sistemas. Las corrientes al interior de lo sistémico son diversas: Andolfi, Bertalanffi, Maturana, etc.

Psicofarmacología

Pertenece al campo médico, pero se está brindando como capacitación de post grado. se busca la administración de psicoterapia conjuntamente con tratamientos con drogas. El psicólogo participa en equipos multidisciplinarios para investigar los efectos psíquicos y físicos de diversos fármacos.

INTERVENCION EN LA INVESTIGACION

Dentro del trabajo de desarrollo de las comunidades, se identifican problemas y fortalecen los recursos de las mismas. Existen numerosos estudios en comunidades pobres, empero ya Irizarry y Serrano (177) sistematizaban algunas críticas:

1. El enfoque individualista (Moscovici, 1972)
2. La imposición ideológica (Ander-Egg, 1973)
3. El engaño experimental e incorrecto uso de información.

En los 50 surge el método de **identificación de necesidades** como la forma de explorar el sentir y pensar de las comunidades sobre sus necesidades. Luego en el 74, Freire habla de la **problematización**, que es el proceso a utilizarse para lograr la liberación de un escenario definido por un grupo pequeño, su técnica consiste en invertir el proceso lógico de conceptualizar.

Unidas las dos técnicas, Irizarry y Serrano proponen un modelo de intervención en la investigación: 1) familiarización con la comunidad, 2) identificación de necesidades, 3) reuniones con líderes y comunidad, establecimiento de metas y consignas, división de tareas, 4) trabajo colectivo, 5) establecimiento y consecución de metas a corto y largo plazo. Para los puntos 1, 2 y 3 se usan

177 Irizarry A. y Serrano I.: Intervención en la Investigación (su aplicación a la comunidad de Buen Consejo, em Río Piedras, Puerto Rico). AVEPSO, dic. 1979

indicadores sociales (IS), encuesta (E), informantes claves-líderes (IC); para 2, 3, 4 y 5, grupos nominales (GN) y foros comunitarios; para 5 además se utilizan expedientes (UE) e indicadores sociales con fines estratégicos.

Las dimensiones para evaluar los métodos utilizados en la identificación de necesidades, son: 1. **representatividad**, 2. **costo**; 3. **precisión**; 4. **especificidad**; 5. **intensidad**. Veamos el Cuadro Resumen siguiente (178)

CUADRO : DIMENSIONES PARA EVALUAR METODOS

REPRESENTATIVIDAD	COSTO	PRECISION	ESPECIFICIDAD	INTENSIDAD
E	IC	GN	GN	GN
IS	IC	IC	E	IC
UE	GN	E	IC	E
GN	IS	UE	UE	UE
IC	UE	IS	IS	IS

Los métodos más usados son definidos así:

Informantes claves.- Se identifica expertos y se les pide recomendaciones. Se usan entrevistas estructuradas y cuestionarios.

Grupos nominales o Foros comunitarios.- Con participantes voluntarios, utilizando sectores representativos de la comunidad. Emplea técnicas de manejo de grupos.

Utilización de expedientes.- Recopila información de aquellos que trabajan en la comunidad. Su ventaja es la disponibilidad y accesibilidad de los datos.

Indicadores sociales.- Datos obtenidos de diferentes medios de comunicación estatales.

Encuesta de la comunidad.- Supone un contacto directo. Supone un muestreo, entrevista directa, instrumento de entrevista, codificación y procesamiento de datos, análisis de datos y reporte final, utilización de los datos y planificar servicios.

TERAPIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Rock, E. (179) muestra cómo el entrenamiento en habilidades sociales ha dejado de ser de interés exclusivo de educadores y moralistas, para ser tema central en

178 Tomado en base a la Tabla 1 del estudio de Izarray y Serrano. Op. cit.

179 Rock Unzueta Erick: Competencia Social. El cambio del comportamiento individual en la comunidad. Trillas, 1986

profesionales de la salud y científico-sociales. Existen limitaciones como la definición de habilidad, la precisión de modelos especialmente sobre asertividad, la clasificación de sus componentes y definir su propósito.

Existen problemas metodológicos, sobre todo en la medición de "habilidad", "competencia" o "destreza social". Las estrategias varían según la muestra y los sujetos, según las metas y objetivos.

El entrenamiento en habilidades sociales se aplica en diversos problemas: consumo de alcohol y drogas, agresión, esquizofrenia, depresión, interacción social, ansiedad, relaciones maritales, invalidez, retardo en el desarrollo, entrenamiento laboral y paraprofesional, entrenamiento policial, manejo empresarial, etc.

Pero sobre todo, es relevante la relación entre prevención y competencia social. Esto significa que la prevención se constituye en acción dinámica formativa. Es decir, no basta la información sino el potenciamiento de la comunicación, de alternativas intelectuales, sociales y culturales, del crecimiento individual y el desarrollo emocional; lo cual involucra a familia, escuela y comunidad.

Existen varios modelos: **antropomórfico** (la persona como agente, observador activo y crítico, la realidad social es intersubjetiva); **los scripts** (estereotipos culturales, scripts cognoscitivos que dan lugar a secuencias); **aprendizaje social** (adquisición por el aprendizaje observacional, influencia de los constructos personales, estrategias de codificación, expectativas y valores); **generativo** (uso de la terapia racional emotiva, integración de lo antropomórfico, aprendizaje social con lo cibernético: Test Operation Test Exit); **análisis de tarea** (competencia, calidad de la ejecución, integrando lo fisiológico-cognitivo- conductual); **etológico** (entrenamiento directo en escenarios naturales, comunicación no verbal); **los rasgos** (características subyacentes de personalidad); **molecular** (unidades conductuales observables, conductas aprendidas en situaciones y contextos específicos).

El **APRENDIZAJE ESTRUCTURADO** es un paquete técnico propuesto por Goldstein y cols. (1973 a 1980) aplicada al entrenamiento de una amplia gama de habilidades (180). Es la enseñanza planeada y sistemática de las conductas específicas conscientemente requeridas para lograr un funcionamiento efectivo y satisfactorio. Tiene 4 técnicas específicas: modelamiento, juego de roles, reforzamiento social y entrenamiento para la transferencia.

METODO DE INVESTIGACION- ACCION (IA) E INVESTIGACION-ACCION-PARTICIPATIVA (IAP)

La intervención basada en la IA tiene como principios básicos: 1) Autogestión por parte de los sujetos; 2) el centro de poder reside en la comunidad; 3) unión de teoría y práctica; 4) desarrollo de la comunidad y cambio social; que incluye un

catalizador social, la autonomía grupal, jerarquización de necesidades, concretización de logros, estimular los logros.

La IAP surge como propuesta de la nueva psicología social latinoamericana en los años ochenta, para una acción más comprometida con nuestra realidad. Luego se une al concepto de **autogestión**, encontrándose en los estudios de numerosos autores: Quintanilla (México, 1980), Marín (EEUU, 80-83), Sanguinetti (1981), Montero (Venezuela, 1982), Jimenez (México, 1983), Carvajal (1984).

La IAP del grupo La Rosca de Fals Borda, consideraba la relación entre observación participación y observación intervención, para una observación-inserción (basándose en la escuela sociológica del conflicto y el método marxista). Esto implicaba: 1) análisis de estructura social, 2) selección de temas y enfoques, 3) raíces históricas de la estructura social, 4) restitución de resultados. Así el IAP vinculaba memoria colectiva con organización política para una devolución sistemática implicando participación y compromiso.

Sin embargo, las críticas a este método son numerosas. Así, Martín Baró opinaba que constituye un ideal poco viable, que no se ha logrado una integración coherente entre el instrumental utilizado por el neopositivismo que es útil y los principios epistemológicos de la Investigación Acción (IA).

Jimenez, B. (1981), resalta que los avances de la Psicología Social apuntan a la validez de los productos y rechazar la separación maniquea entre los métodos de la IAP y la IA. Enuncia las críticas a la IAP: método sin teoría, teoría vs ética de la acción, activismo vs reflexión intelectual, técnica vs método, política vs estructura económica, ciencia vs utopía humanista, historia vs teleología, imperativo moral vs investigación, inserción vs populismo, investigación vs aprendizaje, manipulación vs participación, IAP vs organización popular, IAP vs viabilidad, validez, control externo. Frente a ello, Jimenez plantea la revalorización de la investigación-acción (IA) en Lewin (1946).

La IA integra aportes de la teoría psicosocial y la teoría de campo para unir teoría y práctica (investigación-acción) reflejándose en la acción social (análisis, hechos, evaluación); comprendiendo 8 pasos: insatisfacción, identificación del problema, problema específico, hipótesis, selección de hipótesis, diseño de acción, evaluación-acción, generalizaciones.

A la IA se le criticó: su carácter estrecho, negación de ciencia y educación, impedir la investigación básica, restringir objetivos investigativos, activismo, introducir prejuicios, distrae esfuerzos, ser extrauniversitario, genera desconfianza.

Jimenez muestra cómo la IAP ha resultado insuficiente y ha sido sustituida por proyectos teleológicos o fundamentalistas políticos fuera de la psicología académica. Sus experiencias de logros son poco conocidas y asistemáticas. Pero

181 Jimenez Bernardo: Investigación ante acción participante: una dimensión desconocida. U. Guadalajara. En Psicología Social Comunitaria, 1994, Ponencia al XXIII Congreso SIP, Costa Rica 91

se desconoce el gran aporte de Lewin con la IA, no siendo significativas las diferencias entre IA e IAP. Por ello, se requiere que la IAP sea replanteada a la luz del mundo actual con nuevas formas de concebir la política y la ciencia y con el fracaso de los fundamentalismos autoritarios, requiere liberarse del lenguaje con moldes rígidos. Finalmente, precisa que el estudio de la vida cotidiana incorpora una visión crítica y constructorista sobre el proceso de socialización.

EL APOORTE DE LA TEOLOGIA DE LA LIBERACION

Arreaza, E. (182) propone integrar los aportes de la Psicología Social Comunitaria y la **Teología de la Liberación**, mostrando sus aspectos comunes: 1) el análisis de la realidad centrado en las relaciones sociales, 2) la ideología como objeto, 3) búsqueda de un orden distinto con justicia y solidaridad, 4) promoción del cambio social, 5) énfasis en las capacidades y potencialidades y promoción del desarrollo. Además de asumir valores como: la relatividad cultural y diversidad, autonomía, transformación, compromiso social, mutuo aprendizaje, participación. Basándose en una investigación ligada al cambio y humanista.

En Perú, Gutierrez G. (183) ha sistematizado un método de aproximación de lo religioso a lo comunitario, que tiene reconocimiento mundial.

PSICOLOGIA DE LA LIBERACION EN MARTIN BARO

Martín Baró (184) propone un replanteamiento de la Psicología Social en América Latina en lo epistémico, conceptual y práxico, para abordar la historicidad humana, nuestros problemas específicos, y superar las limitaciones profesionales. Se basa en la Teología de la Liberación para comprender un proceso como histórico, conflictivo, colectivo, constructivo y de identidad social hacia un hombre nuevo, que de lugar a una Psicología Popular que implica recuperar nuestra memoria histórica y potenciar nuestras virtudes para una transformación social.

MODELO PSICOSOCIAL DE DESARROLLO

Escovar, L. (Florida, EEUU 1980) propone un Modelo Psicológico-Social del Desarrollo (185) que comprende 3 partes integrantes: A) **Factores Estructurales** (posición subordinada en la estructura social, carencia de control sobre el medio) , B) **Alienación** (foco de control externo y desesperanza aprendida, alienación normativa, falta de control predictivo), C) **Consecuencias Conductuales y Actitudinales** (falta de iniciativa, apatía, pobre participación; falta de comportamiento exploratorio, falta de interés político, actitudes negativas). El foco del cambio social puede darse a nivel de los elementos estructurales que podrían dar por ejemplo a la persona control sobre las contingencias de refuerzo; también

182 Arreaza Emperatriz: Algunas aproximaciones al estudio de la religión como forma de control social. En Boletín AVEPSO, Venezuela, diciembre 1986.

183 Cf. Gutiérrez Gustavo : Teología de la Liberación. Beber de su propio pozo, etc.

184 Baró M.: Retos y Perspectivas de la Psicología en Latinoamérica. U. de Guadalajara, 1989.

Cf. Baró M.: Psicología Social II. U. Simeón Cañas, El Salvador.

185 Escovar L.: Hacia un modelo psicológico-social del desarrollo. U. Florida. AVEPSO, abril 1980.

puede darse alteraciones en los sentimientos de alienación, desesperanza aprendida.

Según Heller (1970) las técnicas de redistribución del Poder son: a) Creación de instituciones paralelas; b) Organización de la comunidad.

PSICOLOGIA DE LA LIBERACION EN MARITZA MONTERO

Sistematizando diversos aportes entre ellos los de Fanon, Mofat, Martín Baró, educación popular, sociología, teoría de la dependencia y psicología comunitaria; y los suyos propios, basándose en una gran visión y creatividad, Maritza Montero formuló su Modelo por el cual integra los aspectos positivos de las motivaciones de logro y de afiliación como forma de superar la carencia de poder o control, con fines de incremento de la participación y la solidaridad, lo cual incide en una mejor toma de decisiones. En su esquema es vital la experiencia de logro, que combinado con adecuados principios de realidad y posibilidad, incrementan la autoeficacia, internalidad y esperanza generando niveles mayores de asertividad. Todo ello permitiría la recuperación crítica del objeto, finalidad, realidad e historia; lo que significará dar lugar a una percepción y autoimagen e identidad objetivas. Todo esto da bases reales para una real desideologización y desalienación y dar paso a una acción social transformadora (186). Este es uno de los aportes más significativos a la Psicología Comunitaria de esta autora.

MODELOS PREDICTIVOS

Cronick, K. (187) señala los **modelos** que predicen **ansiedad**: la desesperanza aprendida, el marxista, el psicoanálisis. Los modelos que predicen **pasividad** son: la desesperanza aprendida, Stokols, el marxista, el psicoanálisis. Los modelos que predicen **distorsiones en las percepciones causales** son: Ludovico Silva y Marcuse, el psicoanálisis, Piaget. Los modelos que predicen **toma de conciencia** son: el marxista, el psicoanálisis con el insight, Piaget. Estos modelos y su sistematización nos pueden orientar en el trabajo comunitario en salud.

A estos modelos nos parece importante añadir los avances que se dan en la Terapia Gestalt, el Análisis Transaccional, la Programación Neuropsicolingüística, la Terapia Conductual Cognitiva, la Terapia Familiar Sistémica, la Psicoterapia Breve y la Terapia Humanista.

METODOLOGIA PARTICIPATIVA

La metodología psicosocial para la **participación** que proponen Sánchez y Wiesenfeld (188) incluye los siguientes pasos: 1) identificación del problema que afecta la participación de la comunidad y evaluación de su importancia

186 Montero Maritza: Psicología de la Liberación, propuesta para una teoría psicosociológica. Conferencia en la Universidad de Hamburgo, junio 1990.

187 Cronick Karen: La desesperanza aprendida, el locus de control y la alienación: conceptos contiguos. En Boletín AVEPSO, Venezuela, abril 1985.

188 Sánchez y Wiesenfeld: Op. cit.

(detección, información, análisis, significación); 2) diagnóstico del problema (recogida de datos, interpretación); 3) diseño de la solución (objetivos, estrategias, diseños, recursos, contenidos, plan operativo); 4) intervención; y 5) evaluación.

Areaza, E. (189) desde la Teología de la Liberación plantea un modelo que parte de los siguientes considerandos: 1) El derecho de la comunidad a elegir y decidir sobre el tema a intervenir e investigar, 2) consentimiento de la intervención-investigación, 3) la comunidad puede ser actor en su estudio y transformación, siendo el profesional es facilitador.

COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL

Luthans y Kreitner (1979) plantearon un diseño del comportamiento organizacional basado en la administración de contingencias de refuerzo en la gestión del personal. El esquema apunta a la resolución de problemas. Este parte de la identificación de comportamientos relacionados a la tarea, su medición, análisis funcional de las contingencias, desarrollo de estrategias de intervención, aplicación de la estrategia y evaluación de los resultados. Las estrategias involucran a estructuras, procesos, tecnología, grupos y tareas. Se utiliza técnicas de refuerzo positivo y negativo, castigos y extinción, con fines de modelado y modelamiento; acompañándose de programas de refuerzo.

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL COMPORTAMIENTO DE PARTICIPACION

Costa y López (op.cit.) basándose en aportes de Wandersman (1984) y otros autores, muestran los componentes del análisis funcional del comportamiento de participación.

Estos componentes son cuatro: a) antecedentes o funciones de estímulo (necesidades de salud, instituciones, programas, objetivos, accesibilidad, locales, organización); b) factores disposicionales (demográficas, historia, expectativas, percepción de control); c) comportamiento de participación (habilidades en: recojo de información, intervención, solución de problemas y toma de decisiones, comunicación y acción); d) efectos o consecuencias (resultados obtenidos, satisfacción, atribución). Todo esto se relaciona con el medio de contacto organizacional e institucional.

MODELO DE COMPETENCIA

Albee (1980) y Costa y López (1983) plantearon un modelo alternativo al modelo clínico tradicional, éste se inspiraba en la psicología comunitaria, se planteaba como un nuevo estilo de intervención en salud comunitaria.

189 Areaza E.: Op. cit.

Estos autores acogen los aportes del modelo ecológico- conductual (Edmunson y col., 1982). Se plantean así 3 objetivos: 1) optimizar las destrezas, habilidades y recursos personales de la gente; 2) optimizar las redes y sistemas de apoyo natural; 3) optimizar el sistema de apoyo profesional.

Mientras que en una **concepción medicalizada**, el técnico es el médico o técnico como autoridad competente, el único que opina y dictamina, utilizando un lenguaje especializado, que espera al usuario; a su vez el usuario es un lego, sin opinión, que sigue prescripciones y busca el servicio. En una **concepción comunitaria**, el técnico es un asesor de la comunidad, con lenguaje asequible y pedagógico, que promueve participación y busca al usuario para prevenir; por su parte el usuario, puede aprender, opina, controla y desarrolla autovigilancia y cuidado.

Dentro de ello, las categorías de competencia de un **Técnico en Salud Comunitaria** comprenden cuatro dominios: 1) conceptual, 2) metodológico, 3) tecnológico, 4) interpersonal.

MODELO ECOLOGICO- CONDUCTUAL DEL AJUSTE

Edmunson y col. (1982) buscan una aproximación más adecuada para entender los problemas de salud. Consideran que el individuo se ve expuesto a circunstancias problemáticas de la vida a las que ha de hacer frente según un proceso continuo de adaptación.

El modelo muestra cómo las circunstancias problemáticas de la vida dan lugar al stress, por lo que se requiere de habilidades de manejo internalizadas; para ello hay tres pasos: 1) toma de conciencia, 2) generación de alternativas, 3) acción. Se determina si se requiere o no el uso de un recurso externo para la solución del problema. Los recursos externos actúan cuando el individuo busca ayuda, dándose dos sistemas de apoyo: a) de apoyo natural (relaciones íntimas o causales, ayudadores, grupos) y b) de apoyo profesional (ayudadores, agencias sociales y mentales).

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Es un modelo propuesto para la conducta de cumplimiento, en el que se incluye el paradigma conductual con una forma modificada del Modelo original de Masur (1981) y adaptado luego por Costa y López (1986). Relaciona los antecedentes con la conducta y las consecuencias. En los antecedentes tenemos: la historia biográfica y factores disposicionales y medio de contacto. Lo demográfico, estructural, actitudes y facilitación interactúan y se interinfluyen con: a) la motivación general de salud, b) el valor percibido de amenaza de enfermedad, c) probabilidad percibida de que el cumplimiento reducirá la amenaza. Esto se basa en el modelado y la interacción; pero para dar lugar a la conducta de cumplimiento tiene que darse señales para la acción. Finalmente, se produce el reforzamiento: interno, externo, inmediato o remoto.

Este modelo es utilizado con fines de Educación para la Salud y la Promoción de la Salud.

INVESTIGACION EN SALUD

Maritza Montero (190) muestra el carácter del aporte de la Psicología Social a la Investigación en Salud, en las siguientes áreas:

- 1) Diagnóstico, exploración, descripción;
- 2) Planificación;
- 3) Intervención,
- 4) Evaluación.

Para el **Diagnóstico**, Ander- Egg (1983) propone se reuniría: a) una sistematización informativa, b) se establece el alcance y medida del problema y jerarquización de variables; c) se determina las técnicas y recursos de la intervención con la comunidad.

Así se puede incursionar en el campo de las creencias acerca de la enfermedad y la salud; consumo alimentario, embarazo, violación, virginidad, sexualidad, etc.(191).

La **Planificación** que tiene carácter poblacional en función de la definición de problemas, objetivos y metas, en el diseño de planes o proyectos. Incluye una fundamentación, servicios, tareas, técnicas, instrumentos y recursos, para lo cual se requiere superar errores comunes como el distanciamiento de la realidad y los sujetos, la rigidez, falta de claridad de objetivos, la falta de flexibilidad y actualización.

La **Intervención** incluye la facilitación de conductas deseables, la investigación-acción. Esta implica las siguientes etapas: 1) Familiarización con la comunidad, 2) Sensibilización, 3) Identificación de necesidades, 4) Identificación de líderes, 5) Acción comunitaria.

La **Evaluación** obligatoria, para verificar el logro de objetivos en relación a costos, métodos y uso de recursos. La evaluación debe cubrir lo siguiente: 1) objetivos e intervención, 2) métodos, técnicas, instrumentos, estrategias, procedimientos, 3) cronograma, 4) administración, 5) opinión de los beneficiarios.

Los psicólogos cubanos (192) definen la investigación psicológica a nivel de atención primaria como una actividad dirigida a "contribuir al esclarecimiento de las variables sociopsicológicas presentes en el proceso salud-enfermedad, mediante el uso de la metodología científica, con el fin de contribuir a dar

190 Montero M.: Aportes metodológicos de la Psicología Social a la investigación en el campo de la salud. Boletín de AVEPSO, Venezuela, abril 1986.

191 Salazar y Villegas (1976). Exploraron el conocimiento de la etiología de la gastroenteritis, enfermedades respiratorias, y otras. De Luca (1977): consumo de alimentos. Lomelli (1984): representación social del embarazo. Garabán y San Juan (1984): sobre la violación. Carrasco (1984): creencias y representación social de la virginidad.

Montero y Vallejos (Perú, 1993) investigaron acerca de las actitudes y representaciones ante la sexualidad en jóvenes limeños, incluyendo amplia temática.

192 Cf. Casal Ada: Op. cit.

Cf. Morales C.F. y Ruiz R. G.: Temas relevantes en la investigación de aspectos psicosociales en Salud. I Seminario Internacional de Psicología en la Comunidad. La Habana 1980.

respuesta a problemáticas de carácter local y favorecer el desarrollo eficaz de los programas de salud". Para ello se participa en el equipo multidisciplinario de salud en la identificación y estudio de los problemas de la comunidad. En Cuba, existe un Comité Nacional de Investigación en Salud Pública como organismo rector. Algunas de las áreas investigadas se traducen en los siguientes estudios:

- Satisfacción de la población con los servicios de salud.
 - Relación médico-paciente e institución de salud-comunidad.
 - Cultura sanitaria y hábitos de vida y salud.
 - Eficacia de los programas de educación para la salud.
 - Características psicosociales de grupos poblacionales en riesgo de enfermar, y de grupos de personas con enfermedades crónicas.
 - Problemas psicosociales asociados a planificación familiar, embarazo, parto y puerperio.
 - Patrones de crianza infantil.
 - Papel de los activistas de salud en la comunidad.
 - Morbilidad en sectores poblacionales.
 - Utilización de los servicios de salud.
- Ensayos de Técnicas psicoterapéuticas en poblaciones.

Los estudios sobre satisfacción de la población con los servicios se han traducido en mejora de la participación. Los estudios sobre cultura sanitaria poblacional, hábitos de vida y salud y características psicosociales de grupos, han aportado a optimizar la planificación y ejecución de actividades de promoción y protección acordes con las necesidades reales de la población.

PROGRAMA COMUNITARIO DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Fernández, H. (1993) plantea un Programa basado en 6 premisas relacionadas a los trastornos mentales:

- 1) interacción entre condiciones de vulnerabilidad personal y condiciones de facilitación ambiental.
- 2) condiciones ambientales que favorecen su desarrollo.
- 3) los factores ambientales son expresión tanto del entorno físico como de la sociedad.
- 4) los factores ambientales operan diferenciadamente en cada momento del desarrollo histórico.
- 5) las comunidades son las formas de organización que asumen los grupos sociales para enfrentar las exigencias de la vida.
- 6) la acción de los "operadores" (administradores o conductores) de programas de salud comunitaria constituye una política asistencial.

El modelo propuesto por Fernández contempla 4 momentos:

I. Preparación del programa:

193 Fernández Héctor: Pautas de intervención comunitaria para la prevención de los trastornos mentales. En Psicología Social Comunitaria. U. Guadalajara, 1994.

- a) Informe inicial sobre el estado de necesidades.
 - b) Fijación de objetivos.
 - c) Conformación de equipos de operadores.
- II. Intervenciones indirectas:
- a) Información general.
 - b) Preparación para la acción.
 - c) Comunicación de resultados.
- III. Intervenciones directas:
- a) Asistencia de las crisis.
 - b) Captación de portadores para su atención.
 - c) Incremento de sistemas de conductas protectoras.
 - d) Incidencia en factores basales.
- IV. Evaluación

Promoción de salud en la comunidad. Esta se relaciona con la incidencia en factores basales. Por ejemplo: la sobrexigencia en la ansiedad, el estilo de vida en la depresión, la pauperización en el alcoholismo. El hacinamiento, la pobreza, la falta de recursos para defenderse frente a las exigencias sociales como fuentes perturbadoras. La violencia, el abuso de menores, conductas autodestructivas, accidentes están vinculados a las condiciones de vida e igual con la desnutrición y déficit intelectual.

Evaluación de los resultados. Necesaria para determinar la línea de trabajo a seguir y las rectificaciones. Examina los alcances en cada sector y grado de eficacia de los operadores. Establecer sistemas de evaluación permanente. Finalmente, su difusión en la comunidad y participación de los destinatarios.

Creemos que es un Modelo muy cercano a la realidad. En los proyectos aplicados en Perú frecuentemente se ha seguido las premisas y pasos señalados.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Yuste (194) denomina niveles de prevención de prevención a los momentos en que la enfermedad puede ser atacada. Ante la enfermedad caben 3 tipos de esfuerzos para conseguir su no aparición, su desaparición o el desarrollo de capacidades compensadoras. Son los 3 momentos de la prevención: primaria, secundaria y terciaria.

1. Prevención Primaria

Prevención es lo contrario a causación, es impedir la aparición de enfermedad, reducir su incidencia. Todas las acciones que busquen esta finalidad son la Prevención Primaria.

Es el método de lucha más importante en el caso de las enfermedades cuya historia natural nos conocida. Es la más acertada de las actuaciones preventivas.

Actúa sobre el ambiente modificando los factores biológicos, psicológicos o sociales adversos, o actúa sobre el individuo por medio del incremento de su salud, su educación sanitaria o suministrándole protección específica.

2. Prevención Secundaria

Intenta reducir la prevalencia, no busca evitar la aparición de la enfermedad, sino su desaparición. No es el tratamiento, pues se diferencia de éste en que para que el tratamiento sea máximamente eficaz ha de efectuarse en los momentos más vulnerables de la historia natural de la enfermedad en sus comienzos.

Es una vía real para la acción cuando no dominamos suficientemente la etiología.

Actúa sobre el individuo enfermo o aparentemente sano, buscando conseguir su rápido restablecimiento por medio de la oportuna, intensa y precoz terapéutica.

3. Prevención Terciaria

Es un camino complementario. Busca actuando sobre el ex-enfermo revitalizar las capacidades residuales del enfermo. En su esencia, no es más que la actitud, la intención, de restablecer hasta el máximo posible los valores individuales y sociales del enfermo.

Listado de Procedimientos preventivos en Salud

- Estudio epidemiológico de la colectividad.
- Incremento de la salud de los sanos.
- Saneamiento ambiental (biológico, sociológico, psicológico)
- Protección inespecífica (vacunas, cueros, quimioprofilaxis)
- Controles periódicos de salud.
- Diagnóstico y tratamiento precoces.
- Rehabilitación.

Actividades sanitarias en la colectividad (195)

Se debe buscar la participación por lo menos en lo siguiente:
Actividades de fomento de la salud

- a) Que tienden a promover el óptimo desarrollo físico, mental y social del individuo y la comunidad.
- Educación sanitaria
 - Eugenesia e higiene prenatal
 - Protección maternal, infantil y escolar
 - Higiene del adulto y de la edad senecta
 - Higiene mental

- Higiene de la alimentación y nutrición
- Medicina y seguridad del trabajo.

- b) Que tiende a fomentar la salud sin ser propiamente actividades sanitarias.
- Educación general, profesional y universitaria
 - Política económica nacional
 - Producción y distribución adecuada de bienes y servicios de habitación, alimentación, vestido.
 - Distribución equitativa de la riqueza nacional
 - Seguridad Social biológica y económica
 - Conservación del poder de consumo de la población
 - Servicios de bienestar colectivos
 - Asociacionismo a nivel de barrio
 - Clubs sociales, locales y deportivos
 - Recreos organizados
 - Planificación urbana
 - Vivienda y espacios libres
 - Zonas verdes.

Actividades de prevención de la salud

- a) Que tienden a suprimir los riesgos ambientales y las consecuencias de la vida en común.
- Saneamiento o control de los factores ambientales relacionados con la salud.
 - Abastecimiento de agua
 - Eliminación de excretas y basuras
 - Control de la calidad sanitaria de los alimentos.
 - Control de la calidad sanitaria de la vivienda, industrias y locales públicos.
 - Control de insectos, roedores y animales en general.
 - Control de las radiaciones.
- b) Que tienden a suprimir las causas conocidas de enfermedad
- Control de las enfermedades transmisibles
 - Vacunaciones
 - Higiene personal
 - Control de las enfermedades no transmisibles
 - Reconocimientos periódicos
 - Servicios de diagnóstico precoz.

La Prevención Primaria puede referirse a modificación del medio socio-cultural, búsqueda de ajuste al medio, y modificación del medio ambiente inmediato. La Prevención Secundaria contempla la intervención temprana o de crisis. Finalmente, la Prevención Terciaria está relacionada al tratamiento. En estos niveles de prevención se siguen una serie de estrategias para actuar sobre diversos agentes y aspectos. A modo de ilustración presentamos el Diseño conceptual de la prevención (Adaptación del esquema de Pransky, 1983), véase Gráfico # .

MODELOS DE PREVENCIÓN

Los modelos parten de diferentes presupuestos teóricos y filosóficos. La eficacia del modelo depende del lugar, momento y tipo de población al cual se dirige.

MODELOS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Los 3 modelos más utilizados son (196):

1. Aumento del control social
2. Presentación de alternativas
3. Educación preventiva

Modelo del control social.- Implica el aumento del control social sobre las acciones consideradas indeseables.

Modelo de presentación de alternativas.- Propone la intervención en las condiciones sociales negativas que facilitarían el consumo de drogas.

Modelo de educación preventiva.- Dentro de los diversos modelos de esta orientación tenemos:

a) Modelo del principio moral

Basado en fundamentos religiosos o políticos basados en valores de patriotismo y sacrificio para el bien común. Es difícil de aplicación debido a los comportamientos y éticas contradictorias entre la población.

b) Modelo del "amedrentamiento" o "escarmiento"

Se muestran los aspectos negativos de las drogas para persuadir a no comenzar o dejar el consumo.

c) Modelo del conocimiento científico

Ofrece información sobre drogas para que a partir de ello las personas tomen decisiones racionales y bien fundamentadas. Sin embargo, pese a asimilar mensajes no se logra disminuir el índice de consumo.

d) Modelo de la educación afectiva

Busca la modificación de los factores personales que son considerados posibles de predisponer el uso de drogas. Se orientan a mejorar la autoestima, reducir la ansiedad, toma de decisiones, comunicación, resistencia a presión del grupo.

e) Modelo del estilo de vida saludable

Promueve estilos de vida asociados a la salud. Se asocia a la alimentación, controles, ejercicios, etc.

f) Modelo de la presión positiva del grupo

Utiliza al grupo como factor de control positivo para el no ingreso al uso o abuso de drogas. Incentiva la participación en la dirección de programas de prevención o uso de drogas. Se busca entrenar a líderes naturales para luchar contra el problema.

Otros autores señalan otra clasificación de los modelos preventivos: ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial, socio-cultural. Veamos su definición:

- Modelo ético-jurídico: considera a la droga como agente activo cuya víctima es la persona. Las medidas recomendables serían:

- * Necesidad de leyes para penar drásticamente la posesión uso ilegal de drogas.

- * Aplicación de severos castigos.

- * Divulgación, mediante métodos que infunden miedo, de los peligros que conlleva el abuso de drogas.

- Modelo médico-sanitario: la droga también es el agente activo del problema, la persona es considerada como sujeto de contaminación expuesta a infectarse de droga como de cualquier otra enfermedad infecciosa. Medidas preventivas serían:

- * Medidas para reducir el uso de drogas.

- * Mayor control en la disponibilidad.

- * Vacunación de las personas utilizando sustancias antagonistas.

- * Educación sanitaria para evitar riesgos y daños del consumo indiscriminado de drogas.

- Modelo psicosocial: Considera que el elemento activo para la aparición del problema está en el comportamiento de la persona. El problema no está en la droga como tal, sino en el uso o abuso que de ella hacen las personas. Medidas preventivas serían:

- * Superar aquellos rasgos de personalidad que hacen al individuo más vulnerable al abuso de drogas.

- * Contrarrestar los efectos que sobre las actitudes y el comportamiento ejercen la familia, el grupo de amigos y otros agentes de socialización.

- Modelo socio-cultural: Enfatiza en la complejidad del contexto, cuyas características socio-económicas estarían determinando el comportamiento propenso al abuso de drogas. Las medidas preventivas serían:

- * Mejorar las condiciones del contexto en función de una vida más saludable.

* Controlar aquellos aspectos socio-culturales que se constituyen en factores de riesgo.

* Desarrollar estilos de vida menos compatibles con el abuso de drogas.

Subrayamos que ningún enfoque debe ser desechado ni considerado como único válido y enfatizan en algún aspecto de la problemática, pero la prevención debe ser integral, articulando los diversos enfoques en una estrategia global, sistemática y permanente.

ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS PARA LA PREVENCION

DEFINICION

Las **estrategias participativas** son un conjunto de ejercicios psicosociales para promover la manifestación de las facultades personales y la expresión libre de sentimientos e ideas con el objetivo de tratar grupalmente un aspecto del contexto social, que de otra manera sería dificultoso y hasta complejo.

Una estrategia participativa no es simplemente un juego o una "dinámica", sino la puesta en práctica de una serie de mecanismos psicológicos y sociales que posibilitan el enriquecimiento o autoafirmación de la reflexión, la autogestión, sensibilización y toma de conciencia hacia una MODIFICACION DE LA REALIDAD.

Por tanto, la atmósfera de una estrategia participativa, debe ser DEMOCRATICA. Sus integrantes deben conocer las instrucciones de la estrategia participativa propuesta a fin de que al final se analice sus objetivos.

Una estrategia participativa, también es una técnica que permite la PARTICIPACION ACTIVA de sus integrantes. Hay quienes consideran las estrategias participativas como simples dinámicas para hacer que los miembros de un grupo se interesen por la actividad que están realizando, pero en este caso la participación sólo crea un efecto pasajero, es decir, la emoción dura mientras dura la efervescencia del curso de capacitación al que se asiste.

Debe diferenciarse **estrategia participativa** de **técnica participativa**. Esta última comprende sólo las instrucciones, en cambio la primera comprende la técnica participativa más el facilitador y el ambiente creado.

FASES DE LAS ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS

1. ATMOSFERA GRUPAL
2. TEMA A TRATAR
3. MANO PROGRAMADA
4. PERFIL CONDUCTUAL

OPERATIVIZACION PARA UNA SESION DE TECNICAS PARTICIPATIVAS

1. Presentación

2. Calentamiento
3. Atmósfera establecida
4. Objetivo principal
5. Análisis
6. Comentario de evaluación

CLASIFICACION DE LAS ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS

1. SEGUN SUS OBJETIVOS

- a) Animación
- b) Analizar tópicos
- c) Facilitar la comunicación
- d) Organizar grupos
- e) Planificar acciones
- f) Sensibilizar y Motivar

2. SEGUN SU DIRECCION

- a) Vivenciales
- b) Cognoscitivas

3. SEGUN LA COMPOSICION DEL GRUPO

- a) Mixtas
- b) Homogéneas y heterogéneas

4. DE ACUERDO A LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- a) Visuales (escritas, gráficas)
- b) Acústicas (sonidos codificados, ruidos onomatopéyicos)
- c) Audiovisuales

5. DE ACUERDO AL NUMERO DE SUS INTEGRANTES

- a) Pequeño grupo
- b) Mediano grupo
- c) Grandes grupos

6. DE ACUERDO A DONDE SE DESARROLLAN

- a) Ambiente cerrado
- b) Espacios abiertos

TIPOS DE ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS

Podemos encontrar que las estrategias participativas son numerosas y pueden ser de distinto carácter, así encontramos técnicas de (197):

¹⁹⁷ Ver anexo: Estrategias Participativas. En pg.

Debido a la amplitud de estas técnicas no las detallamos debido a que nos distraeríamos del tema a tratar, por eso sólo enunciamos las más frecuentes en el anexo respectivo.

Para mayor información específica sobre estas técnicas puede consultarse:

- Vallejos J. y Vacca R.: Estrategias participativas para la prevención del uso indebido de drogas. Ministerio de Educación, COPIUD, Lima 1996.

- Alfaro: Técnicas de Educación Popular. Tomo I y II. Lima

- TAREA: Técnicas de Educación Popular. Lima

- Zutter P.: Cómo comunicarse con los campesinos. Mosca Azul, Lima

A) Formación- Análisis- Diagnóstico- Evaluación:

1. Formación de facilitadores
2. Análisis y diagnóstico situacional
3. Análisis general
4. Profundización
5. Repertorio social
6. Análisis de mensajes pro-consumo o que promueven comportamientos negativos
7. Cohesión y recursos del grupo
8. Análisis de conductas de riesgo

B) Organización y Movilización de Grupos:

1. Cohesión del grupo e integración
2. Identificación y conocimiento
3. Estimular competencia dirigida
4. Comunicación
5. Detectar líderes

C) Instalar factores de protección:

1. Ensayo de conductas y autoestima
2. Estimular pensamiento analítico-reflexivo
3. Entrenar habilidades sociales
4. Incorporar conceptos. Capacidad creativa
5. Creatividad e imaginación
6. Conducta asertiva y expresión de emociones
7. Autocontrol
8. Padres en abordaje y solución de problemas
9. Detección y entrenamiento de líderes.

D) Ambiente y Animación:

E) Abstracción

F) Organización y Planificación

G) Individuales de apoyo a la prevención.

A manera de ejemplo presentamos un Esquema de capacitación en estrategias participativas en prevención del uso indebido de drogas. No pretendemos dar una pauta a seguir necesariamente sino el que se vea la necesidad de relacionar temas relacionadas a las fases de una sesión, con los objetivos, la estrategia participativa a seguir, el orden en que deben presentarse, el tiempo de duración, y el responsable de la ejecución. Véase Cuadro

ESQUEMA DE CAPACITACIÓN EN ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS EN PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS

TEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	*
PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Presentación institucional y pautas de la sesión. Presentación de participantes 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición. Presentación por tarjetas/ por propia iniciativa. Presentación por parejas. Nombres acumulados. Signos del zodiaco. 	
PAUTAS PARA SESIONES DE GRUPO. ETAPAS DE UNA SESIÓN DE TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> Formación de facilitadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición. 	
COHESIÓN GRUPAL	<ul style="list-style-type: none"> Animación. Entrenarse como facilitador. 	<ul style="list-style-type: none"> El jefe ordena. Concurso de Slogans. El abogado del diablo. Mar adentro, mar afuera. El noticiero. Se va el micro. El naufragio. 	
SENSIBILIZACIÓN/ MOTIVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Vivenciar afecto - Seres queridos. Crear atmósfera grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> Yo soy la droga. Ha llegado una carta. Ensalada de frutas. Las papas queman. 	
ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS:	Formación de Facilitadores Definición/Fases/Clasificación. La mano programada/ Caja de Riesgo. Perfil del facilitador.	Exposición	
MANEJO DE SITUACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Inoculación de stres. Manejo de situaciones y conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> El tema insólito. El cuento animado. La silla caliente. 	
ASERTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Aprender o formular negativas. No decir si cuando quiera decir no (modelaje conductas - disonancia cognoscitiva).	<ul style="list-style-type: none"> Aprendiendo a decir no (sociodrama) El abogado del diablo. Disonancia cognoscitiva (comunicación disonante) 	

AUTOESTIMA Y CREATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender o dar, recibir y pedir afecto. Destacar cualidades. • Promover la creatividad y halagar los resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Amigo secreto. • El pañuelo. • Hombre de principios sólidos. • La espalda de papel. • El espejo. 	
FACTORES DE RIESGO FACTORES DE PROTECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto. • Elaborar diagnóstico. • Elaborar listado de factores de riesgo y de protección. 	<ul style="list-style-type: none"> • La caja de riesgo (Concepto - Taller). • Trabajos de grupo mediante caja de riesgo (zonas). • Las estatuas. 	
COMUNICACIÓN FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar tipos de familia y relación con factores de riesgo. • Dramatización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodrama: familia permisiva, autoritaria y democrática. • La droga (órganos del cuerpo hablan: hígado, corazón, pulmones) 	
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> • Integración Final. • Evaluación Final. • Conformar Comité Multisectorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Festival en el aula. • Olas a la derecha/izquierda. • La doble rueda. 	

- Ordenamiento por responsabilidades

EL FACILITADOR

Las estrategias participativas requieren de una persona que las pueda presentar y orientar el trabajo a realizar. A veces se habla de promotor, monitor, coordinador, expositor, director, líder, etc. Todos estos nombres tienen limitaciones y pueden llevar a errores de concepción, cuando en verdad, se trata de una persona que va a facilitar que se cumplan los procesos a alcanzar con las técnicas utilizadas, de allí que se le llame facilitador.

El facilitador, es la persona que facilita la expresión espontánea de las potencialidades de sus integrantes. Sin acaparar el diálogo, sin monopolizar la información, sin cortar la participación, ni limitar inadecuadamente las intervenciones.

PERFIL CONDUCTUAL DEL FACILITADOR

Dentro de las CARACTERISTICAS del facilitador tenemos que esta es la persona que moviliza al grupo y facilita una atmósfera grupal, armónica y democrática, de tal manera que:

- A. Debe conocer y manejar adecuadamente el tema a tratar para brindar en el momento preciso información oportuna.
- B. Debe conocer y manejar adecuadamente la estrategia que se propone, basándose en la "mano programada".
- C. Deberá conocer un repertorio suficiente de estrategias participativas, tomándose flexible la atmósfera grupal, aplicando estrategias compatibles con la realidad.
- D. Deberá poseer una personalidad que le permita establecer relaciones humanas horizontales, participativas y democráticas.
- E. Debe ejercitar el sentido del humor y carecer del temor a hacer el ridículo.
- F. Poseer la capacidad de fomentar el diálogo, la comunicación de ideas y conocimientos.

LA MANO PROGRAMADA

Al realizar cualquier técnica participativa debemos estar claros sobre la misma y no aplicar cualesquiera, en cualquier momento y de cualquier manera. Por ello debe haber una programación que debe responder a las siguientes preguntas cual si fuera una mano programada:

- QUE CONCEPTO DE LA REALIDAD
- PARA QUE OBJETIVO
- POR QUE JUSTIFICACION
- CUANDO CRONOGRAMA
- COMO PROCEDIMIENTO
- DONDE LUGAR

Es decir, estar claros sobre qué vamos a realizar (según cómo sea la realidad a enfrentar), para qué lo hacemos (los objetivos a conseguir), por qué lo hacemos (debe estar justificado), ser oportunos en cuándo aplicarla, cómo la vamos a efectuar (adaptando el procedimiento a las circunstancias y aspectos anteriores) y dónde vamos a actuar (no es lo mismo actuar en un ambiente que en otro).

El criterio de la "mano programada" debe tenerse en cuenta al programar una sesión con técnicas participativas, una marcha, una campaña, un mensaje a través de medios de comunicación, etc. Debe estar presente en todas nuestras acciones de prevención y promoción.

FACTORES DE RIESGO

Es la circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social cuya presencia o ausencia, déficit o exceso aumenta la probabilidad de que un individuo tome contacto un elemento dañino para su salud o personalidad (droga, elemento delictivo, sexualidad irresponsable, violencia, etc.).

Los factores de riesgo pueden encontrarse en los diversos agentes de socialización como en los factores de la personalidad. Los estudios estadísticos y la experiencia nos dan indicadores sobre los factores de riesgo existentes.

A continuación presentamos las características de los factores de riesgo y lo que podemos hacer frente a ellos, así como el esquema de factores de riesgo con algunos elementos que pueden incidir en el consumo de drogas según estudios del CONACUID (198)

NIVELES DE RIESGO

El modelo preventivo define dos factores de riesgo:

1. **Factor de Alto Riesgo**.- Es la circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social cuya presencia o ausencia, déficit o exceso tiene una relación estrecha con el problema.
2. **Factor de Bajo Riesgo**.- Es la circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social cuya presencia o ausencia, déficit o exceso dilata la aparición del problema.

LA CAJA DE RIESGO

En el trabajo de prevención debemos precisar en qué nivel de riesgo nos encontramos y frente a qué situación y/o de persona(s) estamos.

Así puede haber personas de alto y bajo riesgo y situaciones (o ambientes) de alto o bajo riesgo. Lo que da lugar a estas combinaciones:

1. Persona de bajo riesgo en Situación de bajo riesgo
2. Persona de bajo riesgo en Situación de alto riesgo
3. Persona de alto riesgo en Situación de bajo riesgo
4. Persona de alto riesgo en Situación de alto riesgo.

Por supuesto, que el tipo de programación y actuación serán diferentes al aplicar las estrategias participativas.

Personas de alto riesgo.- Son individuos que por ciertas características de naturaleza biológica, psicológica, cultural y social son más vulnerables para tomar contacto con algo perjudicial para su salud o su personalidad y lo consuman, dando lugar a la aparición del problema.

Personas de bajo riesgo.- Son individuos que por ciertas características de naturaleza biológica, psicológica, cultural y social son menos vulnerables para tomar contacto con algo perjudicial para su salud o su personalidad y lo consuman, dando lugar a la aparición del problema.

Ambientes de alto riesgo.- Son ambientes que tienen características psicológicas, culturales y sociales que favorecen y/o refuerzan la aparición del problema.

Ambientes de bajo riesgo.- Son ambientes que tienen características psicológicas, culturales y sociales que favorecen de manera leve la aparición del problema.

Esta diferenciación es importante porque según ellos el programa de prevención será diferente.

FACTORES DE PROTECCION

Son factores importantes de conocer porque ello puede significar la reducción de la probabilidad de las conductas de alto riesgo. Cuanto más fuertes sean los vínculos sociales a los sistemas y personas, más alta será la probabilidad que las personas no pasen a conductas desviadas. Hawkins, D. (1985) dice que los vínculos sociales y personales sólidos se desarrollan cuando:

1. Se tiene oportunidades de participar activamente.
2. Se desarrollan las habilidades sociales, académicas e interpersonales que le permiten fortalecer su autoestima.
3. Reciben las recompensas y reconocimientos coherentes, sistemáticos y consistentes.

EJEMPLO DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION

Podemos encontrar factores de riesgo o factores protectores en la familia, la comunidad o sociedad, la escuela, los compañeros o amigos, en el mismo individuo.

REDES SOCIALES

Redes es un concepto tomado de las Matemáticas e Informática. La red genera percepción del otro que es punto de partida para empezar cambios.

Se debe evitar exista un centro manipulador, se debe actuar EN la red. Debe usarse tecnología de redes, que implica la complejidad, heterogeneidad y diversidad desde la cual surge la posibilidad de reconocer al otro como diferente, como otro humano.

No se debe anular la diversidad, debemos capitalizarla para optimizar el rendimiento.

Las redes son autosustentables, aplican un modelo de desarrollo de capacidades, Propiciar el desarrollo de intervenciones en redes para implantar modificaciones que amplíen la calidad de vida y aumente la integración evitando exclusión social. Las preguntas claves son ¿Qué cambiar? y ¿qué conservar?.

ELABORACION DE SLOGANS

Una de las técnicas más usadas en prevención y psicología social comunitaria es la elaboración de slogans. Sin embargo, estos deben cumplir determinados requisitos para ser efectivos. A continuación enunciamos los principales:

- * **Originalidad:** Debe ser nuevo y no ser copia modificada de otros existentes.
- * **Claridad:** No ser ambiguo, es decir no deben existir palabras o conceptos que generen confusión al momento de usarlos.
- * **Direccionalidad:** Debe referirse al tema trabajado y no dispersarse hacia otros temas.
- * **Ritmo:** Tendrá una cadencia interna que presente armonía.
- * **Rima:** Las líneas conformantes del slogan deben concluir en similares sílabas.
- * **Brevedad:** No debe ser mayor de dos líneas para facilitar la impresión.
- * **Impregnación:** Que pueda fácilmente aprenderse de memoria en su fondo y forma.
- * **Fácil interpretación:** No usar palabras técnicas ni artificios lingüísticos que dificulten su comprensión.

NIVELES Y ESTRATEGIAS DE LA PREVENCION EDUCATIVA

El concepto de prevención implica:

1. Identificar los diferentes niveles de riesgo para cada situación (población de alto y bajo riesgo).
2. Tener un diagnóstico de los factores de riesgo que pueden estar incidiendo en la problemática, así como los factores protectores que hay que instalar o reforzar a través de objetivos, contenidos y estrategias adaptadas a cada población.
3. Las acciones preventivas se deben adecuar a cada realidad específica considerando los dos primeros aspectos.

CUADRO : NIVELES Y ESTRATEGIAS DE PREVENCION EDUCATIVA(199)

NI-VEL	IN-VES-TIGA-CION	QUE	A QUIEN ES	COMO	EVA-LUA-CION.
I NIV EL	Factor es Protec tores	Promoci ón de la salud integral	Poblaci ón en riesgo y bajo riesgo	Detecta r: necesid ades técnicas currícul a extracur r.	Conteni do Impacto Proceso Recurso Human o
II NIV EL	Factor es de riesgo	Reducci ón de factores y conduct as de riesgo	Poblaci ón de alto riesgo	Detecta r: necesid ades dificulta des en promoci ón de la salud técnicas currícul a extracur ricular	Conteni do Impacto Proceso Recurso Human o

Este esquema divide a las acciones preventivas de acuerdo al QUE, COMO, CUANDO, DONDE y A QUIENES, dando énfasis a la necesidad de evaluar todo el proceso preventivo.

TECNICAS CUALITATIVAS

Con fines de investigación cualitativa es muy común emplear dos técnicas: el Grupo focal y la entrevista personal. Los aspectos que aborda este tipo de investigación así como sus pasos los presentamos en el Capítulo 9 sobre Evaluación de Programas.

GRUPO FOCAL

Es una técnica que posibilita la conversación e intercambio de opiniones sobre un conjunto de temas en un grupo. Busca confrontar opiniones. Sirve para conocer cómo se enfrenta un problema en un sector. Sus pasos son:

a) Definir claramente los temas para que el grupo converse y el para qué.

199 Tomado de: Vallejos J y Vacca R.: Estrategias participativas para la prevención del uso indebido de drogas.

- b) Propiciar un diálogo natural, espontáneo, a profundidad.
- c) No presionar la comunicación sino motivar poco a poco. Comenzar con preguntas abiertas y luego con otras específicas.
- d) Es clave que el conductor se ubique a un mismo nivel con los demás.
- e) Debe tener un ambiente privado que facilite el intercambio.
- f) Su duración promedio es de una hora.
- g) La estructura de las preguntas es: 1) para introducir el diálogo: presentación de cada uno y explicación breve del tema; 2) para las percepciones sobre el tema: usar preguntas de carácter más informativo.
- h) el grupo seleccionado debe comprender 8 a 10 personas elegidas al azar en la población objetivo. Se debe homogeneizar el grupo por lo cual sus integrantes deben compartir algunos rasgos (sexo, edad, estado civil, etc.) para facilitar el análisis.
- i) Se transcribe la información recojida según subtemas. Se agrupa las coincidencias y luego las particularidades. Se debe brindar un panorama claro de lo que piensa el grupo.

ENTREVISTA PERSONAL

Es una técnica que permite recoger individualmente la opinión de personas representativas de un grupo social. Busca recoger opiniones y el contexto en que éstos se formaron precisando las motivaciones personales. Debe tenerse en cuenta :

- a) Debe conocerse aspectos claves de los entrevistados, sobre todo los aspectos que lo vinculan al tema.
- b) Busca que el entrevistado cuente algunos aspectos de su vida relacionados con el tema.
- c) Se debe resaltar la importancia de conocer la vida del entrevistado.
- d) Observar reacciones y gestos que acompañan a las palabras.
- e) Mantener el buen ánimo, la constancia y no apurar al entrevistado.
- f) Tomar nota sólo de las ideas claves. Desarrollar un diálogo ameno. Usar grabadora para registrar toda la conversación.
- g) Emplear un ambiente donde no se dé interrupciones.
- h) La estructura de las preguntas debe ser: 1) para el inicio de la conversación: preguntas biográficas (lugar de nacimiento, tiempo de residencia, actitud actual, etc.); 2) para las percepciones generales: preguntas más informativas; 3) para la búsqueda de valores, perspectivas y emociones u opiniones más definidas: preguntas sobre sus deseos o motivaciones.
- i) Efectuar reformulación de las preguntas entre entrevista y entrevista, para optimizar y ubicar temas relevantes.
- j) Para elegir el grupo se ubica a personas dispuestas a dar su opinión y testimonio, que tengan tiempo disponible, que sean fáciles de ubicar.
- k) A partir de las informaciones se obtienen las conclusiones colectivas. Requiere detenerse cierto tiempo en analizar la información.

CAPITULO**8****EDUCACION PARA LA SALUD**

Estamos en una época de grandes y acelerados cambios que afectan al individuo, la familia y la sociedad -sobre todo en el campo de la salud- y como señala la OMS-OPS, la educación representa la fuerza principal para hacer frente a estos cambios, con creatividad y evitando riesgos. Dentro de ello, sobre todo, la educación de la salud puede servir de medio para "preparar al hombre a vivir en armonía con el medio que lo rodea y expresar su propia individualidad, para el bien particular y universal" (200).

Sin embargo, la rapidez de los cambios exige que la Educación para la salud evolucione significativamente, ampliando su ámbito, sistematizando y difundiendo las experiencias.

La IX Conferencia Internacional de Educación para la Salud, realizada con la cooperación de la OMS-OPS reunió a 80 países, examinándose la política nacional, metas sociales y la dinámica del desarrollo como bases para la educación para la salud; relacionándola a las tendencias de la organización de la atención de la salud; el impacto de esta educación sobre los riesgos ambientales y la modificación del estilo de vida; así como las problemáticas existentes. Este evento fue significativo como impulsor de la Educación para la Salud en el mundo, por eso lo tomamos como referencia.

La Educación para la Salud, es un espacio para el encuentro y la integración multidisciplinaria en salud y educación; para posibilitar una visión interdisciplinaria que finalmente se transforme en transdisciplinaria. Varias universidades del mundo han logrado asimilar esta concepción ofreciendo este tipo de especializaciones que integran conocimientos de varias profesiones.

La Educación para la Salud es también un campo para que el psicólogo especialmente comunitario y social logre dar un aporte significativo a otras disciplinas y reciba a su vez el aporte de ellas y a su vez, a la comunidad.

El aporte del psicólogo es vital en Educación para la Salud, pues como lo afirmó el Dr. Lalonde (201): "Todos los mejoramientos de la condición humana, incluídos los relativos a la salud, se fundan en la claridad y firmeza de la mente, lo que a su

200 Informe Educación para la Salud. IX Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud. Unión Internacional para la Educación Sanitaria, Ottawa, Canadá, agosto-set. 1976.

201 Ex-Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá. Cf. El concepto del campo de la salud: la experiencia de Canadá. IX Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud.

vez mueve al individuo a tomar decisiones y actuar para su autorrealización y desarrollo personal". Asimismo, "podría afirmarse que la salud física es tanto o más que el resultado de la salud mental. La salud mental es el problema principal de la humanidad, que seguirá sin resolver durante generaciones venideras".

DEFINICION Y OBJETIVOS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

En 1948 Grout la definió como "procedimiento que traduce los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamiento adecuadas individuales o comunitarias, valiéndose de la educación".

El Comité de Expertos de la OMS (1955) dice que es una ayuda a los individuos para alcanzar la salud mediante su comportamiento y esfuerzos. Luego en 1958, habla de "suma de experiencias que modifican favorablemente los hábitos, las actitudes y los conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria"

Modolo (1974) señala al conjunto de intervenciones que permitan conocer, aceptar y adquirir comportamientos útiles.

El Grupo de Trabajo de la Conferencia Nacional sobre Medicina Preventiva (Resumen de Salleras, 1978) concibe un proceso que informa, motiva, sensibiliza y posibilita el cambio de prácticas y estilos de vida saludables y cambios ambientales necesarios.

Green, Kreuter, Deeds y Partridge (1980) hablan de combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas y facilitadoras.

San Martín (1982) incluye la preparación sistemática de lo mental, lo ecológico y lo social.

A partir de estos aportes, Costa y López sistematizan dos objetivos: enseñar conocimientos adecuados y propiciar comportamientos facilitadores de la salud. Pero, remarcan la insuficiencia de lo educativo para obtener logros, debido a los numerosos intereses en juego, requiriéndose combinar con apoyos organizacionales, económicos y ambientales facilitadores de comportamientos saludables (Matarazzo, 1984). Así, estos objetivos aluden también a los de la

Promoción de la Salud:

1. Desarrollar hábitos y costumbres sanas en la población.
2. Modificar pautas de comportamiento insanos y peligrosos.
3. Promover la modificación de influencias negativas.
4. Lograr que individuos y comunidad asuman la salud como valor fundamental implicando responsabilidades y su control.

Ello implica el cambio de la concepción medicalizada de la salud y el cambio de estilos de distribución de servicios de salud. Para que la salud se convierta en patrimonio de la comunidad.

Ahora, la clave es definir el **comportamiento saludable**. Costa y López sistematizan la investigación epidemiológica e identifican como conducta saludable:

1. La actividad física regular.
2. Prácticas nutricionales adecuadas.
3. Actitud de seguridad (accidentes, violencia, drogas).
4. Reducir el consumo de drogas.
5. Prácticas adecuadas de higiene.
6. Desarrollo de habilidades de autocontrol y autoreflexión.
7. Desarrollo de un estilo de vida minimizador de stress.
8. Promover la donación de sangre y de órganos.
9. Desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales adecuadas y resolver problemas interpersonales.
10. Desarrollar comportamientos adecuados en manejo de situaciones
11. Cumplimiento y seguimiento de prescripciones de salud.

Las **condiciones necesarias facilitadoras** de este comportamiento serían:

1. La historia biográfica (interacciones previas).
2. Factores disposicionales y del medio de contacto (modelado, interacción y discriminación para la acción).
3. Estímulos que siguen a una conducta (fortaleciéndola, debilitándola o extinguiéndola).

ESTRATEGIAS EN EDUCACION PARA LA SALUD

Para Costa y López, existen dos estrategias básicas en Educación para la Salud:

- 1) Planificación y programación de los antecedentes:
 - a) Exposición de mensajes persuasivos.
 - b) Clarificación de juicios y valores.
 - c) Exposición de modelos de salud.
 - d) Implantación ambiental de señales para la acción.
 - e) Accesibilidad a dispositivos de ayuda para el cambio.
- 2) Planificación y programación de condiciones reforzantes:
 - a) Refuerzos externos (regalos, elogio, apoyo social, etc.)
 - b) Refuerzos internos (alivio, placer, etc.)
 - c) Aprender practicando.

FORMAS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

1. Educación Intencional
 - Formal: Escuela
 - No Formal: otras organizaciones (ONGs, etc.)
 Objetivos: programación sistemática, líneas definicionales y acciones concretas.
2. Educación Incidental
 - Ocurre por la vida diaria, está en todas partes. En el contacto con los demás recibimos educación y obtenemos habilidades. También los profesores con actos, gestos, expresiones, metodologías, etc.

Asimismo, los padres son los principales agentes trasmisores de valores y actitudes; también lo son los compañeros de clase.

POR QUE DESARROLLAR PROGRAMAS DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD EN LA ESCUELA?

- Es un marco idóneo.
- Garantiza continuidad en los procesos de aprendizaje.
- Permite la coordinación y confluencia del trabajo preventivo de padres, profesores, compañeros de clase.
- Rentabiliza esfuerzos preventivos.
- La etapa escolar es la más propicia para la adquisición de actitudes, conocimientos, hábitos, etc.
- Permite el trabajo en grupo (intercambio de experiencias, ofrece modelos, es potente reforzador, permite mancomunar esfuerzos)

ELEMENTOS DEL DEL CAMPO DE LA SALUD

El Dr. Laframboise (202) menciona cuatro elementos principales en el campo de la salud:

1. Biología humana (cuerpo, constitución orgánica individual)
2. Medio ambiente (exterior al cuerpo humano, sobre el que el individuo puede ejercer poco o ningún control).
3. Estilo de vida (conjunto de actitudes y comportamientos individuales que afectan a su salud y pueden ser controladas).
4. Organización de la atención en salud (cantidad, calidad, disposición, naturaleza y relaciones de la población y recursos que proporcionan servicios de atención en salud, para su eficacia y eficiencia).

El Dr. Lalonde (203), parte de la crítica al autoritarismo y la manipulación pues significan una superestimación y una subestimación del hombre. Enfatiza que las intervenciones oficiales deben tener como fundamento la condición humana.

En el campo de la salud, la manera en que se ejerzan las responsabilidades depende de la opinión que tenga el dirigente de sí mismo y de sus semejantes. La principal motivación es el deber no el dominio. Nada autoriza al educador de la salud a manipular.

En Canadá, el Gobierno señala la obligación de cada individuo de que su consumo de alcohol sea moderado, siempre que no constituya un daño para los

202 Laframboise H.L. Subsecretario Adjunto. Desarrollo de Investigaciones y Programas. Departamento de Trabajo, Gobierno de Canadá. Cf. Hacia la solución de los problemas de salud derivados del estilo de vida en una sociedad libre.

203 Op. cit.

demás. Promueve a una actuación responsable. Las campañas pretenden reducir el alto porcentaje de accidentes de tránsito debido al abuso de alcohol.

Canadá se ha fijado las siguientes actividades en materia de educación para la salud:

- a) Prestación de servicios de consulta y asesoramiento a las provincias.
- b) Fomento y desarrollo de investigaciones afines.
- c) Capacitación para el adiestramiento de personal.
- d) Servicios como centro de intercambio de información.

Se busca que la población canadiense asuma responsabilidad por su propia salud mediante el mejoramiento de sus estilos de vida. Esto comprende superar la inactividad física, el abuso de alcohol, el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios, la imprudencia al manejar, etc. Igualmente, se enfrenta los riesgos ambientales, con salud ocupacional, salud mental, etc.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD

El Dr. Acuña (204), señalaba que hasta hace muy poco se creía que si se concentraba el desarrollo en un rápido crecimiento económico, se lograría no sólo evolución económica sino también la participación de toda la comunidad, la reducción de la pobreza y otros problemas, pero esto no ha ocurrido así.

La planificación del desarrollo es un proceso que implica la educación de los individuos y la sociedad con el objeto de incrementar la capacidad de la población para identificar y resolver sus propios problemas. Esto se logra mediante la participación consciente y deliberada de la comunidad.

La acción educativa busca esencialmente una autoeducación y una formación continua que permitan alcanzar el desarrollo personal y contribuir al desarrollo social y económica general.

Para extender la cobertura de los servicios primarios de salud, afirma el Dr. Acuña, debe tenerse en cuenta:

- a) la organización de la comunidad, para facilitar el apoyo consciente y sostenido de todos según los contextos socioculturales.
- b) la capacitación o entrenamiento de grupos comunitarios que actúan como agentes de cambio, para que comprendan mejor sus problemas, impulsen el desarrollo y se motiven a resolver sus problemas.
- c) el fomento de la coordinación multisectorial. para crear sistemas integrales de acción para facilitar la cobertura.

Igualmente, se requiere estudios para identificar la dinámica interna del sistema informal de salud y sus interrelaciones, para coordinar acciones con el sistema

204 Acuña Héctor. Director de la OPS, Oficina Regional de la OMS, Washington D.C. Trató este tema en la IX Conferencia Internacional de Educación para la Salud.

institucional formal y lograr una mayor y mejor utilización de los recursos existentes.

PROBLEMAS CON QUE SE ENFRENTA LA EDUCACION PARA LA SALUD

El Dr. Backett (205) señala la relevancia de los cambios en nuestra actitud frente a los problemas de salud. Entre ellos:

1) la necesidad creciente de una alta tecnología y pericia para una asistencia médica eficaz. Los grandes avances científicos muchas veces no dejan ver que el control de los problemas básicos poblacionales se ha convertido en un asunto sencillo. Ahora es posible controlar en forma económica y sencilla grandes males.

2) Existe una comprensión que la salud forma parte del desarrollo social y que el ecosistema humano es integral y no fraccionado. El incremento de servicios de salud afecta poco a la salud de la comunidad, ellos contribuyen menos que las variaciones en el estilo de vida y la educación.

3) Las enfermedades en los países altamente desarrollados tienen nuevas características. Las enfermedades crónicas prolongadas y degenerativas son cada vez mayores, igualmente han cambiado las formas comunes de morir. Inversiones gigantescas son impotentes para atender padecimientos incurables, de allí la importancia de dirigir la atención a la prevención primaria y secundaria.

4) Existen nuevos conocimientos sociales de calidad sobre la vulnerabilidad futura frente a las enfermedades. Los estudios orientan hacia una nueva epidemiología. Podemos predecir acontecimientos y determinar grupos vulnerables. Esto emplaza nuestra responsabilidad frente al individuo vulnerable y exige cambios educativos.

5) La difícil situación de la asistencia médica. Estamos frente a un creciente gasto para financiar servicios curativos que cada vez son menos eficaces. Distintas culturas coinciden en que: a) enfrentan problemas de salud que requieren asistencia médica sencilla, b) estos problemas dependen del comportamiento relacionado con la propia salud, c) se asigna recursos a una atención que resulta ineficiente, d) orientación hacia lo curativo.

6) Las estrategias que repercuten en las políticas de salud son: la participación, el énfasis en la atención primaria, la desmitificación de la medicina, uso y simplificación de productos de alta tecnología, la colaboración investigativas para una mejor prestación y mayor eficacia, y la capacitación del personal de salud.

El Dr. Simonds (206) busca identificar nuevos avances de las ciencias sociales, examinar críticamente los progresos tecnológicos y la educación, explorar los

205 Backett E. Maurice. Profesor y Jefe Departamento del Salud de la Comunidad. Escuela de Medicina. Notingham, Inglaterra. Cf: La cuestión de la política de salud: los cambios más importantes en nuestra actitud frente a los problemas de salud. Bulletin of the Pan American Health Organization Vol. XI, # 1, 1977.

206 Simonds Scott. Profesor de Educación para la Salud. Escuela de Salud Pública. Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan, EEUU. Cf.: Problemas con que se enfrenta la Educación para la

Salud. International Journal of Health Education 19,1976

modelos de educación para la salud, y determinar el nivel de conocimientos y sus repercusiones.

Remarca el invaluable aporte de Lewin a la educación para la salud. A él se le deben diversos conceptos: "análisis práctico de la fuerza", "dinámica de grupo", "adiestramiento de la sensibilidad", "grado de aspiración", el "guardián", etc.

Existe un resurgimiento del interés en la utilidad social de las ciencias sociales. Aunque existen críticas como las de Hunt (207) sobre el poco avance de la psicología social, hay progresos.

Una cuestión necesaria es la elaboración de modelos de comportamiento. Un Informe de UNESCO (208) enumera más de 25 modelos derivados de la psicología social, sociología, psicología, antropología, economía, biomedicina, demografía, geografía y comunicaciones, que brindan bases para desarrollo de programas, evaluación e investigación en planificación familiar.

Empero en el diseño de nuestras intervenciones educativas, debemos elegir un modelo completo que abarque todos los factores posibles o varios modelos combinados.

El Dr. Laframboise (209) explica que los problemas de salud se asocian al estilo de vida. La educación para la salud es significativa porque abarca todos los factores que afectan la salud, brinda una enseñanza fácilmente asimilable, es adaptable a diferentes realidades, ordena y jerarquiza los factores de riesgo, establece relaciones entre causas- efectos- medios, y es convincente.

El estilo de vida es el principal elemento de la salud por referirse al efecto del comportamiento. Lo clave es que las personas asuman una mayor responsabilidad para su salud y reduzcan los peligros para la salud. Evidentemente que la Educación para la salud debe prever la creación de una nueva burocracia; debe buscar neutralizar la propaganda comercial que incentiva al consumo de artículos dañinos a la salud, evitando la propagación del uso y abuso; y debe estimular en la población valores que mejoren la salud.

El Dr. Loring (210) señala que estamos ante cinco problemas a confrontar y que requieren acción colectiva:

- 1) ¿Cómo comunicar rápida y eficazmente sobre los factores de riesgo con fines a programas preventivos?
- 2) ¿Cómo lograr la continuidad de organizaciones de apoyo eficaces?
- 3) ¿Cómo llegar a poblaciones anómicas, apáticas, etc.?
- 4) ¿Cómo identificar grupos de liderasgo claves y motivados para los programas ambientales y de salud?

207 Hunt S.: The teaching and practice of social psychology in health education. Simposio OMS. Colonia, Copenhague 1974.

208 UNESCO. Research in Population Communication. Paris 75

209 Op. cit.

210 Loring William. Asesor en Ciencias. División de Servicios de Saneamiento Ambiental. Oficina de Servicios Estatales. Centro de Control de Enfermedades. Servicio de Salud Pública. Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de EEUU. Cf.: Una orientación distinta de educación en salud ambiental. Journal of Health Education 19 (4), 1976.

5) ¿Cómo lograr permanencia suficiente a los servicios de educación para la salud para producir cambios?

LA EDUCACION EN SALUD AMBIENTAL

El Dr. Loring (211) precisa que el mayor requerimiento es modificar el comportamientos de la población a fin de lograr el mejoramiento de las condiciones ambientales. En esto es clave la relación costo/eficacia, lo cual se evidencia cuando se forman hábitos y los comportamientos adecuados se convierten en costumbres.

Los comportamientos individuales, los hábitos de grupo y las actividades colectivas son claves para la prevención ambiental, y se diferencian de la higiene personal y la atención primaria a enfermedades. La prevención busca la modificación del comportamiento actual con fines a planificación y acción de programas de saneamiento ambiental, estimulando la participación continua.

Los programas ahora no sólo se refieren a factores que contribuyen a enfermedades infecciosas y otros peligros, sino también a elementos externos que contribuyen a enfermedades crónicas y mentales.

El conocimiento esencial requerido en la actualidad es el de los procesos del ecosistema humano, planificación y administración de la prevención (212).

En este contexto, el ecosistema humano consta de 2 subsistemas: 1) medio ambiente humano (factores inorgánicos y climáticos, biológicos, físicos artificiales, nutrientes y sociales); y 2) procesos internos del organismo fisiológico humano (reacciones internas, capacidad de adaptación, reacciones externas). ambos subsistemas interactúan y se interinfluncian. Esto da lugar a retroacciones emocionales de comportamiento, comportamientos culturales acostumbrados, comportamientos contaminadores, etc.

La responsabilidad sobre la prevención o reducción de riesgos ambientales recae en el individuo, la familia, los vecinos, los compañeros de trabajo y los grupos similares.

La educación para la salud difiere en 3 clases de programa ambiental: 1) aplicación de adelantos tecnológicos de costo/ eficacia modificando condiciones mediante servicios de abastecimiento o control de desechos; 2) remediar infecciones o lesiones debidas a sustancias tóxicas o peligros físicos; 3) trabajar factores de stress y comportamientos, como reducción de enfermedades crónicas y trastornos mentales, en este caso bajo responsabilidad principal de profesionales. Los países desarrollados inciden en la tercera clase y los no desarrollados en la segunda.

211 Op. cit.

212 Cf. Montero Víctor: Psicología e Identidad Nacional. Donde se analiza el factor ecológico como componente de nuestra identidad.

Existe diferencias entre la educación del comportamiento del paciente y la educación de salud ambiental. En el segundo se busca cambiar comportamientos comunes.

Diversas experiencias muestran que las técnicas de relaciones públicas que incluyen carteles, charlas, etc. producen pocos cambios de comportamiento. Es necesario que la educación para la salud se extienda de la escuela al hogar, de niños a adultos; pero sobre todo lo urgente son las técnicas de organización y desarrollo de la comunidad para motivar la participación.

PASOS PARA DISEÑAR UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD

- Elegir una población objetiva.
- Evaluación de necesidades. Reunir información y recursos.
- Definir objetivos y establecer prioridades.
- Plan de acción:

Establecer cronograma de acciones.

Preparar metodología.

Técnicas a utilizar.

Contenidos a implementar.

- Evaluación de resultados
- A veces se busca una población indirecta que nos permita multiplicar acciones (ejemplo: maestros, padres de familia, etc.). No se puede trasladar una información a otra población, debe haber una adaptación a partir de evaluar las necesidades, actitudes, temores, creencias, conocimientos.
- Evaluación de necesidades
 - Análisis de las características esenciales del problema, la magnitud y gravedad.
 - Canales: observación directa, entrevistas y encuestas con personas significativas, documentos, etc.
- Establecimiento de prioridades a partir de definición de objetivos.
 - Las prioridades dependen de:
 - Gravedad del problema.
 - Relación costo/eficacia.
 - Recursos disponibles.
 - Preocupación principal de la población.
 - Objetivos generales y específicos.

OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

- Propone la aceptación de la salud como valor prioritario en las escuelas.
- Modifica las conductas negativas a través de la promoción y prevención.
- Promueve cambios ambientales favorables y cambios conductuales.
- Promueve conductas nuevas positivas favorables a la promoción y prevención (calidad de vida).

- Capacita a los individuos en la toma de decisiones sobre salud.

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE

Con fines a contribuir a optimizar la atención en salud especialmente de los adolescentes que se convierten muchas veces en grupos de riesgo, presentamos a continuación esquemas referidos a la atención integral, atención recuperativa, servicios de atención integral, indicadores de evaluación, consejería, medidas de referencia, uso indebido de drogas, educación de padres, educación de salud en la escuela, trabajo con promotores juveniles de salud, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

En la atención del adolescente debemos tener en cuenta:

- Tiene las mismas necesidades de salud que una persona adulta:
 - Si inició una vida sexual, esta expuesto a los riesgos de Salud Reproductiva.
 - Problemas de enfermedades contagiosas: Tuberculosis (tercera causa de muerte en adolescentes).
 - Algunos aspectos del niño principalmente lo relacionado al maltrato, crecimiento y desarrollo.
 - Drogadicción.
 - Fortalecimiento de la autoestima.
 - Promover la educación sanitaria como medida preventiva promocional.
- El enfoque de la atención integral debe tener en cuenta tres aspectos:

- **Atención recuperativa de los problemas de salud:**

S. Reproductiva:

Metodología Anticonceptiva (ver módulo correspondiente)
Control Prenatal y atención de la Emergencia Obstétrica (ver módulo correspondiente)
Enfermedades de Transmisión Sexual (ver módulo correspondiente).
Trastornos menstruales.
Flujo vaginal.

S. Psicosociales:

Violación.
Maltrato físico y psicológico.
Daño por Negligencia de los padres.
Drogadicción.
Tuberculosis.

- **Promoción de salud** con énfasis en salud reproductiva del adolescente y su familia, para lo cual se requiere tener en cuenta **aspectos organizativos** de:
 - Los servicios.
 - Educación de Padres.
 - Educación en Salud en las Escuelas.

- Trabajo con promotores juveniles.
- **Fortalecer la consejería y la orientación del adolescente**, fortaleciendo conceptos de:

Autoestima.

Técnicas de comunicación.

Toma de decisiones.

Sexualidad.

Para poder satisfacer estas demandas la presente guía esta dividida en cuatro módulos:

- Atención de Problemas de salud del adolescente.
- Aspectos organizativos de la atención y promoción en salud.
- Aspectos fundamentales de Consejería en adolescentes.
- Glosario de términos Definiciones importantes y sinónimos usados por los adolescentes.

ATENCIÓN RECUPERATIVA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Al momento de la atención del adolescente, el proveedor de salud debe tener en cuenta:

- La atención no debe ser paternalista.
- No se debe llamar la atención o reprimir al adolescente.
- Se debe usar hablar en un lenguaje apropiado, que entienda el adolescente, evitando palabras ofensivas.
- Debe haber un trato equitativo entre proveedor y usuario, si el adolescente trata de Usted al proveedor, el proveedor debe tratar al adolescente de usted.
- Que los problemas de salud en la adolescente son:

Metodología Anticonceptiva.

Control Prenatal y atención de la Emergencia Obstétrica.

Enfermedades de Transmisión Sexual.

Trastornos menstruales.

Flujo vaginal.

Violación (Abuso Sexual).

Maltrato físico y psicológico.

Daño por negligencia de los padres.

Drogadicción.

Tuberculosis.

- Durante la atención todo procedimiento debe ser informado y debe estar autorizado por el usuario o paciente.

SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE

¿QUE ES?

Son los servicios que brindan atención integral al niño y joven considerando desde la información, orientación, detección, atención y recuperación de riesgos en su salud física, psicológica, social y educativa, a través de una red de atención según la complejidad del riesgo.

¿PORQUE Y PARA QUE SE PLANTEA?

La atención del niño y el joven requiere de una especial atención ya que la mayoría de sus problemas se hallan ligados a su entorno social (familia, escuela y comunidad), esta atención debe realizarse en servicios diferenciados con características especiales en donde se de la atención de acuerdo a sus necesidades específicas y garantizar su integralidad, que éstos servicios sean seguros, asequibles y accesibles, garantizando la intimidad y confidencialidad.

¿COMO SE ORGANIZA?

Para la organización de éstos servicios se requiere de un conocimiento básico de la problemática de los adolescentes para lo cual se plantean pequeñas investigaciones operativas con preguntas hechas en diversos niveles.

- a) A través de los mismos niños y jóvenes.
* Ejm.:
 - Si conocen algunos problemas que tienen los niños y jóvenes en su comunidad. Si la respuesta fuera positiva que indiquen ¿Cuál o cuáles son éstos?.
- b) De los profesores.
* Con entrevistas en los mismos colegios y/o convocados al establecimiento de salud pero en forma individual por colegios y por cada año de estudio.
Ejm. de preguntas:
 - Si tienen dificultades con los alumnos en relación al comportamiento de los mismos.
 - Si existe problemas de deserción escolar. Si conoce las causas. Si la respuesta es afirmativa averiguar cuáles son éstos motivos.
- c) De los padres de familia.
* En el mismo establecimiento de salud.
* En los colegios a través de APAFA.
Ejm. de preguntas:
 - Si tienen hijos? ¿ de que edad? si están en el colegio? ¿ cómo van en sus estudios? ¿ si han observado algún problema en relación a su comportamiento? ¿ Qué relaciones de afecto tiene con ellos y viceversa? ¿Cómo se lleva con su pareja?

Sugerencias para el responsable de la orientación y consejería:

- Sensibilidad.
- Conocimiento de él (ella) mismo (a) y reconocimiento de sus capacidades y limitaciones.
- Vocación de servicio y motivación para asumir la responsabilidad de enfrentar, compartir y enfrentar los problemas que presente el niño y el joven.
- Comprender y respetar los derechos del niño y del joven.
- Comprender los factores culturales, emocionales y sociales del niño y del joven.
- Dar confianza y seguridad al niño y al joven para que se establezca una comunicación fluida.
- Tener la capacidad de saber escuchar y aceptar a la persona brindando a su vez confianza para una mejor relación.

Funciones de Servicio:

1. A través de la entrevista detectar riesgos en el niño y el joven (biofísicos, psicológicos, sociales y educativos) para la intervención oportuna y/o derivación respectiva.
2. Dar orientación y consejería.
3. Atender integralmente a los niños y jóvenes en riesgo físico, psicológico y social y desarrollar actividades preventivo-promocionales de recuperación y rehabilitación según niveles de atención.

Funciones del Centro de Consejería:

- a) Captación de niños y jóvenes en riesgo para una labor preventiva, diagnóstica y/o la derivación a los servicios según el caso para su recuperación.
- b) Orientar y dar consejería a través de la entrevista.
- c) Detectar riesgos en el niño y el joven de orden biofísico, psicológico y social para la intervención oportuna y/o derivación respectiva.
- d) El tiempo promedio de atención individual estará entre los 15 a 30 minutos, la atención grupal de 45 a 1 hora promedio.
- e) Se registrarán los casos a través del parte estadístico con el diagnóstico de la morbilidad médica, psicológica, social y educativa.

Pasos que sigue la consejería:

Captación y recepción del niño y/o joven.

Referido por el colegio, por el padre de familia.

Por un grupo juvenil, por alguna ONG, por decisión propia, etc.

Entrevista:

Comunicación entre el niño y/o joven con el consejero (a).

Derivación según sea el caso.

Diagnóstico:

- a) de orden psicológico.
- b) de orden social.
- c) de salud reproductiva.

- d) de salud sexual.
- e) de salud mental.

Transferencia y seguimiento:

Si el caso requiere que la consejería siga en el servicio mismo se le brindará otras sesiones.

Si el caso requiere ser visto por especialista realizar la transferencia con el seguimiento respectivo.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE SERVICIOS

(Utilización del servicio)

- * Aumento progresivo de niños y jóvenes que solicitan orientación y consultoría.

(Calidad de la atención)

- * Desempeño del (a) que da la consejería y orientación.
- * Desempeño del equipo de atención médica, psicológica, social y educativa.
- * Organización de grupos de niños y jóvenes como líderes escolares y como grupos juveniles.
- * Establecimiento de grupos para la escuela de padres.
- * Cobertura de niños y jóvenes que han resuelto sus problemas.
- * Establecimiento de una red de servicios de atención (biofísica, psicológica y social) del niño y el joven.

(Cobertura de atención)

- * Evaluación de metas alcanzadas (coberturas de atención de niños y jóvenes) de acuerdo a la programación de actividades para el año.

Problemas más comunes en la adolescencia:

- Desadaptación Psicosocial.
- Abuso físico o sexual (continuado o previo).
- Conducta violenta del compañero o esposo.
- Depresión.
- Ideas suicidas.
- Muerte o pérdida de un familiar.
- rechazo o abandono por un ser querido.
- Alcohol o abuso de drogas en la familia.
- Relaciones extremadamente conflictivas en la familia, el trabajo o la escuela.

Conceptos básicos para la consejería de adolescentes:

1. Relájate y escucha. Cada vez que una persona comparte contigo problemas personales debes mantener una actitud de comprensión y respeto. La situación, los sentimientos y preocupaciones son lo que esta persona percibe como real y debe ser escuchada con empatía.
2. No juzgues a la persona. Acepta lo que la persona te dice y no trates de convencerlo con tus argumentos. la relación y la confianza no pueden ser establecidas si se califican sus actitudes o comportamientos.

3. Provee apoyo. Resalta la importancia de que haya solicitado apoyo o consejo como parte del proceso de solución. La comprensión y empatía deben ser comunicados con un mensaje positivo, que mejore su actitud y habrá posibles alternativas de solución a la situación.
4. Sé honesto y explícale que desde el inicio la confidencialidad se mantendrá mientras no haya conducta autodestructiva como suicidio, abuso sexual o la intención de herir a otra persona. En estos casos se debe acudir a los sistemas que la ley establece.
5. Mantén la calma en las situaciones críticas. Cuando alguien puede controlar los sentimientos es más fácil encontrar soluciones.
6. Exponer el modelo de resolución de problemas. El joven está promoviendo su independencia, por tanto, no se puede pensar por él. Preséntale diversos escenarios, alternativas o modos de concluir una situación. Convéncelo que las soluciones son un proceso que incluye comunicación y cambio de conducta o actitud de otras personas. Entrénalo a tener soluciones alternativas, esto aumentará la confianza en sí mismo y en la habilidad de ser creativo resolviendo problemas.
7. Determina si hay necesidad real de referir a los servicios de otro profesional. Infórmele que requiere ayuda adicional y que le ayudará a encontrar el lugar apropiado. El joven entenderá que lo has escuchado, que hay formas de solucionar el problema y que estás preparando una transición positiva al profesional que continuará ayudándolo.

MEDIDAS PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO ADECUADO DE LA REFERENCIA EN ADOLESCENTES

1. Infórmate de los servicios que se ofrecen para los adolescentes en tu comunidad. Explícale al joven los pasos que va a tener que pasar. Debes ser lo más claro posible.
2. Comunícate con el servicio de orientación para asegurarte que tu referimiento es apropiado. Pregunta si hay turnos y si puedes conocer el nombre de la persona que lo atenderá.
3. Reconoce el valor de la decisión de pedir ayuda y estimulado a continuar el proceso. debido a nuestras costumbres sociales puede ser extremadamente difícil para un joven drogadicto, deprimido o sexualmente abusado el pedir ayuda.
4. Si el joven no está aún decidido, estimulado a que trate de conocer el servicio al que ha sido referido, para que no sienta que está atrapado y que puede mantener control sobre sus decisiones.
5. Facilitate el teléfono del servicio para el que pueda inicial el servicio, promueve su confianza y habilidad de decidir.
6. Clarifícale tu rol el de cada uno de los profesionales que lo atenderán.

USO INDEBIDO DE DROGAS

Factores del medio cercano al adolescente:

- los familiares, la familia disfuncional condiciona desorden emocional.
- la presión del grupo de amigos, contacto con otros jóvenes que usan drogas.

ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA ENFERMEDAD EN ESTADOS:

Estado pre-potágeno:

- a) Fase inespecífica: condiciones generales del individuo o ambiente que predisponen al surgimiento de una o varias enfermedades. factores de riesgo inespecífico de aparición de desequilibrios emocionales: vulnerabilidad genética en sentido amplio y niño descuidado o abandonado en la infancia o niñez condiciona trastornos emocionales en la adolescencia o la adultez.

Acciones: Desarrollo de vida sanos, el empleo constructivo del tiempo libre, enseñanza de habilidades de comunicación adecuadas tanto dentro del medio familiar como en grupo de amigos.

- b) Fase específica: la concurrencia de varios factores causales en un momento dado favorece la manifestación de una condición mórbida. La familia disfuncional condiciona desorden emocional: separación o divorcio, abandono físico o emocional de los hijos, consumo de sustancias químicas, especialmente alcohol y la presencia de alguna psicopatología mayor (esquizofrenia, etc).

Acciones: impedir que el joven tenga fácil acceso a psicofármacos legales o ilegales, entrenarlo en estrategias sociales para decir no cuando se los ofrezcan, disminuir consecuencias de algunos de los factores de riesgo específicos, trabajando con la familia o con los grupos juveniles en los que está inserto.

Fase clínica

Precoz:

Preocupación más marcada por conseguir la sustancia química, desinterés por el rendimiento académico o laboral, descenso de calificaciones o de oportunidades ocupacionales.

Acciones: Prevención secundaria: síndrome de privación con síntomas de abstinencia y de tolerancia (mayor cantidad de droga para conseguir efectos similares).

Acciones: Prevención terciaria inicial: limitar el daño y evitar la aparición de secuelas biomédicas o psicosociales o la muerte.

Secuelas médicas: digestivas, respiratorias, neuropsiquiátricas.

Secuelas psicosociales: exclusión del medio familiar, laboral, pérdida de ingresos y de su sistema de apoyos sociales.

Fase de secuelas o complicaciones.

Consecuencias irreversibles en sistema nervioso u otro órgano:

Complicaciones hepáticas en alcoholismo, neuropsiquiátricas en otras drogas, síndromes amotivacionales en usuarios crónicos de marihuana. Secuelas en la familia:

Disminución del ingreso, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, tensión excesiva entre colaboradores.

EDUCACIÓN DE PADRES

¿QUE ES?

Es aquella parte del proceso educacional que permite formar a los padres en áreas que favorezcan el desarrollo y protección personal y familiar.

¿PORQUE SE PLANTEA?

Los padres son la principal fuente de socialización, atención de salud física, desarrollo emocional, afectivo, formador de valores, durante una etapa muy importante del desarrollo de la persona. En el caso de la educación sexual es la primera fuente de referencia. Una persona que no recibe una educación afectiva apropiada dentro del hogar tiende a tener una autoestima baja que influye en diversos aspectos de su vida. Los padres pueden y deben enseñar a sus hijos a tener un autocuidado de su salud, en este caso su salud sexual y reproductiva.

¿PARA QUE?

- * Fortalecer la comunicación familiar.
- * Promuevan hábitos y estilos de vida saludables.
- * Autocuidado de salud integral.
- * Desarrollar habilidades sociales.

¿COMO?

Es necesario, en primer lugar, captar a los padres que acuden a los servicios de los centros de salud. El escenario regular del trabajador de salud para esta actividad son los consultorios externos de obstetricia, ginecología, pediatría y neonatología, hospitalización, emergencia, salas de espera, campañas de salud en la comunidad. Hay programas específicos de salud que se prestarían a mejorar esta captación, como son: Control pre-natal, crecimiento y desarrollo del niño sano desde lactancia materna, planificación familiar, programa de salud escolar y del adolescente.

La captación se puede hacer invitado a los padres a ver video o mediante la entrega de folletos en todas estas oportunidades e invitarlos a participar a las actividades programadas de educación de padres en fechas celebratorias del calendario escolar, también en la consejería o consultorios externos es necesario tocar estos puntos.

Los padres serían invitados a inscribirse para asistir a un ciclo de reuniones llamado con nombres alusivos por ej: "fortalezcamos nuestra familia"; "quieres que tu hijo tenga un padre".

Previamente a la actividad, el equipo de salud se habrá familiarizado con el uso de estas guías y podrá extender el ciclo de las reuniones en la medida que se presenten temas que sean de interés para los padres ej: Prevención del uso de drogas; prevención de la violencia escolar y/o juvenil etc. El equipo podrá también desarrollar sus propios temas siguiendo el esquema de estas guías las cuales pueden anexarse y/o probarse en otros centros de salud.

También este programa puede ser aplicable con los padres en el sistema educativo. Se puede enviar información y coordinar a los centros educativos cuando se realicen estos ciclos.

¿En que temas básicos debo capacitarme/capacitar?

- AUTOESTIMA Y RELACIÓN DE PAREJA (EJ: SALUD SEXUAL).
- COMUNICACIÓN DE PADRES A HIJOS (EJ: VIOLENCIA INTREFAMILIAR, EDUCACIÓN Y CASTIGO).
- DESARROLLO BIOPSIKOSEXUAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.
- SALUD INTEGRAL EN EL HOGAR.
- PATERNIDAD/MATERNIDAD RESPONSABLE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL/SIDA.

¿Qué indicadores utilizaremos para ver si ha tenido éxito el programa?

Documentar modificaciones en los hábitos y conductas de las familias que tiendan a preservar la salud.

Documentar habilidades que vayan adquiriendo los hijos en el Autocuidado su salud integral Ej: si comen solos, si se lavan solos los dientes, etc.

Documentar los temas de conversación de las familias y los cambios que ocurren a través del tiempo a través de entrevistas o encuestas.

Documentar la capacidad de interacción de los miembros de la familia y de los niños en especial, por ejemplo utilizar la técnica del dibujo de la familia con descripción hecha por los niños (roles).

Los indicadores no son estadísticos ni comunes a todas las realidades, sin embargo es necesario estar atentos pues su presencia contribuye que el equipo de salud sea estimulado en su labor en forma trascendente, ya que va más allá de lo meramente cuantitativo.

EDUCACIÓN DE SALUD (ESCUELA)

¿Qué es?

Es la labor que desarrolla el personal de los centros de salud para realizar acciones coordinadas con los diferentes actores del sistema educacional (padres, maestros y alumnos), generando una red de apoyo y colaboración.

¿Por qué se plantea?

Se trata de desarrollar desde la infancia hábitos de autocuidado y estilos de vida orientados a la salud integral. La escuela convoca a varios agentes de socialización importantes: los propios alumnos, los padres y los docentes.

Se pueden establecer redes de referencia y contrareferencia que involucren a los servicios de salud y otros servicios e instituciones (ej: sistema legal, defensorías, etc),

así como la capacitación permanente de los docentes desde los servicios de salud, haciendo que la información que se brinda a los jóvenes tenga un mismo sentido.

¿Para qué?

- Fortalecer la integración y comunicación de la comunidad educativa e instituciones diversas vinculadas con salud.
- Preparar a los docentes para capacitar en forma permanente a los niños y adolescentes.
- Promover hábitos y estilos de vida saludables.
- Promover el Autocuidado de la salud integral a lo largo de toda la experiencia escolar.
- Desarrollar habilidades sociales.
- Desarrollar redes de soporte social.

¿En que temas básicos debo capacitarme/capacitar?

- MANEJO DE PROBLEMAS EN LA FAMILIA/COMUNICACIÓN/CONFIANZA, LEALTAD EN FAMILIA.
- SEXUALIDAD/DEFINICIONES BÁSICAS/MITOS Y REALIDADES/SEXUALIDAD RESPONSABLE.
- CONCEPTUALIZACIÓN DEL GÉNERO/OPCIONES/VALORES/DERECHOS.
- AUTOESTIMA/QUIEN SOY.
- COMO CAMBIA MI CUERPO, MIS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.
- MIS RELACIONES CON OTROS, AMISTAD, ENAMORAMIENTO Y AMOR/RELACIÓN DE PAREJA/RELACIÓN ENTRE HIJOS Y PADRES.
- COMUNICACIÓN/ASERTIVIDAD/TOMA DE DECISIONES.
- SALUD INTEGRAL.
- PREVENCIÓN DE ETS Y SIDA/EMBARAZO NO DESEADO/VIOLENCIA Y COERCIÓN.

¿Cómo?

El equipo puede coordinar actividades para desarrollar dentro de los mismos centros, para lo cual deberá coordinar previamente con los directores y educadores responsables. Sería útil que algún docente del Centro participará como expositor. Los profesionales pueden contactar también con las APAFAS (Asociación de Padres de Familia) de los centros educativos.

Una sugerencia podría ser elaborar un diagnóstico de intereses para el trabajo con los alumnos, ya que muchas veces los temas varían de un grupo a otro, esto requeriría la flexibilidad del equipo para adaptarse a estas necesidades, pero garantizaría la atención de los alumnos y el diseño de programas específicos para cada colegio.

Otra actividad es la elaboración de un calendario de Salud Escolar que se incluya dentro del calendario cívico, con la finalidad de ir concientizando a la comunidad educativa en estos temas.

¿Qué indicadores utilizaremos para ver si ha tenido el programa?

- El tema de fortalecer la integración y comunicación de la comunidad educativa e instituciones diversas vinculadas con salud podríamos evaluarlo a través de los siguientes indicadores: Documentar organizaciones contactadas, tipo de referencias realizadas, documentar las evaluaciones cualitativas de los participantes en las actividades a través de entrevistas directas.
- En la preparación de los docentes para capacitar en forma permanente a los niños y adolescentes, se podría evaluar los cambios de actitudes y conocimientos de los maestros antes y después de la capacitaciones a través de cuestionarios y encuestas especialmente elaboradas.
- En promover hábitos y estilos de vida saludables, documentar aquellas experiencias que permitan reconocer un cambio, por ejemplo número de horas de sueño y otros aspectos mediante la aplicación de cuestionarios de hábitos personales.
- En cuanto a Promover el Autocuidado de la salud integral a lo largo de toda la experiencia escolar, este aspecto requiere dos tipos de evaluaciones una a corto plazo de impacto directo y otra a largo plazo de impacto indirecto y formativo.
- En referencia a Desarrollar habilidades sociales: Documentar casos que nos muestren el desarrollo de habilidades específicas, a través de entrevistas individuales.
- Por último, en desarrollar redes de soporte social, documentar y sistematizar aquellos casos en que intervengan dos o más organizaciones y la forma en que se resolvieron las dificultades.

TRABAJO CON PROMOTORES JUVENILES DE SALUD

¿Qué es?

Consiste en incorporar la participación de los adolescentes en las actividades de promoción de su salud y la de quienes lo rodean.

¿Porque se plantea ?

Porque los jóvenes o adolescentes son entre sí los mejores referentes de conducta entre sus pares; los jóvenes con hábitos y conductas saludables, debidamente orientados pueden inducir cambios consistentes en los conocimientos y actitudes de sus coetáneos.

El promotor juvenil fortalece los servicios permitiendo que la difusión de los mismos sea más afectiva y por otro lado permite mantener una calidad de servicio apropiada ya que los jóvenes se encuentran involucrados en el proceso del servicio. El promotor debe participar en todos los pasos de prevención, promoción y atención en salud, desde la organización hasta la evaluación de los servicios, sin embargo el equipo de salud debe tener cuidado de no caer en el utilitarismo del voluntario juvenil, el cual puede castrar su creatividad y terminar siendo contraproducente.

¿Para que?

1. Lograr la participación y capacitación de los adolescentes y jóvenes de los colegios de la zona de influencia del centro de Salud, en los programas y servicios que ofrece, a fin que actúen como vigías escolares y se constituyan en un nexo entre sus pares escolares y el centro de salud.
2. Vincular a los adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres con capacidad de liderazgo, para que cooperen como trabajadores de extensión extramural en los programas para adolescentes.
3. Mejorar la cobertura de los programas mediante el trabajo comunitario que realizan los promotores juveniles.
4. Aumentar la eficiencia de los programas con la colaboración de promotores juveniles que proyecten la imagen y acciones de la institución a sectores sociales cuya accesibilidad no se garantiza plenamente con trabajadores adultos.
5. Facilitar la mejor interacción de los programas con sus clientes actuales y potenciales a través de los promotores
6. Para hacer accesibles los servicios de salud a la población adolescentes (ambientes atractivos, gente de su misma edad, ambiente cálido, difusión de los servicios.
7. Para que sean un nexo entre la comunidad, los grupos juveniles y los servicios.
8. para aumentar la solicitud de los jóvenes de los servicios que ofrece el centro de salud.
9. Para que los servicios de salud tengan un mayor conocimiento de las diferentes causas, procesos, consecuencias, dificultades, etc. de las modalidades de enfermedad y muerte de los jóvenes.
10. Para establecer y consolidar una red de los centros de salud hacia y desde la escuela, lo mismo con los grupos juveniles (referencia y contrareferencia).
11. Para consolidar dentro de los profesionales de la salud y la educación, la formación de grupos de trabajo que permitan mantener este servicio en el tiempo y el espacio.

¿En que temas básicos debo capacitarme/capacitar?

- MANEJO DE PROBLEMÁTICA DE FAMILIA.
- SEXUALIDAD/DEFINICIONES BÁSICAS/MITOS Y REALIDADES/SEXUALIDAD RESPONSABLE.
- CONCEPTUALIZACION DEL GENERO/OPCIONES/VALORES/DERECHOS.
- AUTOESTIMA/QUIEN SOY.
- COMO CAMBIA MI CUERPO, MIS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.
- MIS RELACIONES CON OTROS; AMISTAD, ENAMORAMIENTO Y AMOR/RELACIÓN DE PAREJA/RELACIÓN ENTRE HIJOS Y PADRES.
- COMUNICACIÓN/ASERTIVIDAD/TOMA DE DECISIONES.
- SALUD INTEGRAL.
- DETECCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y FACTORES DE

PROTECCIÓN: PREVENCIÓN DE ETS Y SIDA/EMBARAZO NO DESEADO/VIOLENCIA Y COERCIÓN.

- TEMAS RELACIONADOS A LIDERAZGO: PERFIL DEL PROMOTOR/DINÁMICAS DE GRUPOS/PREPARACIÓN DE MATERIALES MOTIVACIONALES Y EDUCATIVOS.

¿Cómo?

El equipo de salud en acuerdo con la dirección de los centros educativos, APAFA, etc. hace las coordinaciones necesarias para que el trabajo con los promotores tenga los referentes en los diversos niveles directivos que faciliten el trabajo posterior.

A continuación, el equipo de salud facilita la selección, a través del colegio o grupos juveniles, en base a encuestas, elecciones, sociogramas, en la cual los mismos jóvenes eligen sus líderes. Contando con el nexo de los docentes que haga efectiva su trabajo dentro del establecimiento.

El equipo de salud organiza ciclos de reuniones que pueden ser como parte de las vacaciones útiles o como parte de las actividades del colegio (una o dos veces por semana).

El equipo así conformado, además de invitados especiales que tengan ascendencia en la comunidad, diseña, organiza y ejecuta un curriculum en base a la detección de las necesidades de la población juvenil.

El diseño de las actividades debe incluir actividades de seguimiento a los promotores ej: actividades mensuales con agenda especial que incluya actividades de recreación y algún tema o motivo especial de preocupación; Ej: alto índice de abusos en la comunidad, abuso de alcohol. Esta debe ser la oportunidad para que planteen las actividades que han desarrollado y qué dificultades han tenido.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Información relevante

I. IMPORTANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) constituyen un problema de salud pública, por su alta prevalencia, por las graves complicaciones que originan y por facilitar la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Por esta razón, el diagnóstico y tratamiento de las (ETS), constituyen un pilar fundamental de los programas de control de infección VIH/SIDA.

II. LAS ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LAS ETS

Diversas ETS pueden manifestarse de forma similar y/o coexistir, lo que dificulta el diagnóstico clínico-etiológico. Esto ocasiona que los pacientes reciban tratamientos inadecuado.

La OMS/OPS apoya la estrategia del manejo de las ETS en base a síndromes, que busca dotar al personal de una herramienta útil para la toma de decisiones según el nivel de complejidad y permita el inmediato y adecuado tratamiento durante la primera atención del paciente, garantizando la interrupción de la cadena de transmisión de la (s) ETS.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

I. QUE ES VIH QUE ES SIDA?

Cuando el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ingresa al organismo, se produce la INFECCIÓN por este virus. Esta infección evoluciona en forma crónica, progresando en tiempo variable, a deficiencia inmunitaria severa. Es así como, durante la etapa avanzada de infección por VIH aparecen infecciones oportunistas y/o neoplasias que permiten calificarla de SIDA.

II. COMO SE TRANSMITE?

- A través de relaciones sexuales (la forma más frecuente).
- Por transmisión de sangre y/o derivados sanguíneos y trasplante de órganos procedentes de personas infectadas.
- De la madre infectada a su hijo por vía placentaria, o durante el parto, o a través de la leche materna. (30% de los niños de madre con VIH, adquieren la enfermedad durante el parto).

EN CAMBIO, EL VIH NO SE TRANSMITE POR...?

El VIH no se transmite por el contacto físico social; al dar la mano, mediante beso, o al compartir la casa o la habitación, el baño, los platos o cubiertos, etc., tampoco a través del sudor o las lágrimas.

III. CUAL ES LA EVOLUCIÓN DEL SIDA?

Cuando se adquiere la INFECCIÓN PRIMARIA por VIH en pocas semanas pueden aparecer síntomas inespecíficos tales como: cefalea, mialgias, (dolores musculares), erupción rojiza en la piel (exantema), y crecimiento ganglionar, que remedan un episodio de resfrío común u otra infección viral, por lo que generalmente no se sospecha de infección por VIH. Esta sintomatología es autolimitada (cede sin tratamiento).

Después, se establece una etapa sin síntomas. Durante este período, llamado INFECCIÓN ASINTOMÁTICA, puede durar desde meses hasta años, la persona infectada por el VIH tienen la capacidad de transmitir el virus a otras personas. El diagnóstico de infección por el VIH en esta etapa se hace exclusivamente por pruebas de laboratorio.

Posteriormente, pueden aparecer síntomas y signos como consecuencia del daño originado por el propio virus y/o por la presencia de complicaciones secundarias a la Inmunodeficiencia.

Las complicaciones secundarias pueden ser infecciosas o neoplásicas. La mayoría de las complicaciones infecciosas son OPORTUNISTAS, (solo producen enfermedad si existe tipo de Inmunodeficiencia).

SE DEBE SOSPECHARSE DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA

En pacientes con CUADROS CLÍNICOS USUALMELMENTE INESPECIFICOS, con:

Presencia de fiebre prolongada.

Diarrea Crónica.

Pérdida de Peso.

Sudoración Nocturna.

Lifonadenomegalia (Crecimiento Ganglionar) Generalizada.

Presencia de enfermedades llamadas "INDICADORAS" (solo se ven en pacientes inmunosuprimidos.

- a) Neumonía por el parásito *Pneumocystis carinii* (que cursa como neumonía resistente a los antibióticos comúnmente usados).
- b) Candidiasis (infección por el hongo *Cándida albicans*) en esófago, traquea, bronquios o pulmones.
- c) Infección diseminada (en un sitio distinto o asociación a pulmón, piel o ganglio linfático hiliar o cervical) por bacilo tuberculosos atípico (poco común), como *Mycobacterium Kansasii* o complejo *Mycobacterium avium intracelulare*.
- d) Infección por Herpes simplex, causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración, bronquitis, esofagitis ó neumonitis por este virus, que afecte a personas mayores de un mes de edad.
- e) Infección por Citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos, en personas de más de un mes de edad.
- f) Infección cerebral por el parásito *Toxoplasma gondii* (Toxoplasmosis) en personas mayores de un mes de edad.
- g) Infección por el hongo *Criptosporidium*, con diarrea de más de un mes de duración.
- h) Estrongiloidiasis extraintestinal.
- i) Presencia de Sarcoma de Kaposi o Linfoma Primario del cerebro en personas menores de 60 años.
- j) Infección extrapulmonar por el hongo *Criptococo* (Criptococosis)

IV. COMO SE HACE EL DIAGNOSTICO?

Es necesario tener en cuenta que para realizar una prueba diagnóstica de infección por VIH, se debe contar con el consentimiento voluntario respectivo, brindar la consejería adecuada antes de realizar la prueba y garantizar la confidencialidad de la identidad del paciente y de sus resultados.

Existen dos grupos de pruebas que detectan anticuerpos séricos contra el VIH: las de "tamizaje", que sirven para "despitaje" (la más conocida es el test de ELISA, pero hay otras como DOT ELISA, Látex, etc.); y las pruebas confirmatorias (WESTERN BLOT-WB e Inmuno-Fluorescencia Indirecta- IFI)

V. COMO ES LA ATENCIÓN DE LA PERSONA QUE VIVE CON VIH/SIDA?

No existe cura para la infección por el VIH/SIDA, pero podemos ofrecer una amplia gama de acciones que mejoran de la calidad de vida de las personas infectadas con VIH/SIDA, entre las que tenemos:

1. El apoyo psicológico, que es importante durante toda la evolución de la enfermedad, pero es crucial en el momento de comunicar el diagnóstico, cuando aparecen síntomas y en el paciente terminal.
2. Tratamientos profilácticos, que disminuirán el riesgo de aparición de infecciones oportunistas:
 - Cotrimoxazol a dosis de 160 mg. de Trimetoprim y 800 mg. de Sulfametaxazol una vez al día, para prevenir neumonía por *Pneumocystis carinii*.
 - Insoniacida según las indicaciones del manual "Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de la Tuberculosis en el Perú"
3. Tratamientos antirretrovirales con AZT, DDI y DDC, que retardarán la presentación de síntomas.
4. Tratamiento de las complicaciones secundarias, tales como la diarrea crónica producida por *Cryptosporidium* o *Isospora*.

VI. COMO SE HACE EL CONTROL?

El control del SIDA está basado en los siguientes elementos:

1. La prevención de adquisición de infección por VIH a través de relaciones sexuales, que es la forma más frecuente de adquirir la infección, está basada en la implementación de tres estrategias.
 - Intervenciones que buscan modificaciones de conducta, evitando o disminuyendo el riesgo de exposición al VIH.
 - Diagnóstico y Tratamiento precoz de las enfermedades de transmisión sexual.
 - Promoción del uso, provisión y distribución de condones.
2. La prevención de adquisición de infecciones por VIH a través de transfusión de sangre y/o derivados sanguíneos y trasplante de órganos procedentes de personas infectadas, se logrará:
 - Haciendo uso de la terapia con productos sanguíneos sólo cuando sea estrictamente necesario y empleando sangre probadamente libre de infección por VIH.
 - Promoviendo la donación altruista de sangre y órganos.
 - Siguiendo estrictamente las MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.
3. La prevención de adquisición de infección por VIH a través de la placenta o durante el parto, se realiza mediante tratamiento antirretroviral a la madre infectada con el VIH durante su embarazo.

Para eliminar el riesgo de transmisión de infección por VIH de una madre infectada a su hijo a través de la lactancia materna, debemos fomentar la lactancia artificial de recién nacido. Pero de no poder ser financiado es preferible que continúe la lactancia materna por el riesgo de mortalidad por desnutrición y diarrea es mucho mejor que el adquirir el VIH.

ATENCIÓN DE LA PAREJA Y/O FAMILIA

- Fortalecer los sistemas de soporte psicosocial.
- Atender los casos de reacciones psicológicas (de acuerdo a normas de salud mental).

CAPITULO

9

EVALUACION DE INTERVENCIONES Y PROGRAMAS COMUNITARIOS DE SALUD.

El trabajo del psicólogo de salud incluye atender casos con trastornos diversos, es educador, trabaja en acciones psicológico-comunitarias, pero además debe cumplir el rol de evaluador de programas comunitarios de salud. El psicólogo debe además evaluar las innovaciones y programas educativos.

El desarrollo de los programas de salud pública, tanto de tipo educativo sanitario preventivo, como de desarrollo de recursos comunitarios, así como de mejora de la atención sanitaria de la población, exigen una evaluación permanente, de allí que su importancia sea cada vez mayor.

En un inicio la evaluación se centró en la estimación del impacto o efecto de los programas, dándose predominancia a los diseños cuasi- experimentales. Pero las limitaciones de estos diseños sobre todo en sensibilidad y comprensión de aspectos cualitativos, planteó la necesidad de evaluar no sólo el impacto, sino comprender el proceso de implementación de los programas. Así, esto llevó a la utilización de indicadores de proceso y a la combinación de métodos extensivos cuantitativos con métodos intensivos cualitativos.

Han surgido además, limitaciones económicas y deontológicas que han cuestionado la pertinencia del diseño de grupo de intervención frente a grupo control o de espera.

Actualmente, predominan la triangulación metodológica; comparándose los resultados obtenidos a partir de estudios focalizados y entrevistas en profundidad, así como de observación participante.

Darío Paez (España/Chile, 1993) muestra cómo se han desarrollado los métodos de fiabilización y validación de las técnicas cualitativas (chequeo cruzado, la triangulación, acuerdo interjueces y consenso con entrevistados) mediante las técnicas semieploratorias de análisis de datos (escalonamiento multidimensional, clusters, análisis factorial categoriales, de correspondencias, etc.). Este autor expone el diseño de línea de base no causal construida, la validación y fiabilización de entrevistas y discusiones cualitativas, y su análisis estadístico, como posibilidades alternativas en la evaluación de programas preventivos y de intervención en salud comunitaria.

Fernández (Argentina,1994) señala que la evaluación de programas comunitarios de salud, comprende evaluar los resultados para determinar la continuación o rectificar el diseño e intervención planteada, para así examinar los alcances de

cada sector y el grado de eficacia de los operadores. esto implica un sistema de evaluación permanente. Finalmente, la evaluación debe ser difundida en la comunidad y efectuarse con participación de los destinatarios.

ANALISIS DE COSTO- BENEFICIO SOCIAL

En la valoración de un Proyecto, la viabilidad técnica se combina con el análisis del costo- beneficio. Este es diseñado para predecir la eficiencia expresada como un ratio entre los valores actuales de los recursos por invertir y de los resultados e impactos que se deriven. Es social porque refiere al valor real para la sociedad en su conjunto.

MONITOREO Y EVALUACION

El monitoreo es una función interna, ejecutada por la dirección técnica del proyecto. Diseñado para determinar si los recursos se están suministrando según lo previsto y en los momentos oportunos; para ver si se están transformando en los productos esperados y para tomar correctivos para que la intervención esté acorde a lo planificado. Busca la efectividad.

La evaluación es ejecutada por agentes externos al proyecto o programa. Se basa en el monitoreo. Busca determinar los resultados y los impactos. Denominada "análisis de impacto". El análisis incluye las consecuencias esperadas (previstas) y las inesperadas (no previstas), así como las negativas (no deseadas) y las positivas.

Las diferencias entre ambos procesos está en relación a variables como: el ámbito, propósito, tiempos, fuentes, responsables, destinatarios.

DIFERENCIAS ENTRE MONITOREO Y EVALUACION (213)

	MONITOREO	EVALUACION
Ambito	Recursos invertidos y productos obtenidos	Productos, logros e impactos
Propósito	Determinar si el proyecto procede como se planificó	Determinar los resultados del proyecto y las lecciones a futuro
Tiempos	Regularmente durante el proyecto	Al término
Fuentes	Records del proyecto	Información del monitoreo más información externa
Responsables (Diseñado por)	Personal de planta del proyecto	Personal de planta y evaluadores externos
Destinatarios (Diseñado para)	La dirección del Proyecto	Dirección; cooperantes y planificadores.

OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Los **OBJETIVOS**, son los fines más amplios hacia los cuales se considera que los proyectos contribuyen. Por lo general en Salud, Educación, Nutrición, etc. se relacionan a aspectos de mejora de calidad de vida.

Las **METAS**, son las expresiones cuantitativas del objetivo en base a sus indicadores. Pueden ser de impacto y de ejecución. Las de **impacto**, remiten a los resultados de desarrollo deseados, (por ej. cambio en las actitudes frente a los hábitos de consumo de alimentos), y, las de **ejecución**, remiten a los productos y actividades ejecutadas y que son indispensables para obtener los resultados.

Los **INDICADORES**, son instrumentos que permiten medir cambios o resultados ocurridos en diferentes zonas o grupos de población en un momento dado, en relación a objetivos y metas (214). Los **INDICADORES DE IMPACTO**, son aquellos aspectos que evidencian los cambios producidos en el grupo objetivo como resultado de hechos diversos y acciones realizadas. Por su parte, los

213 Cuadro tomado de Pail S. y Fitt I.: Monitoreo y Evaluación de Impacto para Proyectos de Desarrollo

214 Uceda Jorge: Elementos para la construcción de indicadores de salud. DESCO. Seminario "La comunicación en proyectos de salud y medio ambiente". CALANDRIA 1994

INDICADORES DE EJECUCION posibilitan verificar el cumplimiento o distancia en función de las metas.

Los indicadores tienen 4 principales funciones: a) posibilitan formular objetivos cuantificando las metas, b) posibilita determinar variables a ser medidas que son base del sistema de información y monitoreo, c) afina el diagnóstico, d) posibilitan la realización de evaluaciones objetivas.

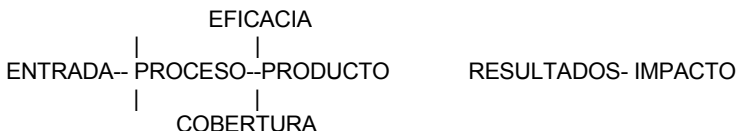
Los indicadores deben cumplir los siguientes requisitos: a) ser específicos, b) ser confiables, c) ser sensibles, d) ser viables, e) ser eficientes, f) ser oportunos, g) ser válidos.

EVALUACION DE SISTEMAS

Un SISTEMA, es el conjunto de elementos que interaccionan mutuamente con un objetivo común.

El enfoque sistémico, postula que los sistemas complejos deben ser estudiados sin fragmentarlos, aceptando la complejidad como una cualidad esencial del sistema.

Aplicado a Salud, el enfoque sistémico, permite el ordenamiento de los distintos componentes del sector. Veamos su esquema(215):



ENTRADA.- Llamada **input**, estructura o insumos. Es el conjunto de bienes, servicios, personal y recursos para una actividad. Sus indicadores miden las variables iniciales; aquí se ubican los indicadores basales o de diagnóstico situacional.

PROCESO.- Etapa intermedia de transformación de insumos en productos, relacionado a la interacción de los componentes del sistema. Aquí se ubican los indicadores de calidad de gestión (eficiencia) y atención.

PRODUCTOS.- Son los logros que se espera obtener del proceso, en un periodo corto. Sus indicadores miden la cobertura de atención y los resultados de las actividades. Aquí se ubican los indicadores de avance de metas y de eficiencia.

RESULTADOS.- Son los logros a mediano plazo, influenciados por la cobertura de servicios y la eficacia de los productos. Sus indicadores miden los cambios en

215 Uceda Jorge: Texto citado.

la población objetivo o los grupos de riesgo relacionados a conductas en mejora de su salud. Aquí están los indicadores de actitudes, hábitos, costumbres.

IMPACTO.- Son los logros esperados a largo plazo. Sus indicadores miden los resultados finales de las diferentes intervenciones de salud (programas) y se expresan en tasas.

AVANCE, IMPACTO Y SOSTENIBILIDAD

Los resultados parciales nos van indicando el avance, los resultados globales contrastados con el entorno nos indicarán el impacto (cuánto del ámbito ha cambiado).

La sostenibilidad puede ser estimada desde la fase inicial, pero también puede ser resultado de acciones de fortalecimiento organizacional del grupo objetivo.

TECNICAS DE INFORMACION

Con fines de consultoría, diagnóstico, seguimiento y evaluación de los procesos a través de indicadores, necesitamos obtener información. Mencionaremos algunas técnicas más usadas.

a) Datos secundarios.- Son los estudios ya realizados, archivos y series estadísticas existentes, que encontramos en publicaciones, datos de investigación, documentos institucionales, etc. Informan sobre nuestros temas de interés y ello debe ser procesado.

b) Encuesta.- En base a preguntas a un segmento de la población representativo. Parte de un cuestionario sobre los temas en estudio. Permite la cuantificación y es económica.

c) Entrevista.- Se busca informantes claves para obtener datos cualitativos.

d) Grupo de enfoque (Grupos focales).- Consiste en reuniones con grupos involucrados en una situación, y estos se manifiestan sobre determinado tema de interés, se busca elementos de consenso.

e) Observación Directa.- En algunos casos la observación puede dar información suficiente. Se debe tener claridad sobre qué observar en base a objetivos y con un sistema estructurado de observación.

PLANIFICACION ESTRATEGICA

Esta técnica que se convierte a su vez en un proceso para el que lo asume, parte de definir lo más claramente ¿cuál es la misión?

de un grupo o institución, para luego fijar su posicionamiento y las características a adoptar. Es una proyección al futuro, a partir del examen del presente. Se parte

de precisar ¿qué somos y qué queremos ser? para luego ver ¿cómo lograrlo?. Por ello tiene que darse un diagnóstico de fortalezas, debilidades, oportunidades y riesgos.

CALIDAD TOTAL EN LAS ORGANIZACIONES

La Organización Internacional de Normalización (ISO) ha fijado normas para determinar los factores para el TQM (Gestión de Calidad Total), es así que algunos de los lineamientos para el mejoramiento de la Calidad son (216):

1. Responsabilidad y Liderazgo de la Dirección.

Corresponde al nivel más alto de la Dirección crear el ambiente para el continuo mejoramiento de la calidad.

2. Valores, actitudes y conductas.

El ambiente para el mejoramiento de la calidad requiere de un nuevo conjunto de valores, actitudes y conductas.

Ahora bien, el liderazgo de calidad (217) debe contener los siguientes valores fundamentales:

- a) Confianza en sí mismo
- b) Visión en profundidad y amplitud
- c) Fé en la misión
- d) Pasión generadora de entusiasmo
- e) Ética y Honradez
- f) Energía que contagie
- g) Positivo, construyendo sobre las fortalezas
- h) Receptivo y comunicador
- i) Estrategia para llegar a la meta
- j) Flexible en la orientación
- k) Innovador y emprendedor
- l) Capaz de apreciar a los colaboradores
- m) Aprender de los demás
- n) Ser congruente y coherente.

216 Guía ISO/DIS 9004-4 Gestión de la Calidad y Elementos del Sistema de Calidad- Parte 4. Tomado de "Reclutamiento y Selección de Personal: Enfoque Sistemático en el proceso de captación de recursos humanos" de Perea R. José. Monografía UNMSM, 1995.

217 Cf. Perea R, José: Op. cit

Cf. Zevallos Nora: ISO 9000/TQM y el Liderazgo. Revista Calidad y Excelencia-4 Lima Perú

Flores García Rada J.: Cambio de Mira. Calidad y Excelencia-5 SNI, Lima Perú.

Senge Peter: The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization. Ed. Doubleday, pg. 4 USA.

Zaleznik A.: Learning Leadership: Cases and Commentaries on Abuse of Power in Organizations. Bonus Book Inc. pg 525 Chicago USA

Cornejo Miguel: Liderazgo de Excelencia. SNI Lima-Perú 1995

EVALUACION DE PRODUCCIONES EN IEC

Para evaluar productos y materiales en información, educación y comunicación (IEC) se requiere relacionar los procesos con los agentes diversos; igualmente deben evaluarse los productos del merchandising social. Estos aspectos los hemos desarrollado en el capítulo 6 de este libro referido a los aspectos a considerar en el trabajo psicosocial comunitario en Salud.

INDICADORES DE EVALUACION DE SERVICIOS

A manera de ejemplo en el capítulo 8 sobre Educación para la Salud hemos presentado los aspectos a considerar como indicadores en la evaluación de servicios en la Atención del Adolescente.

Igualmente, en los Anexos presentamos los exámenes necesarios a considerar en el diagnóstico de problemas psicológicos diversos que se presentan en salud con fines a su tratamiento.

PARAMETROS DE EVALUACION DEL DESARROLLO COMUNITARIO

Elina Dabas (218) señala tres parámetros para evaluar el trabajo cuyo objetivo es el desarrollo comunitario. Estos son:

- a) **PARAMETRO PRAGMATICO.** Se evalúa si es una conducta diferente a la anterior, se ve también si es cambio en término de valores. No debe darse un cambio a expensas de otro.
- b) **PARAMETRO ESTETICO.** Nuestro trabajo además de ser efectivo nos tiene que gustar. Trabajamos en sectores marginales y puede no gustarnos, entonces tomamos una actitud de rechazo.
- c) **PARAMETRO ETICO.** Tenemos una responsabilidad por el mundo en que vivimos, desde mi conducta local. Hay que preguntarse si esto es replicable en otras comunidades.

Claro que las preguntas claves son: ¿Qué cambiar? y ¿qué conservar? que depende del enfoque y objetivos planteados.

INVESTIGACION CUALITATIVA

La Investigación cualitativa busca determinar los niveles de creatividad y descubrimiento, busca un diagnóstico interpretativo, respondiendo al por qué y cuánto. A través de ella se busca comprender a profundidad el comportamiento grupal. Es una investigación que por lo general requiere de pequeños grupos. Sin embargo, en la mayoría de casos no se puede generalizar ni proyectar los resultados a toda la población.

Esta Investigación nos permite no sólo diagnosticar sino también evaluar logros y limitaciones diversas de un proyecto o programa.

A continuación enunciaremos los pasos para este tipo de Investigación relacionadas a dos tipos que hemos presentado: el Grupo Focal y la Entrevista personal. Estas técnicas las hemos explicado en el Capítulo 7 sobre Principios y Técnicas.

PASOS DE UNA INVESTIGACION CUALITATIVA

1. Definiciones iniciales
 - a) Precisar el tema-problema a abordar
 - b) Definir un objetivo muy concreto
 - c) Iniciar la investigación con algunas hipótesis
 - d) Distinguir grupos en nuestra población-objetivo

2. Selección y uso de técnicas
 - a) El aspecto que define es la naturaleza del tema, así optaremos por la entrevista o el grupo focal.
 - b) Puede usarse más de una técnica.
 - c) Elaborar una lista de preguntas y las depuramos.
 - d) Los recursos son simples: cuaderno de apuntes, lapicero, grabadoras y cassettes.

3. Uso de la información
 - a) Identificar puntos en común y diferencias entre entrevistados.
 - b) Centrarnos en los puntos en común para el diseño de acciones.
 - c) Definir problemas detectados en la población para la intervención.
 - d) Se interviene con acciones comunicativas basándose en la información, en los siguientes casos:
 - Cuando el problema exige colectivización y reflexión.
 - Exigencia de servicios de atención y consejería.
 - Exigencia de sensibilización entre la población.

CAPITULO**10****PANORAMICA DE LOS ESTUDIOS E INTERVENCIONES EN PSICOLOGIA DE LA SALUD EN EL MUNDO**

Actualmente, numerosas son las investigaciones en este campo, con fuerte presencia en los eventos y publicaciones.

Mientras que en Estados Unidos y Europa los programas comunitarios se basan en la Psicología Clínica y Social con especial énfasis en la salud mental y la prevención de trastornos mentales. En los países del tercer mundo se encuentra un predominio de la Psicología Social y la organización de los recursos naturales de la comunidad. A veces se utiliza la cobertura de los sistemas de salud oficiales, pero en su mayoría vemos programas de desarrollo comunitario y trabajo con personal de bajos ingresos y socialmente marginado.

En América Latina, los mayores avances los encontramos en los países centroamericanos, incluyendo México, Panamá, Colombia, República Dominicana, Cuba, Puerto Rico, Venezuela. Es de resaltar que donde la Psicología de la Salud y el trabajo comunitario está mejor organizado y apoyado es en Cuba, donde existe un programa nacional. García- Averasturi en 1985, evaluaba que luego de la Revolución Cubana, los psicólogos son elementos claves de los equipos de salud que sirven a la comunidad en policlínicas. Los psicólogos están integrados en todos los niveles del sistema de salud, realizando investigación y proporcionando cuidados en centros de salud especializados y participando en el proceso de planificación de la salud. La proporción de psicólogos per cápita en el sistema de salud, es alta, con una gran atención a la integración de la salud personal y la vida comunitaria. En distintas ocasiones, hemos podido comprobar este significativo avance de Cuba.

Estudios epidemiológicos e investigación comunitaria

Licht (Argentina,1993) investigó los conocimientos, actitudes y prácticas en salud mental en Avellaneda, encontrándose una tendencia elevada al uso de psicofármacos ante problemas psicológicos. Igualmente analizaron el botiquín de 400 hogares.

Livia y Reyes (Perú,1993) analizan los conceptos de Salud Pública y el papel de la Psicología en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud comunal. Investigaron las actitudes hacia la enfermedad y tratamiento, creencias y percepción social.

Puente (Perú, 1986) expone sobre actitudes en la enfermedad mental, en base a su experiencia en el Hospital Noguchi.

Mena y Leale (Argentina, 1993) estudian la salud en las organizaciones barriales, indagando sobre representaciones y prácticas, y estrategias en situaciones de riesgo.

Fernández (EEUU, 1989) plantea un modelo de asistencia pública en salud mental a niños, adolescentes y familias de Nueva York.

Pérez, Domínguez y Bernabe (Cuba, 1993) sustentan los soportes comunitarios para pacientes mentales de larga duración.

Bello (Perú, 1986) estudia las causas del retardo mental en barrios populares de Lima.

Saforcada (Argentina, 1989) expone sobre Psicología Sanitaria, y sobre Epidemiología, psicología y atención primaria de salud.

Vallejos (Perú, 1991) expone sobre psicología comunitaria y salud en el V Congreso Peruano de Psicología. Velásquez, por su parte expone las experiencias a nivel rural.

Maceira y col. (España, 1992) estudian el ocio y salud en la adolescencia, planteando que la estimulación del ocio positivo favorece el equilibrio personal.

Frasca y Maristan (Argentina, 1992) presentan un programa de prevención para adolescentes que incluye el trabajo con valores y estilos de vida.

Sánchez, Muela y Godoy (España, 1992) evalúan la comunicación médico- paciente en consulta ambulatoria, encontrando que un 75% de sujetos con dudas no preguntaba al médico.

Stolkner (Argentina, 1993) propuso una metodología participativa como asesoría a instituciones de salud mental.

Casartelli y col. (Argentina, 1989) muestran una experiencia interdisciplinaria de prevención primaria familiar en el ámbito de la seguridad social, basados en aportes psicoanalíticos. Igualmente, Temlin y col. (Argentina, 1989) realizaron una experiencia interdisciplinaria de Prevención Primaria Familiar en la seguridad social.

León, Bustamante & Mejía (Perú, 1988-1992) perfeccionaron y elaboraron el Test de conocimientos de planificación familiar, realizando estudios en Perú y Ecuador. A su vez, León, Loo, Guzmán y Díaz muestran la consejería para mejorar la toma de decisiones en promotoras, especificando las secuencias conductuales eficientes frente a posibles contingencias.

León muestra los avances en el desarrollo de una Escala de resentimiento. Mientras que Quintana (Perú, 1986) presenta los elementos de un modelo de interpretación computarizado del Tests de Rorschach.

Vera y col. (México, 1992) muestran un modelo integral de atención primaria para zonas rurales sin desnutrición aguda.

Pascuali (Venezuela, 1992) estudian la relación ambiente- salud y el papel de los agentes de salud en atención primaria

Carlos Marchena y Merle Santos (Perú, 1991) exponen los niveles de intervención en psicología comunitaria.

Casullo (Argentina, 1989) sistematizan sus experiencias de promoción de la salud en escuelas de Buenos Aires. Igualmente, Elichiry y Liwski (Argentina, 1989) plantean el rol del psicólogo en salud escolar. Koloditzky y Teselman (Argentina, 1989) muestra una experiencia en salud mental en una comunidad educativa.

Cunha (Brasil, 1992) estudió el cambio de actitudes en la capacitación de docentes en el área de salud.

Cucco (España, 1989) creó una metodología de intervención primaria de salud, analizando su experiencia de trabajo con las mujeres y sus contradicciones.

Estrella (Perú, 1986) estudió las actitudes maternas según nivel socio-económico.

Marín y Persico (Argentina, 1989) proponen una Escuela para Padres para prevenir drogadicciones y otros problemas de salud.

Sánchez (Venezuela, 1993) muestra el uso de la investigación acción en psicología de la salud. Igualmente, Sánchez y De Gisbert proponen una metodología para una psicología integral.

Ibamegaray (Bolivia, 1989) propone una reconceptualización de la salud mental, analizando el espacio y proceso del manicomio.

Coviello y col. (Argentina, 1989) plantean los recursos psicoterapéuticos existentes para la prevención en salud.

Ribes (México, 1990) elaboró un Modelo Psicológico de Salud. Luego, perfeccionado por Ribes y Bayés (España) en 1992. Pérez (Cuba, 1992) efectuó un estudio mostrando la panorámica de la psicología de la salud en Cuba.

Paez (España/ Chile 1993) señala criterios para la evaluación de intervenciones y programas comunitarios de salud.

Arnoldi (Brasil, 1992) expone los programas preventivos de psicología en los centros de salud.

Calventus (EEUU, 1995) realizó un estudio etnográfico en Villa O'Higgins de La Florida, ilustrando la participación comunitaria en salud.

Frojan y col. (España, 1995) realizó un estudio epidemiológico sobre los hábitos de salud en estudiantes de Madrid.

Muñoz y ot. (España, 1995) estudian la salud mental de las personas sin hogar en base a un estudio epidemiológico en Madrid.

Investigación en Psicología de la Salud:

Sánchez, Oliver y ot. (Perú, 1993) estudian la adolescencia, comportamiento psicosocial y salud mental en base al Inventario INSACPS.

García (Perú, 1993) muestra el aporte de Vygostki a la psicología evolutiva.

Salcedo y ot. (Perú, 1993) muestran la educación escolar como medida de prevención en salud en Villa El Salvador.

Guzmán (Perú, 1993) habla de las parteras tradicionales en la prevención de la salud mental comunitaria.

Canales (Perú, 1993) estudia la ansiedad, autoestima y resentimiento en niños afectados por la violencia subversiva en Ayacucho.

Flores (Perú, 1993) hace un análisis y señala perspectivas del menor en Ayacucho, estudiando sus trastornos en salud mental.

Ordoñez (Perú, 1993) expone el programa de CEDRO sobre prevención e intervención en maltrato infantil. Además muestra cómo es a rehabilitación y reinserción de niños de la calle "de piraña a delfin".

Pizarro (Perú, 1993) estudia aspectos inmunológicos de la depresión.

Raffo (Perú, 1993) muestra algunos aspectos psicológicos de la depresión en el niño.

Lazo (Perú, 1993) presenta experiencias en terapia de juego en hospitalizados.

Wurst (Perú, 1993) expone una alternativa sobre psicoterapia de apoyo.

Flores, Ocrospoma y col. (Perú, 1993) expusieron sobre sus módulos de hipnosis.

Anicama (Perú, 1993) expone su terapia de comportamiento en desórdenes emocionales.

Eliana Delgado, es una psicóloga peruana cuyo trabajo es muy destacable en el campo de la psicología de la salud, abordando temas como problemas cardíacos, oncológicos, stress y otros.

Avendaño (Chile, 1995) señala las estrategias metodológicas para la investigación de la salud mental ocupacional en mujeres.

Bravo, Pezcazolido y ot. (P.Rico, 1995) expuso un marco conceptual para la investigación de la necesidad, uso, resultados y costos de los servicios de salud mental para niños.

García Viniégras (Cuba, 1995) presenta el laboratorio de estudios psicosociales de la salud como experiencia cubana de investigación comunitaria.

Gonzales Rey (Cuba, 1995) presenta una alternativa para la investigación y el diagnóstico, integrando los campos educativo, de salud y psicosocial.

Pérez Lourdes (México, 1995) presenta la investigación en Psicología de la Salud: la empírico-analítica, fenomenológica o hermenéutica y la crítica hermenéutica.

Conceptualización de la salud mental:

Tenemos los siguientes trabajos sobre el tema:

Salgado (Argentina, 1995): modelo de cooperancia en la atención ambulatoria.

Lewin (Chile, 1995): enfermedad mental y psicólogos

Osantinsky y ot. (Argentina, 1995): la evaluación psicológica en la promoción de la salud.

García (México, 1995): la imagen pública de la salud y la enfermedad mental.

Castañeiras y ot. (Argentina, 1995): representación social de los efectos de la psicoterapia en profesionales de la salud (médicos no psiquiatras).

Representaciones sociales sobre salud:

Entre los últimos trabajos más destacados tenemos:

Kornblit y Méndes (Argentina, 1995): representaciones sociales acerca del riesgo en salud en jóvenes.

Neder (Brasil, 1995): salud y enfermedad en un hospital.

Martorelli y Gonzales (Argentina, 1995): ¿qué pensamos y sentimos los psicólogos sobre el trasplante de órganos?

García (México, 1995): imagen pública de la salud y la enfermedad mental.

Murekian (Argentina, 1995): estudió las concepciones y representaciones sociales sobre salud mental en Viedma.

Actitudes, percepciones y conocimientos sobre salud:

Godoy y Gutreiman (Argentina, 1995) indica los problemas de salud mental en diversos espacios de la Municipalidad de Buenos Aires.

Alarcón (México, 1995): evaluó los conocimientos sobre educación para la salud en niños de escuelas primarias.

Arruñada y Corina (Argentina, 1995) muestra las percepciones y conocimientos hacia la inmunización en sectores medios en Avellaneda.

Avia (España, 1995) indica la relación miedo y preocupación por la salud y el papel de la Psicología en su prevención y tratamiento.

García Silberman (México, 1995) muestra las actitudes hacia la enfermedad mental.

Atención Primaria:

Abascal, Grau y col. (Cuba 1995) mostraron el desarrollo de habilidades sociales para capacitar a equipos de Atención Primaria en cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Oncología. Este grupo de psicólogos cubanos mostró también la política y proyecciones de la educación para la salud en los programas de control de cáncer en Cuba.

Morgan (1995) presenta estrategias de atención primaria de la salud en los temas de control de embarazo, planificación familiar, menor de 5 años, diarrea, infecciones respiratorias.

García y col. (España, 1995) investiga el clima social en profesionales de atención primaria de salud de Madrid.

Salud y prevención:

Veamos los últimos trabajos sobre el tema:

Cañizales y Tapia (México, 1995): concepto de accesibilidad a los servicios de salud en México.

Samaniego (Argentina, 1995): evaluación de enfoques en educación para la salud en adultos, para aumentar cobertura de inmunización.

Frojan y col. (España, 1995): un estudio comparativo entre 1990- 1994 sobre hábitos de salud en universitarios.

Bancalari y col. (Argentina, 1995): pautas culturales, actitudes y comportamientos vinculados con la salud.

Arruñada y Samaniego (Argentina, 1995): percepción y conocimientos hacia la inmunización en Avellaneda.

Cayssials y ot. (Brasil, Argentina, 1995): presentan la prevención y promoción en salud mental en adolescentes.

Psicología y Salud Mental

Algunos valiosos estudios sobre la realidad peruana son:

Manrique y Aguado (1993): Limeños y provincianos en conflicto interpersonal: ansiedad social y factores socioculturales.

Manrique y Aguado (1993): Análisis de contenido de la historia sexual de 186 pacientes con trastornos de ansiedad.

Manrique, Aguado y Silverman (1993): Identidad social en una muestra de estudiantes universitarios y de pacientes con trastornos neuróticos.

Manrique y Aguado (1993): Actitudes de los padres hacia el niño y características de las relaciones familiares en las historias de 301 pacientes, adultos y niños, con diversos problemas comportamentales.

Prevención y promoción de la salud mental en adolescentes:

En 1995 se tuvo los siguientes trabajos:

Cayssials y ot.(Argentina, 1995) y del Barrio (España, 1995): estudio de estrategias de afrontamiento diferenciales ante acontecimientos vitales en niños de 11 a 14 años.

Insua (Argentina, 1995): intervenciones a nivel familiar en psicoterapia individual de jóvenes adultos.

Eurassquin (Argentina, 1995): modelo multidimensional integrativo con adolescentes con trastornos severos.

Hernández y ot. (P.Rico, 1995): realizaron estudios de efectividad de un programa de capacitación y servicios integrales de salud en adolescentes de escuelas públicas.

Educación, cultura y salud mental

Martorell (España, 1995) estudia la conducta prosocial como indicador de ajuste psicológico y social.

Saiz (Chile, 1995) investigó los efectos culturales en la evaluación psicopatológica.

Solórzano (México, 1995) muestra la problemática de la integración del alumno con discapacidades.

Muglia (Brasil, 1995) investigó sobre educación y creatividad.

Psicología e Identidad Nacional

Algunos estudios peruanos constituyen una contribución invaluable, lamentablemente poco difundida, entre estos trabajos tenemos:

Manrique E.(1993): Utopía andina y representaciones semántico-afectivas de la historia peruana en una muestra de estudiantes secundarios.

Manrique E.(1993): Actitudes hacia el folklore en tres contextos regionales diferenciados.

Manrique E.(1993): Estereotipos étnicos nacionales en estudiantes de Tacna y Tarma.

Manrique (1995): Estereotipos étnicos y distancia social en una muestra de estudiantes adolescentes de Lima Metropolitana. Encontrando que a mayor asignación de atributos positivos habrá menor distancia social y a menor asignación de atributos positivos mayor distancia social, encontrando aceptación mayoritaria del grupo "blanco" y rechazo al "negro". Al "blanco" recibe los mejores atributos y se lo aceptaría como amigo íntimo y en

matrimonio, al "cholo" como vecino, al "indio" como conocido, y al "negro" sólo como turista en el país.

Asimismo dos estudios interesantes sobre Psicología y discurso ideológicos son:

Manrique y Aguado (1993): Análisis de los discursos ideológicos del folklore criollo y del folklore andino urbano y rural.

Manrique (1993): Mito, cognición y fobia escolar: algunas consideraciones a propósito del mito andino de la escuela.

Psicología de la salud, experiencias y aplicaciones:

Los últimos estudios sobre el tema fueron:

Sánchez (Venezuela, 1995): la formación del psicólogo en la salud.

Becoña (España, 1995): inicio, desarrollo y perspectiva de la Ps. Salud

Moscoco (EEUU, 1995): la expresión de la cólera y hostilidad y sus consecuencias en el sistema cardiovascular.

Palacios (México, 1995): Psicofisiología aplicada al tratamiento del dolor de cabeza crónico.

Oblitas (México, 1995): experiencias de sistematización sobre el tema.

Ortiz (México, 1995): avances y perspectivas.

Pérez (México, 1995): la investigación como herramienta de construcción del paradigma de la psicología de la salud.

Márquez (México, 1995): observación cualitativa de la atención al parto.

Ehrenzwing (México, 1995): aproximación interdisciplinaria al manejo del paciente hipertenso.

Florez (Colombia, 1995): la psicología de la Salud en Colombia.

Godeleva y Ortiz (México, 1995): avances y perspectivas en Psicología de la salud.

Psicología social en salud:

Entre los estudios más destacados tenemos:

De Souza (Brasil, 1995): una representación social de la locura en trabajadores de salud mental.

Pérez y col. (Venezuela, 1995): evaluación del stress, análisis de factores de riesgo psicosociales.

Bellico y col. (Brasil, 1995): mecanismos de reducción de la disonancia de profesionales de salud y enfermedad de Hansen.

Lettner y ot. (Australia, 1995): la relación entre soporte social

Páez y col. (España, 1995): estudiaron los sesgos cognitivos, estado de ánimo y juicios sobre salud.

Villagran y Díaz Login (México, 1995): muestra los aportes de la Psicología social mexicana al estudio del SIDA.

Evaluación de intervenciones para la promoción de conductas saludables:

Mencionaremos las siguientes investigaciones:

Dahl y col. (Canadá, 1995): marketing and condoms. Using coupons to increase condoms purchase.

Balcazar (EEUU, 1995): advancing the agenda of latinos disabilities in Urban America: A community empowerment projet.

Pollay (Canadá, 1995): thoughtless persuasion: cigarette adversting to minimize cognitive processing and counter-arguments

Vera, Domínguez y Córdova (México, 1995): evaluación de intervenciones para promover conductas saludables en madres rurales para el cuidado del niño.

Fuks (Argentina, 1995): la construcción conjunta de parámetros e indicadores para evaluar intervenciones en promoción de la salud.

Bendezú (México, 1995) muestra los elementos relevantes de las intervenciones en salud en zonas rurales.

Castañeda (EEUU, 1995) presenta a los grupos de autoayuda como una alternativa de intervención en la comunidad.

Problemas de la psicología de la salud desde el análisis conductual:

Dentro de este campo debemos destacar los siguientes estudios:

Acuña (México, 1995): efectos de historia en el condicionamiento supersticioso.

Bruner y Nieto (México, 1995): análisis del aprendizaje humano y animal desde la perspectiva asociacionista.

Bruner (México, 1995): algunos problemas de la salud desde el análisis conductual.

Mustaca (Argentina, 1995): la frustración y la euforia como moduladores de la función.

Gutiérrez y Ayala (México, 1995): exposición a indicios y a elección en bebedores excesivos y moderados.

Bruner (México, 1995) indica los problemas de la Psicología de la Salud desde el Análisis Conductual. Así como muestra el concepto de esperanza en este campo.

Medicina Conductual y Psicología de la Salud

Las áreas de mayor incidencia son: 1) la modificación de hábitos de comportamiento que constituyen riesgos para la salud; 2) la implantación de hábitos de comportamiento favorecedores de la salud; 3) la prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos fisiológicos y orgánicos específicos, sobre todo en trastornos: cardiovasculares, gastrointestinales, neuromusculares, genitourinarios, respiratorios, nerviosos; 4) Desarrollo de programas que faciliten la aceptación y el cumplimiento por parte de los pacientes de las prescripciones médicas, sobre todo en los tratamientos a largo plazo.

Rol del Psicólogo y Psicología de la Salud

Un conjunto de obras replantearían el quehacer tradicional del psicólogo: En 1966, Serebrinsky, divulga "Bases para una Psicoterapia cultural". En 1971, Agel (EEUU) presenta su libro "Terapia Radical". Bassaglia (Italia) publica "Psiquiatría y Antipsiquiatría". Moffatt (1974) edita "Psicoterapia del Oprimido". Harari (Argentina, 1974) replantea concepciones teóricas y metodológicas en su libro "Teoría y Técnica Psicológica de las Comunidades Marginales".

Ya en 1975, Pimentel (Perú) presenta algunos problemas de la psicoterapia en el Perú. Mientras, Libertí, Chávez, Burgos y Falvy presentan los servicios de psicología en los Hospitales Generales. De la Torre, a su vez muestra este servicio en el Hospital del Niño. Fairlie (Perú, 1975) realiza el primer planteamiento de integrar psicología de la salud y trabajo comunitario, al exponer sobre la proyección social de la psicología clínica.

Un cambio significativo ocurrió luego de la Conferencia en Alma Ata "Salud para todos", sobre todo con la aparición de la publicación de la OMS (1978) "Atención primaria de salud".

En España, ya en 1979 Bayés publica "Psicología y Medicina". En 1984 Carroble escribe "Psicología y Medicina" y Camarero presenta su Ponencia "Psicología de la Salud" al I Congreso de Psicólogos. En 1986 Costa y López publican un libro de gran calidad "Salud Comunitaria".

Triandis & Dragus (1980) y Pedersen, Sartorius & Marsella (1984) realizaron un estudio transcultural de psicopatología y servicios de salud mental en el Mundo; analizándose los factores culturales del arte y ciencia de la curación.

En 1982, la OMS publica "Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud"; y San Martín (España) publica "La crisis mundial de la salud, problemas actuales de epidemiología de la salud".

En 1987 se realizó en Roma el I Simposium Europeo sobre Psicología de la Salud con el título "Health Psychology Perspective in Europe". Luego en octubre de 1987 se realizó el II Seminario Internacional de Psicología de la Salud en Sao Paulo.

En 1987, 1988 y 1989 se realizan sucesivamente en Huaraz, Cuzco y Cajamarca (Perú) las Jornadas Internacionales de Psicología de la Salud, la Educación y el Cambio Social, organizadas por el Colegio de Psicólogos del Perú, siendo Víctor Montero Presidente de dichas Jornadas y José Vallejos Secretario de Organización. Los trabajos presentados fueron de calidad, contando con la presencia de Ponentes de Perú, Japón, Colombia, Argentina, Bélgica, España, Cuba, Francia, Venezuela.

Ya en 1986 importantes trabajos habían sido sistematizados en Perú en el campo de Psicología Comunitaria y Salud, por parte del Colegio de Psicólogos (Carmen Torres, Víctor Montero), Universidad de San Marcos (Jaúregui), Universidad Cayetano Heredia (López), Hospital Valdezán (Vallejos), Instituto Delgado- Noguchi (Marchena, Montecinos). Vallejos expone sobre la "Psicología urbano-marginal", el Hospital Valdezán sobre "Psicología comunitaria rural: Proyecto Jicamarca" y Vacca sobre "Psicología comunitaria urbana".

Desde 1986, Zevallos y Alcántara (Perú), presentaron su propuesta de principios básicos de la comunidad terapéutica. Igualmente las bases de la atención de salud en el Hospital Larco Herrera fueron presentadas por Vega, Cano, Domínguez, Cohayla y Morales.

Ese mismo año, en Cuba se publican estudios importantes para la Psicología de la Salud como: "Los sistemas expertos de inteligencia artificial y sus aplicaciones en la Medicina y la Psicología" (Ilizástigui y Ageenko), "Motivación y Salud" (Rancel y col.), "Valoración ética del médico" (Serret y col.), "La relación Médico-paciente valorada por el paciente".

En 1991, Blajeroff (Argentina) presentó su trabajo Cultura y Salud Mental en América Latina.

En 1986 en Perú se presentó sistematizaciones sobre la Salud Mental y el papel de los Medios de Comunicación, durante el IV Congreso Nacional de Psicología. Los trabajos fueron de Bellido, Cáceres, La Rosa, Rossi y Vacca.

Fue significativo el Seminario de Psicología de la Salud en Cuba, donde se reflejó el avance de esta especialidad.

Igualmente, en los 3 últimos Congresos Interamericanos de Psicología (Argentina, Santo Domingo y Chile) y el Congreso Iberoamericano de Psicología (España) los avances de la Psicología de la Salud han quedado claramente evidenciados ocupando un espacio significativo. En nuestros 2 últimos Congresos Peruanos de Psicología vemos ya una mayor presencia de trabajos sobre el tema que en anteriores eventos.

Es importante destacar el aporte de investigadores como Sartorius, Holzman, Levi-Leboyer, Kilburg, Kennedy, Evans, Weiss, Matarazzo, Borg, Iscoe, Newbrough, Fleishman, Triandis, Marín, Sinha, Hakel, Rosenzweig (EEUU), Johanson (Estocolmo), Jing (China), Durojaiye (Nigeria), D'Ydewalle (Bélgica), Rusell (Australia), Díaz Guerrero (México).

Importantes estudios sobre el rol del psicólogo en el equipo de salud son los de Alvarez (1995) la psicología de la salud en México, Flores (1995) en Colombia, Neder (1995) en Brasil, Quesada (1995) en Dominicana, Sánchez (1995) en Venezuela.

Otro estudio interesante es el de Gómez de Rey (Venezuela, 1995) el rol del psicólogo en la promoción de la salud oral infantil: el síndrome del biberón y el modelo de intervención en equipo multidisciplinario.

Debemos destacar como un significativo aporte el trabajo de Fernando Gonzales Rey (Cuba, 1995) titulado "subjetividad y sujeto en la salud humana".

Servicios de Salud, Política de Salud y Política Social.

Dentro de los últimos avances debemos destacar los siguientes:

Pedersen, Artorius & Marsella (EEUU, 1984) evalúan los servicios de salud mental y el contexto cultural.

Krantz, Grunberg & Baum (EEUU, 1985) presentan un interesante estudio sobre Psicología de la Salud

Tizón (España, 1983) publica "Salud Mental y trabajo social".

Duro, Sanchis y Suárez (España, 1986) evalúan el desarrollo y perspectivas de los Centros Municipales y de Promoción de Salud en Madrid.

Ttiel (Alemania, 1986) expuso un modelo de una relación entre Psicología Comunitaria y Atención Primaria en Salud.

Manrique y Marchena (Perú, 1986) exponen los avances y perspectivas de la psicología comunitaria con el trabajo denominado Psicología de la pobreza en Villa María del Triunfo.

Costa (España, 1987) analiza los programas de intervención social. Igualmente, López realiza una evaluación de programas; y Chacón señala el papel del psicólogo en los equipos de intervención social.

Ching (China, 1984) presenta su trabajo "Psicología y las 4 modernizaciones en China.

Kakar (India, 1982) publica "Shamanes, místicos y doctores".

Lambo (Nigeria, 1961) presenta un plan de tratamiento de la salud mental en Nigeria.

Arias (Cuba, 1993) propone un modelo para estudiar la influencia de los factores psicológicos y sociales en la salud, centrándose en el concepto de "vulnerabilidad de la enfermedad", señalando 4 niveles: biológico, psicológico individual, psicológico relacional, relación sujeto-medio.

Una investigación base es la de Acevedo (Argentina, 1993) que presenta el modo humano de enfermar, precisa las características antropológicas del ser viviente que enferma, critica los modelos reduccionistas que implican exclusiones antropológica, social y cultural proponiendo una nueva epistemología que supere vacíos en la patología para tratar la inmunología, drogadicción, etc.

Brikman (Argentina, 1989) propone la creatividad en el movimiento como una contribución al equilibrio general de la salud.

Gómez, Pérez y Domínguez (Cuba, 1993) han investigado el uso de sistemas computarizados aplicados a psicología de la salud.

Domínguez (Chile, 1993) desarrolla un Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos, proyectando un programa preventivo de salud y violencia.

Lamas (Perú, 1991) presenta un programa preventivo en el área de la rehabilitación.

Robles y col. (México, 1992) investigan las **habilidades sociales** dentro del Proyecto de Educación para la salud de Iztacala.

Olivares y col. (España, 1992) muestran un Programa de Promoción de hábitos de higiene y salud comunitaria.

Gómez y col. (España, 1992) indican sugerencias para la evaluación del nivel de salud en una comunidad.

Hernández y col. (México, 1992) presentan la simulación computarizada en mujeres deportistas.

Mañas (España, 1992) explica las técnicas de relajación en atención primaria.

Eptein, Ratz y Zientnyck, 1979 mostraron que los problemas de salud actuales están influenciados por lo que la gente hace.

Rodríguez y Hurtado (España, 1992) explican la medicina comportamental en pacientes en estado crítico.

Cañizales y col. (México, 1995) conceptúa la accesibilidad a los servicios de salud, población, derechohabiente en México.

Estudio de estudiantes y trabajadores de la salud

Es un tema se viene estudiando cada vez con mayor precisión. Blank (Venezuela, 1993) relaciona el locus de control y el desarrollo moral en estudiantes de Medicina, utilizando la Escala de Wallston y Wallston y Vellis, y la metodología de Kohlberg.

Schejter (Argentina, 1989) realiza un análisis psicológico institucional del equipo de salud.

Touson (Argentina, 1989) plantea el conocimiento vivencial de "lo orgánico" en la formación del psicólogo.

Benavides, De Carvalho y col. (Brasil, 1992) evalúan la relación psicólogo- paciente en un Hospital.

Sandner (Venezuela, 1993) muestra la representación social del obstetra sobre los métodos de psicoprofilaxis.

Moreno, López y Molina (España, 1993) muestran la incidencia de las variables sociodemográficas en el burnout del personal de enfermería, encontrándose gran prevalencia de este síndrome. Los cuales elaboraron un Cuestionario para su estudio.

Oliver y col (España, 1993) estudiaron el stress, burnout y depresión en profesores, relacionándolos a 19 variables sociales.

Este autor igualmente muestra como el burnout es asociado al stress y depresión, encuentra que éste es un síndrome específico, aunque tiene correlación con la depresión, aunque la relación más fuerte es entre stress y depresión. Las dimensiones del burnout son: cansancio emocional, despersonalización y descenso en la realización personal, de las cuales la despersonalización aparece como la más específica de este síndrome.

De la Aldea y col. (Argentina, 1989) muestran las fantasías y emociones en el equipo de salud; relacionadas al cuerpo, sexo, dolor, placer, esperanza, muerte, confianza e incertidumbre.

Virseda y Matus (México, 1993) estudiaron la salud mental en profesionales de la salud, y señalaron medidas preventivas.

Vivas y col. (Venezuela, 1993) estudiaron el personal hospitalario y elaboraron una propuesta de medición del apoyo social, en relación a sus fuentes y funciones.

Torrijo (Argentina, 1993) estudia la responsabilidad social y personal del psicólogo y la salud del terapeuta.

Gandica (Venezuela, 1989) expone un programa de educación en salud desde una perspectiva psicosocial en estudiantes.

Hernández, Pozo y Polo (España, 1993) estudiaron la relación entre satisfacción con el estudio y el estado de salud subjetiva en estudiantes de Psicología, para un mejor estilo de vida.

Avendaño (Chile, 1995) presenta un perfil de riesgos para la salud psicológica de enfermeras del sector público.

Bellico (Brasil, 1995) ilustra los mecanismos de reducción de disonancia de profesionales de salud en el control de enfermedad de Hansen.

De Sonia (Brasil, 1995) presenta su estudio: "a representacao social da loncura em fraballadores de saude mental".

Comportamiento y fenómenos de salud y enfermedad

Son numerosos los estudios que muestran el papel de la Ciencia del Comportamiento en el estudio de la salud y enfermedad. Tenemos así a Costa y López (España, 1983), Benito, Costa y López (1985), Bayés (España 1979, 1983, 1985), Matarazzo, Weiss, Herd, Miller (1984), Osborne, Gruneberg y Eiser (1979), Prokop y Bradley (1981), Valdés, Flores, Tobeña y Masana (1983).

Salud física y Salud Mental

Pereyra (Argentina, 1993) estudia la relación entre esperanza y salud mental para la función pronóstica de cuadros diversos. Igualmente, estudia esta dimensión para la evaluación psicodiagnóstica del paciente con **litiasis vesicular**.

Quiroz y col. (Chile, 1993) plantean la orientación familiar a brindar en casos de enfermedad de Alzheimer, pues las alteraciones producto de la demencia y la pérdida de autocuidado afectan la convivencia. Igualmente, Valdez y col. (España, 1992) estudiaron la ansiedad y depresión en este tipo de pacientes.

Salazar y Pando (México, 1993) contemplan la conceptualización de salud mental y sus indicadores positivos: uso del tiempo libre, creatividad, grupalidad y conciencia de sí.

Sato (Suecia/Chile, 1993) explica el uso del Tai Chi como práctica de mantener el equilibrio entre salud física y mental.

Clos y col. (España, 1992) plantean un programa de ejercicios aeróbico- resistencia en deficientes mentales, probando mejora de tasa cardíaca, presión sanguínea diastólica, peso, coordinación, flexibilidad, fuerza/resistencia y velocidad. Igualmente, aplican un programa de ejercicio físico para ancianos.

León y col. (Argentina, 1989) muestra la relación salud y calidad de vida, sistematizando estrategias de intervención.

Ferreira (Brasil, 1992) señala la motivación para la prevención en salud, sobre todo en cáncer de mama y útero y control de la natalidad.

Prieto y Romero (Venezuela, 1992) estudian la relación entre cambios en esperanzas, expectativas y salud; examinando las motivaciones de logro, poder y afiliación, expectativas de futuro, encontrando relación con los trastornos cardiovasculares, femeninos, gastrointestinales, ansiosos, respiratorios y depresivo- ansioso.

Ardila (Colombia, 1993) presenta los nuevos retos de la Psicología de la Salud: odontopediatría, sexualidad, epilepsia y SIDA.

Barriga (España, 1993) expone los sesgos ideológicos ante la salud, los estilos de vida, las contradicciones en la promoción de la salud, la psicología social en la promoción de la salud, y el cómo y para qué de la salud.

Celada (Perú, 1989) estudió los estados de ánimo preferentes de la población limeña, encontrando que un 49% muestra tristeza, intranquilidad y pesimismo.

Vinet y col. (Chile, 1993) estudió la prevalencia de trastornos mentales en adultos de Temuco- Chile, encontro que un 26% presentaban riesgo de trastornos mentales. Sánchez (Perú, 1993) elaboró un perfil diagnóstico del comportamiento psicosocial como indicador de salud mental en adolescentes de Lima.

Dela Coleta (Brasil, 1992) muestra las explicaciones de las víctimas ante accidentes, prevaleciendo las místicas y sobrenaturales.

Aguilar (México 1995) estudió la relación entre ansiedad, angustia y desesperación.

Alvarez (Puerto Rico, 1995) señala la relación entre variables sociodemográficas y sintomatologías depresivas.

Bonino (España, 1992) plantea incluir el tema **accidentes de tráfico** en salud mental.

Salud y Trabajo

Cabral (Argentina, 1989) relaciona **Salud y Trabajo**, estudiando a conductores de trenes en zona de tráfico intenso y alta densidad.

Pico y Salom (Venezuela, 1992) estudiaron la autoestima afiliativa laboral y el estado de salud.

Gialluca (Argentina, 1989) expone la salud obrera y los criterios psicológicos para su abordaje, con fines preventivos.

Gutierrez y col. (Argentina, 1989) estudió la vida cotidiana y salud de trabajadores, investigando la salud mental de choferes.

Romanzini (Brasil, 1993) elaboró un perfil de salud en el trabajo informático, encontrando problemas relacionadas al tipo de labor.

Lamas (Perú, 1991) investigó la situación psicosocial del discapacitado en el Perú.

Sotil (Perú, 1991) estudia el desarrollo social y personal de un grupo de jóvenes con retardo mental a través de un programa integral de capacitación laboral.

Stress y burn-out en medios laborales:

En este tema mencionaremos a los siguientes estudios:

Oliver (España, 1995): bur-out en el docente y propuesta de un modelo.

Weintraub y Aptekar (Argentina, 1995): ¿el trabajo es salud?: una aproximación al tema de adicción al trabajo.

García, Oliver y ot. (España, 1995): alteraciones psicológicas y variables personales en profesionales de atención primaria de salud en Madrid.

Quevedo (España, 1995): estudio empírico burn-out o desgaste profesional en docentes.

Suck (México, 1995): niveles de stress en profesionales de salud mental.

Desastres y Violencia Social

Campos (El Salvador, 1989) estudia la relación entre **Desastre crónico y salud mental**, mostrando que la guerra y terremotos crean en migrantes potenciales psicopatologías.

Valero (Perú, 1991) expone un programa de prevención de desastres, tema del cual tiene amplia experiencia.

Sato (Suecia/Chile, 1993) exhibe una psicoterapia a través de imágenes con **refugiados** traumatizados.

Thomas (EEUU, 1993) muestra cómo el **stress post traumático** afecta el rendimiento académico y social del niño. Este se da producto de desastres naturales, guerras, desórdenes sociales y psicológicos; variando la susceptibilidad en relación a factores genéticos, constitución emocional y personalidad, experiencias pasadas, fase del desarrollo, intensidad del evento, etc.

Feldman y col. (Venezuela, 1992) estudiaron el stress en estudiantes universitarios.

Barrientos (EEUU, 1993) expone estrategias contra el stress en familias hispanas, norteamericanas y mexicanas.

Oblitas (México, 1992) plantea el control del stress por medio de experiencias psicocorporales basadas en el Tao y el Quigong.

Sánchez (España, 1992) muestra la autoestima en mujeres maltratadas.

Pérez, Palmer y Borrás (España, 1992) estudiaron la ansiedad relacionada a la vida cotidiana y **cambios premenstruales**.

Bermejo y col. (España, 1992) indican la prevención secundaria en estados de ansiedad.

Martínez y col. (España, 1992) estudiaron la epidemiología de las cefaleas funcionales.

Herranz y col. (España, 1992) muestran la influencia del stress sobre la salud y ajuste emocional de la mujer.

Piña y col. (México, 1992) cuestionan la validez del concepto de stress.

Ríos y Olvera (México, 1993) analizan un instrumento para medir stress en **menores infractores**.

Ventura (Perú, 1993) realizó un estudio epidemiológico de salud mental en una población desplazada por la **violencia política** (Huancayo) encontrando diversos trastornos psicopatológicos.

Neuropsicología, Psiconeuroendocrinología y afines

En Perú (1975), Cáceres señala avances y perspectivas de la neuropsicología. Mientras, Palacios expone sobre servicio social y neuropsicología; y Salas, sobre neuropsicología del lenguaje.

Alvarez (Cuba, 1993) desarrolla una Psiconeuroendocrinología aplicada, abarcando la relación psicología y endocrinología, y el efecto de hormonas en el comportamiento. Estudiándose el efecto del stress, cambios debido a alteraciones hormonales, programas interdisciplinarios de prevención.

Yabar (Perú, 1989) elaboró exámenes neuropsicológicos abreviados, aplicados exitosamente en el campo de la Seguridad Social.

Trelles, Ortiz, Altamirano, Zanabria, Sarria (Perú, 1991) muestran sus últimos avances en neuropsicología.

Santiago (Perú, 1991) expone la evaluación neuropsicológica en servicios de hospitalización.

Herrera (Honduras, 1993) muestra los cambios en pacientes con **epilepsia** que han recibido psicoterapia.

Yabar (Perú, 1993) estudió las actitudes en la epilepsia infantil, con el fin de optimizar el control de la enfermedad.

Gaviria y ot. (EEUU, México, Caracas, 1995) muestra el status actual de la neuropsicología.

Alvarez (1995) presenta la Psiconeuroendocrinología como nexo integrador entre la mente y el cuerpo.

Salud y Consumo de Drogas

El **consumo de drogas** es abundantemente investigado.

En Perú, mencionaremos a Lerner (1991) que muestra como el tema drogas va entre la salud y la política; e igualmente muestra las estrategias de prevención en la niñez (1986). San Miguel (1988) que sustentó un Programa Terapéutico. Vallejos y Vacca han aportado significativamente con investigaciones y programas dentro del COPUID (Ministerio de Educación) dirigido por Amelia Ríos; la labor de COPUID alcanza nivel nacional habiendo conformado equipos preventivos e incluye mensajes de gran impacto a través de medios de comunicación. CEDRO ha logrado una acción muy reconocida a nivel preventivo, destacando la labor de Carmen Masías, Lerner y Lara que tienen un gran número de publicaciones. Resalta sobre todo la modalidad de campaña "Cara a Cara". León (1986) muestra las razones atribuidas al uso de sustancias psicoactivas. Ayllón (1986) investiga acerca de los menores de edad que consumen y trafican drogas en Lima.

Bonifacio (Perú, 1992) mostró la existencia de personalidad pre- mórbida en consumidores de PBC. Bonifacio (1993) relaciona la personalidad como factor de riesgo de consumo de PBC, así plantea considerar el pasivo-dependiente, evitante, psicopático, etc.

Vacca y Rodríguez (Perú, 1991) mostraron la psicopatología de la adicción al trabajo.

En España, Del Barrio y Alonso (1993) comprobaron la relación entre búsqueda de sensaciones y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. Domínguez elaboró un programa psico-educacional relacionado al manejo bajo influencia de alcohol.

Leiva y Ruiz (España, 1993) investigaron la influencia de los medios de comunicación social sobre el uso indebido de drogas, analizando las construcciones sociales y percepción de soluciones. Leiva también analiza la construcción social coca-cocaína y narcotráfico en Latinoamérica.

García y col. (España, 1992) estudiaron las actitudes padres-hijos ante el consumo de drogas, con fines preventivos. Igualmente, analizan los estilos educativos en los padres; y a los compañeros como variable moduladora.

Matus (México, 1993) analiza las actitudes de profesores hacia las drogas, ubicando áreas de incidencia; encuentra que los hombres tienen actitudes más tolerantes hacia las drogas que las mujeres.

Navarro (Perú, 1986) expone sobre el aprendizaje de la dependencia.

Jutkowitz y Arellano (Perú, 1986) investigaron sobre la Epidemiología en Lima.

Valls y col. (España, 1992) evaluaron la personalidad en dependientes de opiáceos.

O Leary y cols. (1976) muestra las diferencias en destreza social entre prealcohólicos y bebedores ocasionales.

Cheek y cols. (1973) estudian la asertividad y agresividad en consumidores de drogas.

Mientra, Kraft (1964 a 1970) señala la relación de consumo con ansiedad social. Lindblad (1977) indica la baja autoestima y pobre interacción en farmacodependientes.

Vacca y Casado (Perú, 1991) muestran el perfil clínico y psicológico de la pareja del adicto denominada coadicta.

Vacca, Rodríguez, Casado y Alegre (Perú, 1991) estudiaron las actitudes de las mujeres frente al consumidor de drogas.

Ugarriza (Perú, 1993) muestra un modelo causal explicativo del uso de bebidas alcohólicas en adolescentes.

Ringach (Argentina, 1989) muestra las relaciones entre poder- familia, religiosidad-comunidad terapéutica con la droga en jóvenes adolescentes.

Gonzales, Lauretti y Tobon (Venezuela, 1992) muestran los efectos de la relajación en los niveles de ansiedad y depresión en farmacodependientes.

Alegre (Perú, 1993) estudia rasgos de personalidad en dependientes a sustancias químicas, en tratamiento desactivo.

Rodríguez (Perú, 1993) muestra hallazgos en la mujer coadicta.

Giayetto y Felix (Argentina, 1992) presentan un modelo de abordaje en ingesta alcohólica.

Ibañez (España, 1992) precisa las variables motivacionales en el hábito de fumar.

Sancho (España, 1993) estudió la personalidad y comunicación del alcohólico, encontrando mayores problemas que los no alcohólicos.

Rodríguez y Villamil (Puerto Rico, 1992) estudian el consumo de alcohol en envejecientes.

Miller y Eisler (1977) muestran relación entre aserción negativa y consumo de alcohol frente a Hamilton y Maisto (1970) que no encuentran esta relación.

Tejero (España, 1992) evalúa la eficacia de estrategias terapéuticas y preventivas aplicadas a abuso de alcohol. Así como la intervención sobre el comportamiento de abuso del alcohol.

Martínez y Pérez (Cuba, 1986) realizan un estudio de los pacientes alcohólicos ante el Test de Machover.

Lazarus (1965) muestra el entrenamiento asertivo para alcohólicos. Trabajo similar realizaron McBreaty y cols (1968) y Eisler y cols. (1974).

Cheek (1972) y Eisler y cols. (1974) muestran la importancia del entrenamiento familiar comunicacional en caso de alcoholismo.

Fay (1976), Martorano, Aldinolfi, Hedberg, Campbell (1974) y Sobell y Sobell (1974) usaron el entrenamiento para rehusar a beber en alcohólicos.

Torres (Perú, 1991) estudió la expresión corporal en grupos de pacientes farmacodependientes.

Esqueda (Venezuela, 1992) estudia la relación entre autoestima y ansiedad y alcoholismo.

Zaldívar (Cuba, 1993) plantea como estrategias para la cesación del hábito de fumar: auto-ayuda, auto-control y terapia grupal.

Santiago y col. (España, 1992) estudian las variables psicosociales en el tratamiento de deshabitación tabáquica.

Villamarin (España, 1992) examina la relación entre expectativas de eficacia personal y hábito de fumar.

Peralbo y col. (España, 1992) encuentran relación entre expectativa de autoeficacia para dejar de fumar y el tabaquismo.

Carrasco y col. (España, 1992) muestran la técnica "bogus pipeline" para el hábito de fumar en adolescentes.

Amigo, Capafons, Bayot y Peinado (España, 1992) muestran la terapia de auto-regulación y expectativas de éxito terapéutico en consumo de tabaco.

Secades, Torres y Santos (España, 1992) muestran el tratamiento de desintoxicación en drogadependientes, mostrando los factores que inciden en el tipo de alta.

Vacca, Otoyá, Alfaro, Reyes y Segura (Perú, 1986) mostraron el tratamiento a farmacodependientes con técnicas multimodales en el Hospital Hermilio Valdizán.

Tolentino (Perú, 1993) presenta un programa de prevención de la violencia familiar en el distrito de San Borja en Lima. La Alcaldesa Cuculiza a su vez explicó su política preventiva contra la drogadicción.

Frojan y Santacreu (España, 1993) realizaron una evaluación de los programas de prevención del consumo de drogas, encontrando ausencia de modelos, hipótesis y objetivos planificados. Plantean precisar qué significa prevención, grupos de riesgo, etc.

Bulacio (Argentina, 1989) propone un modelo de prevención en toxicomanía, realizando un análisis de sistemas sociales.

Frojan y Santacreu (España, 1992) presentan un modelo de desarrollo de la insatisfacción con el hábito de fumar.

Macía, Olivares y Mendez (España, 1992) ilustran sobre habilidades conductuales y prevención del consumo de drogas en adolescentes.

Montoya (Perú, 1993) muestra la clínica de día como alternativa para la rehabilitación del drogadependiente.

Rodríguez (Perú, 1993) presenta un programa de motivación inicial en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas.

Ascacibar (Perú, 1993) evalúa las campañas televisivas de prevención de CEDRO y acciones complementarias en medios masivos.

Paredes (Perú, 1993) muestra la investigación participativa en la prevención del consumo de drogas.

Martínez y Victoria (1995) muestran al alcoholismo como problema comunitario y señalan vías de enfrentamiento.

Frojan y col. (España, 1995) realizan una evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas en adolescentes. Asimismo realizaron un estudio comparativo 1991-1994 de los hábitos de salud en universitarios.

Froján y col. (España, 1995) presenta el desarrollo de un programa de prevención del consumo de drogas en la escuela.

Castro Morales (Perú 1995) expone un plan nacional de prevención y control de drogas y señala los peligros de una despenalización del consumo personal de cocaína.

Bojórquez (Perú, 1995) presenta los avances en el tratamiento de la dependencia a drogas.

Ferrando (Perú, 1995) investiga sobre la demanda y oferta de servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de adictos en el Perú.

Gerber y col. (U. Stellenbosch, 1995) titulan a su trabajo: "compliance in the tratment of alcoholism".

Reina (Venezuela, 1995) estudia el consumo de alcohol y otras drogas vs. productividad empresarial.

De Lima y Alcides (Brasil, 1995) realiza un estudio sobre depresión y desesperanza en alcohólicos.

Ugarriza (Perú, 1995) presenta un modelo causal explicativo sobre el uso de bebidas alcohólicas en adolescentes.

Amesty y Murrelle (Venezuela, 1995) presenta la validación del Inventario sobre uso de drogas "DUSI".

Pereyra (Argentina, 1995) estudia la dimensión esperanza-desesperanza en la evaluación diagnóstica y predictiva del alcohólico.

Rogério y Lucia De Souza (Brasil, 1995) presentaron su estudio "representacoes sociais do uso de bebidas alcoholicas na pia musica popular brasileira".

Serio y Hernández (U. de La Laguna, 1995) estudiaron las características sociodemográficas, clínicas, familiares y cognitivas del alcoholismo femenino.

Aldaz (1995) mostró la investigación y prevención del uso de drogas en adolescentes.

Escalante (1995) indica la funcionalidad de la estructura familiar y autoestima en pacientes farmacodependientes.

Luengo y col. (1995) estudiaron los efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en adolescentes.

Marín Gerardo (U.San Francisco, 1995) presentó su estudio "alcohol related expectancies of mexican americans".

Enfermedades crónicas y prolongadas

Veamos la perspectiva psicológica en enfermedades crónicas.

Estudios numerosos aportan a una mayor comprensión y tratamiento de las **enfermedades crónicas**, como la Diabetes. Froján, Gonzales, San Pedro y Bueno (España, 1993) realizaron un autocontrol de la glucosa mediante variables comportamentales.

Capote y Hernández (España, 1992) realizan un análisis comparativo ente la percepción de los diabéticos, sus padres y sus médicos.

Peralta y Raich (España, 1992) muestran las variables psicológicas intervinientes en el autocuidado de la diabetes.

Pissani (Perú, 1991) estudió los aspectos psicológicos del paciente renal en programas de hemodiálisis.

El abordaje psicológico de la **lumbalgia**, es realizado por Blanco (Venezuela, 1993), estudiando dolor y contingencias de reforzamiento, ansiedad y depresión. La terapia comprende un reforzamiento diferencial y modelaje de la postura. Concluyendo que el dolor crónico exige la intervención psicológica.

Guic, Puga y Postigo (Chile, 1993) utilizan estrategias cognitivas en pacientes con dolor lumbar crónico.

Montero Borges (Perú, 1991) muestra un programa de atención psicológica en pacientes con **artritis reumatoide**.

Alemán (España, 1992) elaboró un programa de mejora de adaptación para **niños asmáticos**.

Gonzales y col. (España, 1992) elaboran una Escala de salud para sujetos con **incapacidad física crónica**.

Herruzo y col. (España, 1992) exhiben su experiencia de atención primaria en discapacidad física.

García y col. (España, 1992) precisan los parámetros psicológicos de la **enfermedad de Crohn**, proceso inflamatorio del tubo digestivo; mostrando la influencia de acontecimientos estresantes; y señalando su tratamiento psicológico.

Valencia (Perú, 1992) muestra los aspectos psicológicos de pacientes con **Lepra** en la selva peruana, en base a las Pruebas de Eysenck y Zung.

Bernal (EEUU, 1995) presentan programas de manejo para enfermos crónicos.

Pelechano y ot. (España, 1995) investigaron la estructura de personalidad en enfermos crónicos, universitarios y población normal.

Bernal (EEUU, 1995) titula su trabajo: "a self-management program for chronic low back pain".

Psicología del dolor

Buytendijk publicó un libro sobre el dolor, muy completo.

Suhecki (Argentina, 1989) realiza un abordaje holístico hacia la experiencia del **dolor**, abordando los niveles de pensamiento, corporal y espiritual; calidad de vida y temor a la muerte.

Bravo y col. (México, 1992) explican la evaluación de la representación social de salud-enfermedad- dolor.

Grau y col. (Cuba) tienen avances relevantes en el tema.

En Cuba existen avances significativos en el tratamiento del **dolor**. Es el caso de los estudios de Grau (1993) sobre el dolor crónico, los procedimientos de evaluación e intervención, la eficiencia de procedimientos en la prevención y rehabilitación.

Terapia Tradicional Folklorica

Sobre las relaciones entre Psicología Folklorica y Psicoterapia tenemos diversos estudios en Perú desde antes de 1986, por parte de estudiosos como Mario Chiappe, John Edowe, María Evila, Daniel Malpartida, Víctor Montero, Alfredo Olano. E incluso desde 1922

por parte de Valdizán y Maldonado; y años después con Seguín, y Cabieses. Valdizán y Maldonado escribieron el libro más célebre en este campo "La Medicina Popular Peruana". El libro más reciente de mayor calidad y documentación es "Medicina Tradicional Peruana" de Cabieses.

Montero V. (Perú, 1993) expuso el tema: naturismo ¿magia y religión o ciencia transdisciplinaria?

Otros estudios peruanos son los de Edowe "Cultura y Salud, Medicina tradicional y medicina occidental" y de Reátegui "Una aproximación teórica hacia el fenómeno del animismo" (1986).

Trastornos psicósomáticos

Kertész (Argentina, 1989) elaboró una escala de estresores psicosociales mostrando su aplicación en **medicina psicósomática**.

Laura (España, 1992) muestran que la enfermedad del cuerpo es una forma de lenguaje, una consecuencia psicósomática.

Serrano (México, 1992) presentan la relación stress y problemas psicósomáticos en situaciones de alto riesgo.

Plotnik (1995) muestra los aportes del psicoanálisis y de Lacan a la comprensión del fenómeno psicósomático.

Munhóz y Kato (Brasil, 1995) realizaron un estudio de familias psicósomáticas como síntoma de conflictos, basados en la teoría sistémica.

Spagnuolo (Argentina, 1995) presenta los avances de la medicina psicósomática, incluyendo patologías como el SIDA, cáncer, enfermedades infantiles, etc. como producto de problemáticas familiares.

Salud y Tercera Edad

El abordaje psicológico de la **Tercera Edad** ocupa hoy grandemente la atención especialmente en Europa. Dentro de los estudios tenemos a Brande (Argentina, 1993) que se plantea un mejoramiento de la calidad de vida en la vejez, buscando la rehabilitación de los aspectos emocionales, neurológicos, vinculares, etc. Landenseur (Francia) es uno de los estudiosos más destacados en Gerontología, él capacitó a varios psicólogos del Instituto Peruano de Seguridad Social, entre ellos a Miriam Torres, que tiene un interesante estudio sobre proyectos de vida del anciano.

Carmen y Vásquez (Perú, 1992) muestran la percepción del envejecimiento en ancianos de clase media limeña.

Vásquez (Perú, 1993) expone sobre salud mental, autonomía funcional y percepción del envejecimiento en ancianos de Lima.

Los aspectos neuropsicológicos de la Tercera Edad, han sido estudiados (Perú, 1986) por Sarria, Ortiz, Robles, Santiago y Zúñiga.

Moreno (Perú, 1986) expuso sobre Psicogerontología y sus perspectivas en el Perú. Mientras que Aldana mostró la relación Vejez, Cultura y Sociedad.

Pereyra y col. (Argentina, 1992) muestran la relación esperanza, religiosidad y salud mental en la tercera edad.

Rodríguez (Argentina, 1989) define la psicogerontología, estudiando a los ancianos frente a la internación geriátrica.

Velasco y Castro (Perú, 1986) estudiaron la memoria reciente en sujetos de la Tercera Edad.

Ya en 1966, Shternberg presenta las interrelaciones entre la Psicología y la Psicopatología en la edad tardía, afirmando la existencia de una preponderancia etaria más o menos acentuada de una serie de síndromes psicopatológicos y de particularidades de la estructura psicopatológica que correlacionan con la edad.

Muchinik y Seidman (Argentina, 1995) evalúan las redes sociales en la mediana edad y en la vejez.

Flores y ot. (México, 1995) el autoconcepto en ancianos jubilados en Mérida-México.

Crespo (P.Rico, 1995) los mitos acerca del envejecimiento, estudio de un grupo de universitarios y su opinión acerca de las personas de edad avanzada en Puerto Rico.

Colón y Crespo (P.Rico, 1995) estudiaron las funciones neuropsicológicas residuales en personas de edad avanzada como cognición, organización viso-espacial y memoria.

Gómez Dupertuis y col. (Argentina, 1995) estudiaron las conductas bizarras y relación con la edad.

Trastornos Cardíacos

León, Ojeda y Briceño (Venezuela, 1993) elaboraron un Programa Preventivo-Educativo en **Hipertensión Arterial** señalando que 10-15% de personas sufren de este mal, llegando a 20% en Venezuela, enfatizando sobre la adopción de comportamientos saludables.

Rodríguez y Hurtado (España, 1992) explican la psicología aplicada al trasplante de corazón.

De Gisbert (Venezuela, 1993) estudió los mitos y realidades en la representación del cuerpo con fines de desarrollo de programas de Educación para la Salud, sobre todo para hipertensos.

Maldonado y Crespo (Puerto Rico, 1989) exhiben a la meditación como estrategia complementaria en el tratamiento de hipertensión.

Soares (Brasil, 1989) expone una terapéutica del stress en pacientes hipertensos.

Anselmi (Venezuela, 1989) desarrolla un sistema computarizado de entrenamiento en el diagnóstico de grupos de defectos congénitos del corazón.

Vivas y col. (Venezuela, 1992) evalúan los factores psicosociales de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares.

Fernández y col. (Argentina, 1989) sistematiza los aspectos psicológicos del paciente con infarto agudo de miocardio.

Venezia y col. (España, 1992) estudiaron en Colombia la relación entre patrón de conducta y riesgo coronario.

Milón (Perú, 1986) estudió los rasgos de personalidad en pacientes con trastornos psicosomáticos del aparato cardiovascular.

Puska (EEUU, 1984) presenta el Proyecto North Karelia con base en la comunidad para de prevención de problemas cardiovasculares.

El U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health publicó en 1982 su estudio "Hypertension: Biobehavioral and Epidemiological Aspects".

Del Pino y ot. (España, 1995) muestran las dimensiones del constructo patrón de conducta tipo A en **enfermos coronarios** frente a sanos y otros enfermos de corazón no coronarios.

Gaos y Del Pino (España, 1995) presenta un programa de tratamiento psicológico de la enfermedad coronaria.

Moscoco (EEUU, 1995) expone su trabajo: "expression and control of anger on coronary heart disease: the issue of measurement".

Ehrenzweig (México, 1995) realiza una aproximación interdisciplinaria al manejo del paciente hipertenso.

Otros trastornos de salud

Bornas (Perú, 1986) estudió la personalidad de pacientes hospitalizados en Cirugía en Arequipa.

Daset y col. (Uruguay, 1989) muestran el aporte de la psicología comunitaria en la autogestión del **hemofílico**.

Hurtado y Rodríguez (España, 1992) muestran la intervención psicológica en el paciente **tetánico**.

Santacreu y col. (España, 1989) estudiaron la epidemiología y prevención de la **miopía** en la población escolar; desde una intervención conductual.

Guio (España, 1992) evalúa las características físico-ambientales del aula y su relación con el estado visual de escolares.

Barbieri (Brasil, 1993) investiga a pacientes que han sufrido **quemaduras** y plantea una historia natural, para casos accidentales, causados por otros, asociados a dolencias y autoflingidas; evaluando percepción actual y de futuro.

Briolo (Perú, 1993) muestra los niveles de autoestima de niños quemados.

Rubio y col. (España, 1993) diseñaron un programa de intervención psicológica para la atenuación de **problemas alérgicos**.

Baigorria (Perú, 1975) estudia la **úlcera péptica** como enfermedad psicósomática a través de la Prueba del Rorschach.

Saraconi y Yazigi (Brasil, 1989) estudiaron el efecto del litio sobre pacientes con **psicosis maniaco-depresiva**.

Bravo y col. (México, 1992) explican la evaluación de potencialidades intelectuales en casos de problemas genéticos.

Montero (Perú, 1986) publicó un estudio sobre influencia de los factores genéticos en el comportamiento humano.

Fiorim y Rodríguez (Brasil, 1992) explican la prevención primaria y secundaria de deficiencia mental.

Salgado (Argentina, 1995) diseño multinivel de abordaje sistémico: perspectiva inter y transdisciplinaria en la atención del multiimpedido.

Blatt, Pérez y Troiano (Argentina, 1995) ilustra el aporte de la Psicología en programas de lucha contra el cólera y tuberculosis.

Carreira (1995) indica la relación de compuestrés con síntomas psicofisiológicos, encontrando en la Escala de medición de stress asociado a uso continuo de computadora correlación positiva en casos de ansiedad y diversas molestias corporales.

Encinas y col. (México, 1995) muestra las características psicosociales del uso y manejo de desechos domésticos sólidos (basura) en Hermosillo.

Drolet (Canadá, 1995) titula a su estudio "a reflection on meaning through the study of personal needs and strategies".

Dudley (Islas Vírgenes, 1995) presenta: "women and children in residential substance abuse treatment: a Virgin Island Model".

Psicología de la sexualidad

En el **IX Congreso Mundial de Sexología (Venezuela, 1989)** al cual asistimos se presentaron importantes estudios, totalizando 70 temas con diversas ponencias sobre ellos (219). De estos destacaremos los que enunciamos a continuación:

219 Montero Víctor: "La investigación sobre sexualidad en el mundo". En Revista Psicología Actual # . Lima- Perú 1991.

Bianco, Montiel y Lizer (Venezuela): estudios sobre patrón sexual, relaciones entre sexualidad, psiquiatría y psicología, fisiopatología en diferenciación de género, vaginismo, creencias erróneas sobre el primer coito, identidad de género, disfunción erectil, eyaculación dolorosa, fenómeno erectil, tumescencia peneana nocturna, anticoncepción y su relación con la frecuencia sexual, transexualismo, etc.

Blanco (Venezuela): satiriasis, homosexualidad.

Barradas (Venezuela): parafilia, ejercicios perineales y danza, vaginismo, orgasmo.

Cabral (Venezuela): estigmas sexuales, hormonas y neuronas, abuso sexual de niños, sexo e inteligencia.

Carrera y Damas (Venezuela): sexualidad médica, medicina del futuro, satisfacción sexual y stress, homeostasis y SIDA, la edad de Oro del Sexo, significado machista en salud mental y educación.

Hernández (Venezuela): sexo y poder; mitos, experiencia y expectativas sexuales en mujeres de 50-55 años, estigmas, sexualidad y salud mental.

Buus (Dinamarca): tortura sexual de prisioneros políticos, sexualidad y enfermedad crónica, terapia marital.

Agger (Dinamarca): mujeres refugiadas y sexualidad, parejas en exilio.

Kutchinsky (Dinamarca): pornografía y violación.

Cristobal, Diamanta y López (España): expectativas de parejas sobre sexualidad, erotismo en menopausia, educación sexual y stress, histerectomía y ovaioctomía, historia de la sexualidad y embarazo, impacto de la cirugía en la vida sexual, mujer menopáusica e historia.

San Isidro (España): prevención en salud sexual, vasectomía y planificación familiar.

Seres (España): patología de glándulas y repercusiones sexuales, impotencia secundaria, eyaculación prematura.

Harorian (EEUU): abuso sexual en niños, afrodisiacos, sexualidad pediátrica.

Kane (EEUU): estrategias de atención en conflictos de género, cambio de género.

Marini (EEUU): acceso del condón en colegios, sexualidad en universitarios, tecnología del video y computadora en procesos de prevención del SIDA.

Mooney (EEUU): "transheritance" (microorganismos que pueden generar problemáticas sexuales diversas, transmitidos por relación coital variada), normofilia y parafilia, procesos de diferenciación de género.

Pauly (EEUU): desórdenes de identidad sexual, transexualismo masculino y femenino, aprendizaje del orgasmo.

Shotz (EEUU): ética y terapia sexual, minusvalía y sexualidad, terapia sexual y asistentes sexuales.

Lief (EEUU): educación sexual y SIDA.

Young (Grupo Master y Johnson, EEUU): cambios en el funcionamiento sexual en ancianos.

Mc Ilvenna (EEUU): uso de ayudas sexuales.

Gemme (Canadá): prostitución callejera, bibliosex.

Herold (Canadá): metodología en investigación de la conducta sexual.

Sachdev (Canadá): conocimiento, actitudes y prácticas sexuales en jóvenes.

Asscheman (Netherlands): tratamiento hormonal en el transexualismo

Vogt (Alemania): anorgasmia en hombres.

Merkle (Alemania): procedimientos quirúrgico-terapéuticos de la desviación erectil.

Jalkoczy (Alemania): eyaculación prematura.

Belz (Alemania del Este): efectos sobre la sexualidad después de la castración, sexología forense.

Fernández (Cuba): factores de riesgo en la impotencia erectil, disfunción sexual.

Krause (Cuba): aspectos socioculturales de la sexualidad.

Di Cesile (Italia): SIDA, respuestas psicosexuales a la infertilidad, incapacidad y sexualidad, vaginosis bacterial.

Pinel (Brasil): pedofilia, metodología de investigación sexual, SIDA e hispánicos, perspectivas de la educación sexual en Brasil, relaciones de pareja, disfunción sexual y homosexualidad. Mostró que Brasil es diferente de la imagen turística que tiene.

Cavalcanti (Brasil): contracepción, aspectos terapéuticos en sexualidad.

Tordjan (Francia): inyecciones intravenosas en desórdenes erectiles y eyaculatorias, papaverina, pentolamine, prostaflandine y mezclas.

Digmiero (Francia): caracterización del SIDA.

Trojan (Checoslovaquia): parafilia y performance exitosa, tratamiento no voluntario de parafilia, modelos de tratamiento.

Gindin (Argentina): métodos computarizados en disfunciones sexuales.

Aller Atucha (Argentina): técnicas activas en talleres y cursos de sexualidad.

Miyahara (Japón): sexo y matrimonio en la cultura japonesa.

Kothari (India): nueva clasificación del orgasmo.

Urbina (México): política social, publicidad de preservatismo masculino, hormonas y neuronas.

Schlosser (México): terapia y dramatización de dinámicas de pareja, hormonas y neuronas.

Gonzales (México): representación social de la sexualidad en las universidades, abuso sexual en niños e información en medios audiovisuales.

Lundberg (Suecia): drogas y disfunción sexual.

Pérez (Perú): Terapia de la conducta sexual, diferencias en la conducta sexual de jóvenes de Lima, Cajamarca e Iquitos.

Sánchez (Perú): interacción de parejas con problemas sexuales.

Vallejos (Perú): mitos u estereotipos sexuales en la comunicación genital.

Montero Víctor (Perú): la pareja en Lima-Perú, estudios en Pueblos Jóvenes, Tugurios y zonas no tugurizadas.

Cáceres (Perú): sexo, poder e ideología.

Pasamos a resumir otros **estudios actuales sobre el tema:**

Montero y Vallejos (Perú, 1993) realizaron una amplia investigación de **actitudes psicosexuales** de jóvenes limeños, sobre temas como aborto, convivencia, violación, divorcio, fidelidad, etc.

Paredes (Perú, 1993) muestra apuntes para una teoría interconductual del amor en la pareja y la familia.

Avendaño (Perú, 1993) muestra factores de unión marital y evaluación de conductas emocionales no adaptativas para la vida familiar en pobladores de zonas norte y sur de Lima.

Deza (Perú, 1993) expuso sobre los grupos de autoayuda terapéutica para mujeres hispanoparlantes víctimas de la violencia familiar en EEUU. Y hace un análisis psicológico de la violencia hacia la mujer en el ámbito familiar.

Vega Centeno (Perú, 1995) publicó "el amor y la sexualidad en los tiempos del SIDA".

Liliana La Rosa (Perú, 1994) ha abordado el tema de salud en la adolescencia, así como las variaciones de la sexualidad según los tiempos (abuelos, madres, hijos).

Gotuzzo (Perú, 1995) ha investigado las actitudes y prácticas sexuales en estudiantes de colegios mixtos.

En Perú, INPPARES y APROPO realizan una significativa educación y difusión de paternidad responsable y control de la natalidad, que incluye amplias campañas por los medios de comunicación masivos. Ha destacado la labor permanente de investigación de DEHFASEX e INTERCONSEX, es así que Miguel Exebio, Luz Sánchez, José Vallejos, Luis Pérez y Víctor Montero nos exponen sus avances en diversos eventos y publicaciones. Igualmente destaca la labor de VIA LIBRE y GERMINAL con una acción preventiva contra el SIDA. Manuela Ramos e IES han producido materiales educativos muy valiosos. KALLPA, EDAPROSPRO y GENERACION han producido materiales de educación en salud, muy útiles y de calidad.

Cubas y Díaz Loving (México, 1992) estudiaron sexualidad, género y premisas socio-culturales, evaluando la relación arraigo cultural y vida sexual.

Muller y Spagnolo (Argentina, 1993) encuentran alta incidencia de eyaculación precoz, buscan acercarse a la fantasía específica expresada, sus factores y terapéutica.

Casamadrid y Axeirod (México, 1989) muestran los síntomas y actitudes de la mujer en la fase del climaterio.

Salvia (Argentina, 1989) estudia la sexualidad de estudiantes, desde la prevención en salud.

Andrade, Camacho y Díaz (México, 1992) estudiaron los patrones de conducta sexual en estudiantes universitarios. Mientras, Díaz y Villagran mostraron sus conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso de condón.

Torres Pecho (Perú, 1992) estudió los efectos psicológicos de la pérdida de la virginidad, encontrando diferencias significativas entre universitaria vírgenes y no vírgenes.

Otárola y col. (Venezuela, 1992) precisan los factores psicosociales y creencias asociadas al uso de métodos anticonceptivos.

Thomas (Argentina, 1992) muestra un programa de tratamiento de las personas sin pareja. Igualmente, propone un tratamiento frente a la disfunción del deseo.

Gras y Planes (España, 1992) presentan un modelo de comportamiento sexual de prevención en adictos a drogas.

Juarez (España, 1992) presenta un programa de educación sexual en jóvenes con síndrome de Down.

Curcoll (España, 1992) exhibe la terapia sexual en disfunción eréctil del lesionado medular.

Hale y Ball (Australia, 1995) muestran el funcionamiento mental y el ciclo menstrual en mujeres con síntomas premenstruales graves y moderados.

Marín Barbara (EEUU, 1995) muestra los factores socioculturales en la conducta sexual de los latinos y sus implicaciones para la prevención del SIDA.

García Caridad (Cuba, 1995) creencias, actitudes y representación social del aborto y la contracepción en hombre de zona rural y urbana.

Arvelo (Venezuela, 1995) ilustra sobre el nivel de información, opiniones y actitudes sobre pautas de crianza y desarrollo psicosexual infantil.

Gonzales y Franco (Cuba, 1995) presenta su trabajo "¿estamos preparados para convivir con una persona con SIDA?"

Gonzales Corbo (Cuba, 1995) criterios de adolescentes sobre la información que reciben del tema educación sexual. Igualmente realizó un estudio con mil padres y madres determinando cuándo estos conversan y educan a sus hijos en temas sexuales.

Gonzales Corbo y Franco (Cuba y México, 1995) estudiaron cómo se presenta la homosexualidad en medios de difusión y su repercusión en los gays.

Gonzales, Pick y ot. (México, 1995) encontraron las respuestas de enfrentamiento ante estresores de la sexualidad en adolescentes mexicanos.

García (Rhode Island, EEUU, 1995) estudia a adolescentes embarazadas: perspectivas sociales, clínicas y étnicas.

García (Cuba, 1995) muestra las actitudes hacia el aborto y la contracepción

Eagly, Mlandinic, Glick y Fenoy (1995) estudian los estereotipos de género y sexismo en América del Norte y del Sur; estudio realizado en EEUU, Canadá, Chile y Argentina.

Cumsille y Ramírez (1995) realiza una evaluación de un programa comunitario de apoyo a la maternidad adolescente, que permitió avances en el desarrollo de la autoestima, bienestar psicosocial, mejora del apoyo comunitario y de habilidades parentales.

Gonzales (Cuba, 1995) indica criterios de adolescentes sobre información recibida sobre educación sexual.

Azize (P.Rico, 1995) estudia el aborto en Puerto Rico, legalidad y clandestinidad.

Martínez (Colombia, 1995) plantea un proyecto nacional de educación sexual, reforma educativa en la escuela.

Pratt y Phillips (EEUU, 1995) estudian la salud adolescente.

Pick y Givaudan (México, 1995) implementaron el programa de educación sexual: "planeando tu vida" para niños de 5 a 12 años".

Calderón (Bolivia, 1995) presenta un modelo cognoscitivo- conductual de evaluación y tratamiento de la anorgasmia femenina.

Pratt y Phillips (EEUU, 1995) titulan a su estudio: "survey of primary care physicians: an adolescent health care needs assessment".

Parga y col. (P.Rico, 1995) indican la utilidad de modelos de grupos de apoyo con familias para manejo de experiencias de maltrato físico, emocional y/o abuso sexual en menores.

Aizenman (U. Rutgers, 1995) muestra el diagnóstico y tratamiento en niños que han sufrido abuso sexual.

Azize (P.Rico, 1995) estudió el aborto en Puerto Rico.

Becerra (Perú, 1995) estudió los factores psicosociales influyentes en la decisión de terminar el embarazo en adolescentes de clase baja.

Bravo (México, 1995) estudió los conceptos de sexo y sexualidad en adolescentes de Toluca.

Bonilla (México, 1995) realizó un estudio transcultural de la satisfacción marital.

Carballo (EEUU, 1995) muestra el riesgo sexual en homosexuales portorriqueños y el uso del condón.

Caballo y col. (EEUU, 1995) comparan el comportamiento sexual de varones latinoamericanos homosexuales en New York y Buenos Aires.

Castillo y Yanko (México, 1995) investigaron las actitudes hacia el embarazo, SIDA y enfermedades sexualmente transmisibles en el noviazgo y amistad.

Castillo (Perú, 1995) estudió el desajuste psicosocial en gestantes adolescentes en la Maternidad de Lima.

Chirinos (Perú, 1995) sistematizó sobre la salud reproductiva en Lima, Puno e Iquitos, encontrando por ej. que 2/3 tienen uniones tempranas.

Colin y Hernández (Nuevo León, 1995) estudiaron los factores psicológicos que intervienen en el embarazo de adolescentes solteras.

Díaz Loving (México, 1995) tiene un estudio muy valioso: "love in the mexican culture: an ethnopsychological view of couple relationships".

Ortiz Blanca (1995) muestra la interacción entre género, cultura y contexto social estudiando las estrategias efectivas de prevención del SIDA en mujeres.

Gómez Zapian y col. (España, 1995) estudian la historia familiar, estilos de apego y grado de satisfacción sexual y de pareja.

Entre los últimos estudios sobre sexualidad, ligados a psicología de la salud y psicología comunitaria presentados al **I Congreso Internacional de**

Sexología (Lima-Perú 1996) tenemos:

Sara-Lafosse (Perú): origen histórico del machismo: consecuencias y perspectivas de cambio.

Terrazos (Perú): historia de la sexualidad precolombina en el Perú.

Sganzerla (Brasil): orientación sexual en jóvenes de favelas; y violencia sexual en favelas.

Baca (Perú): violencia sexual contra la mujer y las niñas.

Hernández y Bastidas (Perú): violencia sexual marital.

Hernández (Perú): violencia cotidiana y sexualidad en el mundo rural.

Sánchez y Reyes (Perú): problemas psicosexuales asociados a indicadores de desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de Lima.

Calb (Canadá): consejería en salud sexual y reproductiva.

Hernández (Venezuela): tratamiento para ofensores sexuales.

Ragúz (Perú): género y riesgo sexual y reproductivo.

Alvarez Lajonchere (Cuba): la educación sexual en Cuba y América Latina.
Arellano (Perú): mitos y verdades sobre los productos naturales en sexualidad.
Pérez (Perú): la encuesta de comportamiento sexual: un nuevo instrumento de amplio espectro.
Sánchez (Perú): seguimiento de casos de comportamiento lésbico en comunidades cerradas.
Romero (Perú): consideraciones clínicas acerca del stress y la respuesta psicosexual.
Herrera (Perú): sexo y prostitución en adolescentes de Tumbes.
Vallejos y Montero (Perú): aspectos psicosexuales de las prostitutas del centro de Lima.
Nizama (Perú): modelos de capacitación en salud sexual y reproductiva.
Aguilar (Perú): salud sexual y reproductiva en los medios de comunicación social.
Sebastiani (Perú): programa de salud sexual para jóvenes.
Planas (Perú): antropología y sexualidad del envejecimiento.
Dolores (Perú): aspectos psicológicos de la sexualidad en adultos mayores.
Gazzolo (Perú): sexualidad en adultos mayores de Lima y Cuzco.
Idefonso y Fajardo (Perú): conocimientos y actitudes en el área sexual de adolescentes escolares en Lima Cono Norte.
Yañez (Perú): actitudes sexuales.
Exebio (Perú): actitudes y actividad sexual en adolescentes del cono sur de Lima.
Gutierrez (Perú): actitudes y comportamiento sexual en adolescentes de las islas del Lago Titicaca.
Murgia (Perú): actitudes sexuales en estudiantes de educación superior de Ayacucho.
Manco (Perú): actitudes sexuales en alumnos migrantes andinos y limeños de colegios secundarios de adultos.
Manco (Perú): actitudes sexuales en docentes de colegios estatales de Lima y provincias.
Hurtado y Hurtado (Perú): conocimientos sexuales en estudiantes de educación superior de Ayacucho.
Figuerola y Díaz (Perú): correlación de actitudes sexuales en estudiantes de universidades nacionales y particulares.
Torres y Torres (Perú): ¿cómo ser hombre y mujer? roles, estereotipos y mitos.
Soto (Perú): factores asociados a la conducta sexual de riesgo en adolescentes de Lambayeque-Perú.
Gómez (Perú): comportamiento sexual y fantasías sexuales en estudiantes universitarios de Lima.
León y Puga (Perú): fantasías sexuales en estudiantes universitarios.
Tong (Perú): enseñanza de la autoestima en la escuela de padres.
Vacca (Perú): reacondicionamiento orgásmico en mujeres adictas a los adictos.
Farto (Cuba): juegos didácticos y cuentos para educación sexual de preadolescentes.
Elliot (Inglaterra): programa del Kidscape para el abuso sexual.
Pérez (Perú): nuevas estrategias cognitivo-conductuales en el tratamiento de las disfunciones sexuales masculinas y la homosexualidad egodistónica.
Calderón (Bolivia): modelo cognitivo-conductual de diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.
Calderón (Bolivia): evaluación cognitivo-conductual de las alteraciones en la sexualidad de la pareja.
Alvarez Gayou (México): las expectativas de la masculinidad para el tercer milenio del género.
Yañez (Perú): retos y esperanzas para la sexología con miras al III milenio.
Hernández (Venezuela) y Sánchez y Pérez (Perú): prevención y tratamiento en abuso sexual.
Sánchez (Perú): abuso sexual infantil: lo que dicen los abusadores.
Calb (Canadá): Programa comunitario de educación sexual saludable para la comunidad latinoamericana de Toronto.

Sganzerla (Brasil): emergentes psicológicos complicadores en un proceso de orientación sexual.

Alfaro y Osso (Perú): avances del perfil estructural sistémico de familia en Lima detectados en el Hospital Valdezán.

Maternidad, desarrollo psicológico y nutrición

El aporte de los psicólogos al estudio sobre maternidad, desarrollo psicológico y nutrición es muy significativo.

Temas como la gestación y el aborto, son temas muy estudiados. Destacaremos el estudio de Mata (Venezuela, 1993) que analiza los efectos del nivel escolaridad sobre la representación social: maternidad, contracepción, aborto.

Arce de Esnaola (1993) en Honduras encuentra que el 70% de las entrevistadas tuvo experiencia de aborto, 65% sufrió abuso sexual, sólo 5% usaba anticonceptivos, todas mostraron síntomas depresivos, temores y sentimientos de duelo no resuelto.

Sandner y col. (Venezuela, 1989) estudian los aspectos socio-afectivos de la mujer en situación de parto.

Martín, Asén y Ramos (Cuba, 1986) estudian los aspectos psicosociales relacionados con la interrupción del embarazo.

Riveros (Brasil, 1993) expone las ansiedades básicas del parto, proponiendo una integración psicoprofiláctica.

Villamil (México, 1989) expone sobre la utilización de la hipnosis en la psicoprofilaxis del embarazo y el parto.

Real (Portugal, 1992) explica la psicología de la maternidad y la relación terapéutica.

Amorosio y Lazo (Perú, 1991) estudian la crisis situacional en el área de maternidad y psicoterapia de emergencia.

Galperin (Argentina, 1989) muestra la interacción madre-bebé desde la perspectiva de la psicología de la salud.

Puente (Perú, 1991) propone pautas de interacción del niño de 3 años y sus padres mediante la observación del juego.

D'Elboux y Quayle (Brasil, 1993) estudiaron las vivencias asociadas a problemas en el proceso gestacional, así como las fantasías asociadas y su relación con el tratamiento.

Axeirod y Casamadrid (México, 1989) presentan un enfoque psicodinámico de la depresión puerperal, encontrando que a mayor depresión pre-partum se da una mayor depresión puerperal.

Ferreira y Quayle (Brasil, 1993) estudiaron las vivencias oníricas asociadas a una gestación de riesgo.

Rubí (España, 1986) publica una revisión y perspectivas del trabajo de intervención psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo.

Montiel y col. (México, 1992) plantean la caracterización de niños de alto riesgo al nacer.

Otero (México, 1992) efectúa un análisis de frecuencias del EEG en infantes con desventajas psicosociales, comparando niños de alto y bajo riesgo de daño al sistema nervioso central.

Mora y Rodríguez (Venezuela, 1993) estudian los **embarazos precoces** y sus repercusiones sociales, encontrando represión sexual en la mujer y la maternidad como salida, que acentúan la marginalidad.

Rubarth (Argentina, 1989) estudia el embarazo en la adolescencia, mostrando que puede ser un momento de regresión o de crecimiento personal. Ello en base a un Hogar para adolescentes embarazadas.

Regaradiz (Venezuela, 1993) estudia el tema en mención, encontrando fuerte desinformación sobre la sexualidad, así como factores sociopsicológicos que favorecen el embarazo precoz.

Quayle (Brasil, 1993) discute la interrupción selectiva de la gestación, cuestionando prejuicios e implicaciones éticas. Igual estudió los aspectos psicosomáticos del **aborto**.

Cañizales (México, 1995) aplica una Escala de ansiedad en mujeres con riesgo perinatal y los factores de riesgo, indicando correlaciones y diferencias.

Franco (Venezuela, 1995) estudia el concepto de sí mismo e interacción madre-hijo en el síndrome de Down.

Gonzales Norma (México, 1995) estudia el significado de la niñez en diferentes etapas de la vida, encontrando diferencias en el uso de categorías en 4 grupos (rangos entre 11- 22 años), pero algunas categorías se presentan independientes de sexo y edad como: juego, diversión, travesuras.

Duhalde y Duarte (Argentina, 1995) investiga las vicisitudes del mundo representacional de las madres durante el primer año de vida de sus bebés

Salgado (Costa Rica, 1995) estudió la depresión y embarazo en adolescentes.

Aguilar (Guatemala, 1995) presentó sus estudios sobre Pediatría Conductual.

Alvarez y col. (Cuba, 1995) indican aspectos psicosociales, epidemiológicos y demográficos del aborto y la anticoncepción.

Manrique Beatriz (1995) estudia la interacción prenatal, neonatal y al año con seguimiento a los 6 años, mostrando el efecto del modelo educativo multifactorial: estimulación adecuada, salud y nutrición.

Martínez (Chile, 1995) estudió las percepciones maternas y correlatos de la calidad de la interacción madre-hijo.

Walter Alarcón (Perú, 1995) escribe "Ser niño: una nueva mirada de la infancia en el Perú".

INEI-UNICEF (Perú, 1995) publicaron: "Estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú, 1993-1994".

Respecto a Escolaridad materna, cuidados al niño y riesgos para la supervivencia infantil tenemos:

Levine (EEUU, 1995): maternal schooling and child development in Latin America.

Dexter y Velasco (EEUU, 1995): health-related language and literacy abilities of mothers in rural Mexico.

Levine (EEUU, 1995): who takes care of baby? alternative care-giving arrangements in Mexico, Zambia and Nepal.

Acedo y Otárola (Venezuela, 1995): comprensión lectora de la madre y escolaridad de los niños.

Recagno (Venezuela, 1995): escolaridad materna, estilos de vida y protección del niño.

En Brasil, son muy significativos los avances relacionados a la promoción de la **lactancia materna**. A su vez, Spagnolo (Argentina, 1993) estudia el significado de la lactación, su importancia en el vínculo materno filial, y la prevención del cáncer de mama.

Fuillerat (Cuba, 1993) propone un modelo de tratamiento psicológico del **niño desnutrido** severo, destacando el papel de la lactancia materna y el afronte de aspectos psicosociales. Este autor igualmente, propone las bases de una Psicodietética; con aplicaciones con adolescentes obesos y su integración social.

En Perú, Pollit ha destacado por sus estudios sobre desnutrición e inteligencia, y sobre política nutricional y desarrollo psicológico. Víctor Montero estudió la relación entre desarrollo psicológico y desnutrición en niños de diversos Pueblos Jóvenes; colaborando con él Marujo y Collantes.

Bustamante, Arciniegas, Delgado y Rojas (Perú, 1975) estudiaron el desarrollo psicomotor en niños de bajo peso al nacer. Estas psicólogas desplegaron significativa labor en la evaluación y tratamiento de niños en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Rojas, Arciniegas, Bustamante y Zaccone (Perú, 1975) hicieron un estudio de correlación entre dos pruebas de desarrollo del lenguaje: el Brunet-Lezine y el Mechan.

Riera (Perú, 1975) expone sobre psicomotricidad y neuropsicología.

Lajo (Perú, 1991) estudia los efectos de la desnutrición de grado III en el desarrollo intelectual de niños de zonas urbano- marginales de Lima.

Tedeschi, Aiello y García (Brasil, 1992) estudiaron la representación social de la crianza. Vera y Domínguez (España, 1992) muestra las técnicas de interacción madre-hijo en casos de desnutrición leve.

Vera (México, 1993) realizó un análisis de las interacciones diádicas en grupos con diferencia de peso para la edad, para explicar la desnutrición. Señala que las técnicas de enseñanza de la madre constituyen durante el destete y ablactación un elemento asociado a los problemas de alimentación en la infancia.

Del Refugio y col. (México, 1992) indican los patrones de preferencia selección de alimentos en niños de 9-10 años.

Lichting y Maki (Brasil, 1992) explican los efectos nocivos de la exposición a ruidos en niños de bajo peso.

Tedeschi (Brasil, 1992) estudia la anorexia en bebés, y las relaciones entre comportamiento de alimentar al bebé y su comportamiento; relacionando disturbios al alimentar y la ocurrencia de ansiedad.

Muller, Spagnolo y col (Argentina, 1993) realizan una aproximación a la fantasía específica de la **obesidad** resaltando la relación materno-filial durante la etapa oral, planteando la necesidad de comprender el mensaje inconsciente de esta patología.

Abía, Robles y Fernández (México, 1989) plantearon un modelo de control integral de la obesidad, comprendiendo: un enfoque médico integral, técnicas hipnóticas y trabajo con metáforas.

Vásquez y col. (México, 1993) estudiaron la obesidad desde un enfoque sistémico, encontrando en los obesos mayores problemas en su vinculación materna y evitación de conflictos familiares.

Capafons y col. (España, 1992) muestran los efectos diferenciales sobre la ansiedad, motivación, neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad, de la terapia de autoregulación para la reducción de sobrepeso.

De Baessa (Guatemala, 1995) investiga los efectos de la desnutrición en áreas cognoscitivas en niños guatemaltecos urbano-marginales.

Deis y col. (Argentina, 1995) lustran sobre la construcción de una red de asistencia y protección de la lactancia materna

Rossi y col. (1995) estudiaron la relación entre personalidad y lactancia materna.

Saforcada y col. (1995) presentan un programa de capacitación de madres agentes primarias de salud comunitaria en nutrición.

Holtz (México, 1995) muestra recomendaciones a los padres sobre cómo prevenir e identificar desórdenes de alimentación.

Harold (EEUU, 1993) estudió la relación entre **depresión y bulimia**.

Celada (Perú, 1994) viene investigando actualmente sobre **anorexia y bulimia** en el Hospital Niño Jesús de Madrid, donde se encuentran un destacado grupo de científicos especialistas en el tema.

Martínez y col. (España) evaluaron las influencias sobre el modelo estético corporal en **anorexia nerviosa**.

Spagnolo (Argentina, 1993) señala a la **voracidad** como un rasgo de carácter de nuestra época que busca negar vacío existencial.

Celada (Perú, España 1995) viene realizando importantes investigaciones sobre **anorexia y bulimia** en el Hospital "Niño Jesús" de Madrid, logrando avances en su tratamiento.

Bunge (1995) presenta un tratamiento multimodal comprensivo para pacientes con bulimia y anorexia nerviosa.

Buendía (U.Murcia, 1995) muestra la relación entre anorexia nerviosa y la imagen del cuerpo.

Aspectos psicológicos de la salud femenina:

Bowen (EEUU, 1995) investiga sobre la salud de la mujer.

Cañizales y Pick (México, 1995) muestra la correlación y diferencias en las suescalas de EMAERP en mujeres con riesgo perinatal.

Santos (Brasil, 1995) investiga la relación entre maternidad e identidad femenina.

Hale y Ball (Australia, 1995) exponen su estudio: "mental functioning and the menstrual cycle in women reporting severe and mild premenstrual symptoms".

Rossi y Morales (Argentina, 1995) investiga la personalidad de la mujer y lactancia materna.

Deis (Argentina, 1995) muestra la construcción de una red de asistencia y proyección de la lactancia materna.

Bowen (EEUU, 1995) titula a su investigación: "research into the health of women: where are we and where shall we go?"

Psicología, Cirugía, Riesgo de muerte

Cuadrado, Pérez y Godino (España, 1989) plantean una **Psicología del enfermo terminal**, señalando que hay que ayudar al individuo a integrar su propia muerte en su vida, de la mejor manera posible.

Martorelli (Argentina, 1992) muestra el impacto familiar de la muerte en el hospital.

Robles y Abía (México, 1989) muestran cómo es posible la **cirugía mayor** con anestesia hipnótica.

Moix Queraltó (España, 1992) señala predictores psicológicos de la **recuperación postquirúrgica**. A su vez Moix y col. muestran el efecto benéfico de la entrevista para propiciar recuperación.

Atserias, Pérez y Serra (España, 1992) presentan sus avances en **Psicoprofilaxis quirúrgica**.

Martínez y col. (España, 1992) estudiaron el manejo de la ansiedad en intervención quirúrgica.

Senderowicz (Argentina, 1989) estudió los beneficios psicológicos de la **reconstrucción mamaria**; y la cirugía reparadora de los estigmas faciales del **síndrome de Down**.

Alonso, Ibañez y Vizoso (España, 1992) analizan las variables psicológicas en patología mamaria benigna.

Tubert (España, 1992) presenta la intervención psicológica en **esterilidad femenina**.

De Amassis (Brasil, 1992) muestra los aspectos psicológicos en casos de trasplante de **médula ósea**.

Soler (España, 1992) indica la motivación del **lesionado medular** y su rehabilitación.

Martorelli (Argentina, 1992) plantea un Programa de Prevención Primaria en Salud Mental en familiares **donantes de riñón**. También estudió sobre estados afectivos asociados a la aceptación o rechazo del implante, como aporte a la Psicoimmunología.

Psicología Oncológica

La **Psicología Oncológica**, tiene actualmente mucho auge. Posiblemente el psicólogo más destacado sea Ramón Bayés, que presentó sus planteamientos a la II Jornada Internacional de Psicología de la Salud, la Educación y el Cambio Social (Cuzco, 1989).

Otros estudios sobre el papel de la psicología en las enfermedades crónico-degenerativas, especialmente cáncer son:

Tocilovac (Perú, 1975) investiga acerca de las actividades ante la muerte, en nivel de religiosidad e ideas suicidas en pacientes que padecían de cáncer.

Sosa y col. (España, 1993) estudió el insomnio y la personalidad en pacientes oncológicos.

Pérez-Stable y col. (EEUU, 1992) efectuaron una comparación entre el conocimiento y actitudes acerca del cáncer entre latinoamericanos y norteamericanos.

Sabogal y col. (EEUU, 1993) expone sobre el conocimiento, actitudes y riesgos de cáncer en hispanos en los EEUU, la práctica preventiva e intervención comunitaria.

Caballeira (España, 1993) aplicó un programa de intervención en oncológicos utilizando los criterios de Goffried, D'Zurilla, Spivack, Lazarus y Pelechano; logrando capacitar en el afronte de problemas cotidianos para mejora de calidad de vida.

Nascimento (Brasil, 1993) estudia las representaciones sociales y estrategias de enfrentamiento a pacientes oncológicos, relacionándolos con el stress y la calidad de vida.

López-Roig y col. (España, 1992) estudiaron los temas de información, afrontamiento y calidad de vida en cáncer.

Barreto y col. (España, 1992) plantean cómo se puede facilitar el tratamiento en oncológicos adolescentes y adultos jóvenes.

Stern y col. (EEUU, 1992) realizan un análisis comparativo de adolescentes con cáncer y controles de salud.

Cuevas y Orduña (México, 1992) muestran algunos efectos del dolor provocado por cáncer; encontrando profunda depresión, ansiedad, abandono de trabajo, suspensión de toda actividad sexual y disminución del promedio de horas de sueño.

Stein (Argentina, 1993) muestra su experiencia clínica en terapia radiante, mostrando el impacto psicológico del cáncer.

Romero (México, 1989) estudió al paciente con cáncer fuera de tratamiento oncológico curativo.

Spagnuolo (Argentina, 1989) realizó un estudio psicoanalítico del cáncer de mama, en base a la teoría del inconsciente de Chiozza.

Arraras y Erro (España, 1992) muestran los factores psicológicos predisponentes o coadyuvantes del cáncer de mama.

Neder (Brasil, 1992) plantea interrogantes claves en la comunicación del diagnóstico en oncología.

Rubio y col. (España) estudiaron la relación entre hábitos de salud y trastornos inmunológicos, y su aplicación en programas de prevención primaria y secundaria.

Martínez (España, 1995) aplica un diseño de intervención psicosocial y evaluación de programas de mujeres con cáncer de mamas.

Castro y Lawrence (Venezuela, 1995) estudiaron la calidad de vida en pacientes oncológicos en Maracaibo y el impacto de la enfermedad.

Grau e Infante (Cuba, 1995) muestran la experiencia cubana en hospitales y en la comunidad sobre los cuidados paliativos al paciente oncológico.

Martínez y Erro (España, 1995) presentaron un diseño de intervención psicosocial y evaluación en mujeres con cáncer de mama.

Fuenmayor (Venezuela, 1995) estudian aspectos psicológicos del niño con cáncer, intervención grupal.

Castro y ot. (Venezuela, 1995) investigan la calidad de vida en pacientes oncológicos.

Zavala (Mexico, 1995) muestran el manejo integral del paciente terminal oncológico.

Abascal y col. (Cuba, 1995) exponen una política y proyecciones de la educación para la salud en programas de control de cáncer en Cuba.

Bustelo (1995) muestra la eficacia terapéutica en pacientes con cáncer y SIDA. Indica los por qué y para qué de una intervención, las herramientas terapéuticas, trabajo en equipo y trabajo motivacional.

Psicología de la Salud y el SIDA

Bayés (España, 1986) publica su trabajo "¿podemos aportar los psicólogos conductuales a la solución del problema del SIDA?"

San Miguel (Perú, 1988) realizó un interesante seguimiento y estudio psicosocial sobre SIDA en grupos de alto riesgo.

Costa (Brasil, 1992) señala un modelo de actuación del psicólogo frente al SIDA.

Almaguer (México, 1993) ha elaborado un Escala Conductual para predecir el riesgo individual de infectarse con el virus del SIDA, comprendiendo el riesgo de contagio sexual, sanguíneo, y desconocimiento; investigando poblaciones variadas.

Piña, Arvayo y Márquez (México, 1993) elaboraron un Programa Conductual Educativo para la prevención del SIDA.

Choquehuanca (Perú, 1991) expone la intervención terapéutica en pacientes portadores de SIDA.

Canales (Venezuela, 1993) estudió el papel del miedo y la negación psicológica del SIDA y el uso de condones; observó que la negación del contagio surge como mecanismo de defensa.

Días, Péssoa, Daspett, Farias (Brasil, 1993) han sistematizado las experiencias terapéuticas con enfermos de SIDA.

Figueiredo y Souza utilizaron el modelo afectivo-cognitivo de Fishbein y Ajzen en el estudio de las actitudes frente al SIDA.

Rosales y col.(México, 1989) elaboraron una guía de investigación y aplicación para el psicólogo en el estudio del SIDA.

Insua y Romo (España, 1992) muestran un programa de acción- investigación para la prevención del SIDA entre adictos a drogas.

Gonzales (Chile, 1993) propone esquema psicoterapéutico, así como un Diagnóstico Neuropsicológico diferencial, para el paciente con SIDA. Igualmente la utilización de la relajación y autoayuda para la ansiedad y mejora de calidad de vida.

López (Argentina,1993) investigó los aspectos psicosociales asociados al SIDA, incluyendo factores de riesgo.

Soler y col. (España, 1992) analizaron los comportamientos de riesgo practicados por sujetos con SIDA. Igualmente, los problemas psicológicos de estos pacientes.

Planes (España, 1992) indica los comportamientos sexuales de prevención frente al SIDA en adictos a drogas.

Moscoso (EEUU, 1993) muestra la relación entre stress y SIDA, utilizando métodos terapéuticos como el aerobico, terapia grupal cognitiva, biofeedback, etc.

Penin (España, 1993) muestra la génesis de la representación social del SIDA en España, resaltando el papel de los medios de comunicación y la comunicación interpersonal.

Blanco, Penin y Sánchez (España, 1992) comparan las representaciones sociales del SIDA en expertos y legos.

Aponte y De León (Puerto Rico, 1989) proponen un modelo de intervención integral y humanista ante el SIDA.

Carballo y Guillarte (EEUU,1989) muestran el cambio de rol del psicólogo ante el SIDA, sobre todo de defensa de derechos. Pugliese (Argentina, 1989) define también este rol, sobre todo en los aspectos preventivos. Igualmente, desarrolló este tema Gojman (Argentina, 1989).

Corvalán (Argentina, 1989) sitúa la práctica psicológica entre la vida y la muerte, relacionando narcisismo y cultura.

Vasconcellos (Brasil, 1989) estudió sobre psiconeuroinmunología, stress y SIDA.

Romero (Venezuela, 1993) reporta los indicadores de evasión en la relación a la prevención del contagio de SIDA.

Granero (Argentina, 1993) utiliza una psicoterapia vivencial con dramatizaciones y entrenamiento de la asertividad.

Ortiz y Santiago (Puerto Rico, 1993) tienen intervenciones psicológicas exitosas con inclusión de grupos de apoyo.

Almaguer (México, 1992) muestra las condiciones de alto riesgo de adquirir SIDA.

Granero (España, 1992) plantea el tipo de atención a enfermos y portadores de SIDA.

Pick de Weiss (México, 1993) ha desarrollado programas de educación sexual y familiar y producido numerosas publicaciones, así como formado a farmaceutas en prevención de SIDA.

Huarte (España, 1992) muestra sus experiencias de atención en enfermos de SIDA que incluyen terapias grupales de apoyo.

Andrade y Villagran (México, 1993) exponen los nuevos hallazgos y perspectivas sobre el SIDA. Lucca (Puerto Rico) presenta las prácticas sexuales y percepción de riesgo. Pick propone programas de intervención y evaluación. Fishbein aplica la teoría de acción razonada en prevención. Díaz-Loving y Marín comunican la predicción del uso de condón.

Gómez y De Llamas (España, 1992) muestran los cambios biográficos significativos en infectados de SIDA.

Díaz Loving (1992) investigó los valores, patrones sexuales y uso de condón relacionados con el SIDA. Asimismo estudia las creencias sobre el origen del SIDA.

Aiello y Borges (Brasil, 1992) estudian a pacientes psiquiátricos con SIDA.

Iurcovich (Argentina, 1993) expone metodologías de capacitación a equipos multidisciplinarios en la atención de SIDA.

Rosasco (Perú, 1991) investiga el conocimiento y actitudes sobre el SIDA de trabajadores asistenciales de salud.

Arcojulián y Aguilar (España, 1992) precisan alternativas de tratamiento a enfermos de SIDA en centros penitenciarios.

Amaro (EEUU, 1992) estudia el conocimiento del SIDA en mujeres de habla española.

Liebhaver (Argentina, 1989) sistematizó los aspectos emocionales del paciente con SIDA, encontrando: depresión, autoculpabilidad, ansiedad, ideas suicidas, miedo a las relaciones sexuales, etc. Por su parte, Krauskopf (Costa Rica, 1993) propone un modelo de estudio de la salud y sexualidad adolescente.

Alcides y Callegaro (Brasil, 1992) muestran que el SIDA constituye un estresor para los homosexuales.

Flores y Díaz Loving (México, 1992) estudiaron las actitudes hacia la vida, muerte y SIDA en universitarios. A su vez, Rivera y Díaz Loving estudiaron su percepción de riesgo ante el SIDA.

Llanos (Argentina, 1993) investigó sobre el conocimiento percibido y el conocimiento real, encontrando que el nivel de conocimiento entre docentes no es suficiente para ser agentes de prevención.

Failde y Gonzales (España, 1992) estudian los conocimientos y actitudes de adolescentes sobre el SIDA.

Camacho y col. (España, 1992) muestran las actitudes de estudiantes ante los enfermos de SIDA.

Ortiz y Cañas (Puerto Rico, 1993) muestran la relación entre abuso sexual y SIDA, identifican mitos y prácticas de riesgo.

Sastre y Usieto (España, 1993) analizan el discurso de los consumidores de drogas sobre el SIDA.

Piña y col. (México, 1993) presentan la evaluación de conductas de riesgo y prevención asociados al SIDA en universitarios.

Lancho y col. (España, 1992) exponen las alteraciones psicológicas en enfermos de SIDA en base a una amplia batería de pruebas, encontrando una relación entre niveles altos de stress y niveles bajos de linfocitos.

López, Mas y Nuñez (España, 1992) estudian el tema SIDA en adolescentes, encontrando que su conocimiento es escaso sobre la transmisión por el consumo de drogas inyectables.

Garzareli (Argentina, 1992) estudió los aspectos psicosociales del SIDA en Argentina.

Bustos (Perú, 1993) muestra hallazgos psicopatológicos e intervención terapéutica en pacientes con SIDA.

-
- Iurcovich (Argentina, 1995) presenta un programa de capacitación interdisciplinaria para el abordaje del SIDA.
- Maldonado (P.Rico, 1995) muestra el impacto psicosocial del SIDA en Puerto Rico.
- Lincoln y Weller (Jamaica, 1995) presentan el SIDA en el Caribe, la experiencia de Jamaica.
- García, Resto y ot. (P.Rico,1995) ilustran sobre prevención del SIDA en mujeres heterosexuales, destrezas de negociación de prácticas de sexo más seguro.
- Gonzales Silma (P. Rico, 1995) estudió el SIDA pediátrico en Puerto Rico.
- Flores (EEUU, 1995) estudia la prevención del SIDA con estudiantes secundarios, diferencias de género y etnia.
- Fernández y ot. (Brasil, EEUU, 1995) presenta su investigación sobre prevención de SIDA en Brasil.
- Echegaray (P.Rico, 1995) expone sobre "el dormir como proceso olvidado en la supervivencia humana en la batalla contra el SIDA".
- García (Venezuela, 1995) presenta las aportaciones y limitaciones de las ONGs latinoamericanas en lucha contra el SIDA
- Martorelli (Argentina, 1995) muestra el enfoque psicosocial de cuidados paliativos en SIDA.
- Parga y col. (P.Rico, 1995) muestran la salud mental y el SIDA en Puerto Rico. También un modelo de prestación de servicios de salud mental para personas con SIDA para cuidado primario y secundario.
- Parga (P. Rico, 1995) muestra el rol de la Psicología en la prevención del SIDA además de la educación.
- Zamora (Perú, 1995) expone una propuesta alternativa a grupos de autoayuda: salud mental de personas con SIDA.
- Aguilera (Venezuela, 1995) estudian la relación psicoterapia y SIDA.
- Vera (Brasil, 1995) investiga la sexualidad adolescente: clase, género; proyecto de prevención de SIDA en Sao Paulo.
- Fabián, Roca y ot. (P.Rico, 1995) investigan a mujeres puertorriqueñas con SIDA en base a historias de vida.
- Bravo (Chile, 1995) muestrea una estrategia de conocimiento y percepción de riesgo en SIDA.
- Newman (EEUU, 1995) estudia: salud, conducta humana y SIDA
- Antunes, Péres y ot. (Brasil, 1995): Prevención del SIDA en Brasil
- Ortiz, Carvallo y Millán (EEUU, 1995): identidad, contexto y SIDA en puertorriqueños en New York.
- Salas (Chile, 1995) estudió la percepción de riesgo y conocimientos sobre SIDA en Chile.
- Szapocznik (EEUU, 1995) estudia el rol de la familia en la prevención del SIDA.
- Toro (P.Rico, 1995) estudió las implicaciones psicosociales en la intervención de prevención del SIDA en homosexuales en Puerto Rico.
- Aguilera (Venezuela, 1995) muestra la Psicoterapia en SIDA.
- Arbaje (1995) indica la repercusión social, psicológica y sexual del SIDA en la mujer caribeña.
- Arroyo (1995) ilustra sobre el proceso de cambio y SIDA.
- Barrios (Venezuela, 1995) ilustra sobre las creencias y prácticas facilitantes de los riesgos de transmisión de SIDA en varones. Igual estudió los costos psicosociales de la masculinidad en venezolanos.
- Billet (El Salvador, 1995) presenta un abordaje psicosomático del SIDA.
- Carillo (El Salvador, 1995) muestra el impacto psicosocial del SIDA en El Salvador y las estrategias de prevención.
- Carvalho y col. (Brasil, 1995) presenta un programa de prevención de SIDA y planeamiento de vida en adolescentes. Carvalho también investigó diversas estrategias

de prevención de SIDA; así como la relación Psicología de la Salud, promoción de la salud, SIDA y sexualidad.

Castellanos y ot. (S.Domingo, R. Dominicana, 1995) estudiaron la conducta sexual de personas con SIDA, encontrando alto índice de personas con múltiples parejas, que el 66% no conoce quién los infectó, sólo la mitad comunicó a su pareja que tiene SIDA, 90% presenta temor al rechazo.

Cunningham (P.Rico, 1995) muestra las actitudes y prácticas de riesgos a la infección de SIDA en universitarios.

Desvarieux (EEUU, U.Columbia, 1995): factors associated with HIV-Seropositivity in urban and rural Haiti and implications for counseling and prevention strategies.

Díaz (EEUU, 1995) muestra hallazgos clínicos y neuropsicométricos en infantes nacidos a madres con SIDA, estudio realizado en Boston, Chicago, New York.

Gómez María (P. Rico, 1995) estudia las vulnerabilidades familiares de pacientes puertorriqueños con SIDA.

Moscoso (EEUU-Perú 1995) muestra consideraciones psicosociales del SIDA en América Latina y el rol del psicólogo de salud.

Soto (Perú, 1996): conocimiento de actitudes hacia el SIDA en estudiantes de colegios nacionales de Chiclayo.

Aparicio (Perú, 1996): aspectos psicosexuales en la sexualidad.

Acevedo (Perú, 1996): programa de prevención en ETS/SIDA dentro de los servicios de planificación familiar.

ANEXOS**EVALUACION GENERAL****Historia clínica:****Historia psico-social****Exámenes Auxiliares****A. DATOS GENERALES:**

Nombre:

Edad: Sexo:

Edad del padre: Edad de la madre al
 nacer el niño:

Nº total de embarazos:

Nº de partos:

Nº de hijos:

Lugar que ocupa el paciente:

B. HISTORIA DEL EMBARAZO:

Duración:

Complicaciones: Mes:

a) Amenaza de aborto Mes:

b) Enfermedades infecciosas Mes:

c) Enfermedades metabólicas y endocrinas:

1. Diabetes:
2. Pre-eclampsia o ecempsia:
3. Hipotiroidismo:
4. Hipertiroidismo:

d) Intervenciones quirúrgicas bajo anestesia:

e) Irradiaciones Mes:

f) Drogas Mes:

g) Otros

C. HISTORIA DEL NACIMIENTO:

Parto eutócico:

Parto distócico:

Tiempo de trabajo de parto:

Drogas que se usaron en dicho tiempo:

Tipo de presentación:

¿Se usó anestesia previa al período expulsivo?:

Tiempo de período expulsivo:

Normal:

Precipitado:

Prolongado:

Maniobras que se usaron:

Extracción manual

Versión externa:

Versión interna:

Uso de vacuo-extractor:

Forceps: alto
 bajo

Parto inducido: Causas

Cesárea: Causas

Complicaciones del recién nacido:

Tipo de corazón:

Circular simple doble triple

Llanto

Cianosis

Palidez

Legaricia

Asfixia

Convulsiones u otros síndromes neurológicos

Temperatura:

Tratamiento de estas complicaciones:

D. CARACTERES DEL RECIEN NACIDO:

Peso: Longitud:

Perímetro cefálico: Perímetro torácico:

Anomalía congénita

E. DESARROLLO PSICOMOTOR

Postura y tono del recién nacido:

Succión:

Deglución:

Caracteres del llanto:

Control del cabeza:

Cambios decúbito:

Posición de sentarse:

Rotaciones sucesivas:

Gateo:

Posición del pie:

Marcha:

Carreras:

Caídas frecuentes:

Ascenso de escaleras:

Prensión:

Juegos de manos: ¿coge objetos?

Edad en que comenzó a coger objetos y modo

¿Qué mano usa más?

Visión:

Ve o no ve el niño(a),

¿Desde cuando se dio cuenta que no ve?,

Observó alguna anomalía

Audición: ¿Reacciona a los ruidos?

Lenguaje:

Edad de balbuceo:

Primeras palabras: Frases:

Oraciones:

¿Se expresa bien?:

Comprensión:

Lactancia:

Materna: hasta

Artificial:

Mixta desde

Ablactancia:

Destete: edad:

gradual

brusco

Dentición:

Funciones biológicas

- a) Apetito
- b) Sueño
- c) Somnolencia marcada
- d) Orina
- Control del esfínter vesical edad:
- e) Deposiciones:
- Control del esfínter anal: edad:
- Encopresia:
- Constipación

F. ADQUISICION DE HABITOS:

1. Alimentación:

¿Come sólo? con la mano edad:
con cuchara edad:

Alimentos: Sólidos semisólidos líquidos

2. Vestido:

Se desviste edad:
Se viste edad:
Abotonarse Atarse el calzado:

3. Higiene:

Se lava sólo edad:
Se peina edad:
Solicita sus necesidades edad:
Cuida de su ropa y aspecto personal:

G. ANTECEDENTES:

1. Patológicos:
2. Familiares:

H. OBSERVACIONES:

EXAMEN CLINICO:

1. Extrospección:

Actitud
Grado de nutrición

2. Posición de decúbito:

Prono: gira la cabeza:
Forma de apoyo: en antebrazo
 en manos
 ninguna

Supino: Simetría

Asimetría

Flexión

Extensión

3. Patrón de postura: normal

primitiva
patológica

4. Tono muscular básicos (examen en reposo)

- a) rígido, grado
- b) espástico, grado
- c) flácido, grado
- d) fluctuante grado

El tono básico varía con la estimulación, ¿cómo qué?

Revisar las maniobras

5. Examen de la movilidad:

¿Levanta la cabeza en prono?

¿Levanta la cabeza en supino?

Se sostiene en antebrazos y manos en prono

Patalea

Se da vueltas

Se sienta

Se arrodilla

Se arrastra o reptar

Gatea

Se pone de pie

Camina

Sube escaleras ¿cómo?

Baja escaleras ¿cómo?

Corre

Prehensión: aproximación
 cúbito palmar palmar simple
 palmar pulgar
 radio digital
 prehensión en pinza

Movimientos involuntarios:

Tónicos
 Clónicos
 Tónico-clónicos
 Movimientos atetoides
 Movimientos coreicos
 Sincinesias

6. Actividad tónica refleja:

- a. Reflejos arcaicos:
 - Reflejo de succión: N=
 - Reflejo tónico-cervical N=
- simétrico
- asimétrico
 - derecho
 - izquierdo
 - Reflejo de Moro N=
 - Ref. de enderezamiento estático N=
 - Ref. de marcha N=
 - Ref. de prehensión tónica N=
 - Ref. de Gallant o incurvación
- del tronco
 - N=
 - Ref. de Babynsky y sucedáneos N
- b. Reflejos osteotendinosos:
- c. Reflejos cutáneos:
- d. Reflejos cutáneos-mucosos:

7. Reacciones automáticas básicas:

- a. Control de cabeza en prono N=
 - en supino N=
 - sentado N=
- b. Extensión protectora de los brazos:
 - Adelante N=
 - A los lados N=
 - Atrás N=
- c. Reacciones de balance y equilibrio:
 - En prono
 - En supino
 - En sentado
 - A gatas
 - Arrodillado
 - De pie
 - En marcha

8. Funciones sensitivo-sensoriales:

a. Visión: reflejo fotomotor
 reflejo ciliar
 reflejo corneo
 reflejo de acomodación
 movilidad espontánea
 fijeza ocular

Movilidad anormal:

- estrabismo: Der : Izq :
 bilateral
 convergente
 divergente

- nistagmus
 - otros (Doll's eyes)

Amaurosis

b. Audición: Normal
 Hipoacusia Der : Izq :
 Acusia

c. Sensibilidad:
 Reacciona a estímulos dolorosos
 térmicos

J. CONDUCTA QUE SE OBSERVA EN EL NIÑO DURANTE EL EXAMEN:**K. RESUMEN**

Datos significativos:

DIAGNOSTICO:**Problemas de desarrollo:**

- a. Tipo de encefalopatía (Clasificación clínica, topografía somática, grado o severidad)
- b. Etiología
- c. Edad neurológica aproximada

FICHA FONIATRICA

Nombre:

Edad:

Fecha:

Diagnóstico:

I. ORGANOS FONOARTICULATORIOS:

1. Labios - postura habitual
 abrir y cerrar boca
 sonreír
 protuir
 morder los labios
2. Dientes - condición
 oclusión

3. Maxilar inferior - aspecto
 - abrir lentamente
 - cerrar lentamente
 - movimiento rotatorio
 - reflejo de masticación
 - movimientos espásticos involuntarios
4. Lengua -
 - sacar
 - llevarla a las comisuras
 - eleva al alveolar
 - exploración de la cavidad bucal
 - ¿frenillo? ¿apraxia?
5. Velo - aspecto
 - elevación durante la vocalización
 - soplo oral
6. Paladar oseo - aspecto
 - ¿fisura palatina?
 - ¿paladar ojival?
7. Facies

II. FUNCIONES PRE-LINGÜÍSTICAS

Succión	deglución	masticación
babeo	soplo	

III. VALORACION DEL LENGUAJE

1. Expresión oral.
 - Vocalización
 - Balbucesos
 - Jerga
 - Ecolalia
 - Palabras sueltas
 - Palabras frase
 - Frases u oraciones
 - Lenguaje fluido
 - Lenguaje gestual
2. Comprensión
 - Identificación de objetos
 - Elección múltiple
 - Ordenes simples
 - Ordenes complejas
 - Formación de frases
 - Absurdos
 - Comprensión general
3. Expresión escrita
 - Escritura espontánea
 - A la copia
 - Al dictado

EXPLORACION DE LA IMAGEN CORPORAL

Nombre:

Edad:

1. Reconstruye la cara dividida en:
 - a. dos partes
 - b. tres partes
 - c. cuatro partes
 - d. seis partes
2. Señala las distintas partes de su cuerpo: cara, cabeza, nariz, pecho, espalda, etc
3. Señala las distintas partes del cuerpo del observador
4. Realiza distintos movimientos articulatorios
5. Completa la figura humana a la cual le falta:
 - a. La cabeza
 - b. Las piernas
 - c. La boca
 - d. Un ojo
 - e. Una ceja
 - f. Una manos
 - g. Un dedo
 - h. Una oreja
6. Imita posiciones del observador
7. Alterna palmadas de mano con golpes de pie
8. Ritmos de Stambak

VALORACION:**EXPLORACION DE LAS GNOSIAS**

Nombre:

Edad:

GNOSIA MANUAL Y DIGITAL

1. Esterognosia manual:
 - a. prueba de Gertsman
 - b. Barestesia
 - c. Barognosia
 - d. Palestesia
 - e. Estesias
 - f. Algesias
 - g. Grafognosias
2. Esterognosia

GNOSIA AUDITIVA

1. Reconoce instrumentos sonoros
2. Realiza transposiciones audifonatorias

GNOSIA VISUAL

- a. Reconoce colores básicos
- b. Color y forma diferente
- c. Igual forma, color diferente
- d. Igual color, forma semejante
- e. Igual color y forma, variación del detalle
- f. Igual forma y color, orientación diferente
- g. Reconoce y nombra formas básicas

VALORACION:

EXPLORACION DE LA LATERALIDAD

Nombre:

Edad:

1. Escribe
2. Coloca bolitas en una botella
3. Saca punta a un lápiz
4. Se peina
5. Limpia sus zapatos
6. Dibuja un perfil
7. Descorcha una botella
8. Corta con tijeras
9. Da cuerda a u reloj
10. Martilla
11. Da las cartas
12. Rebota una pelota
13. Enhebra una aguja
14. Enrolla o desenrolla un carretel
15. Recoge objetos
16. bebe de un vaso
17. Pone el codo sobre la mano
18. Presiona una mano contra la otra
19. Enciende un fósforo
20. Dominación manual referida a velocidad, dirección, tiempo (15").

VALORACION:

LATERALIDAD OCULAR

Nombre:

Edad:

1. Mira a través de un cono
2. Mira un objeto
3. Mira a través de un orificio

VALORACION:

LATERALIDAD AUDITIVA

1. Escucha una cajita de música
2. Acerca el oído a una fuente sonora
3. Escucha el ruido de un caracol

VALORACION:

LATERALIDAD DEL PIE

1. Patea
2. Salta en un pie
3. Levanta la pierna bien alta

VALORACION:

EXPLORACION DE LA NOCION TEMPORAL

I. INTERROGATORIO REFERIDO A LAS ACTIVIDADES:

(6-8 años)

1. ¿Qué día es hoy?
2. ¿Qué hiciste hoy en la mañana?
3. ¿Qué harás hoy en la noche?
4. ¿Qué día fue ayer?
5. ¿Qué día será mañana?
6. ¿Qué día es después del viernes?

(9-10 años)

7. ¿Qué fecha es hoy?
8. ¿Qué fecha fue anteayer?
9. ¿En qué mes estamos?
10. ¿Una semana es más larga que un mes?
11. ¿Qué mes está antes de agosto?

(11-12 años)

12. ¿Cuántas horas tiene el día?
13. ¿Cuántos días tiene el mes?
14. ¿Cuántos días tiene el año?
15. ¿En qué estación estamos?
16. ¿Qué estación está después?

II. NOCION DE ANTES Y DESPUES

Test de M. Johnson

III. ORDENES VERBALES

- (6 años)
- 2 órdenes
 - 3 órdenes
 - 4 órdenes

IV. NOCIONES SERIADAS

Ordenación de caras por edades

VALORACION:**ESTUDIO PSICOLOGICO****1. Manipulaciones corporales**

Movimientos estereotipados
 Succión del pulgar
 Manías y tics
 Se golpea la cabeza contra la pared o cama
 Movimientos laterales y circulares de la cabeza

Se mece
 Onicofagia
 Hurgarse la nariz

Actividades motoras:

Hiperactividad Lentitud

2. Actitudes emocionales

Agresivo Sumiso

¿Cómo responde a los cambios de rutina?

- a. Aceptación
- b. Llanto
- c. Rabieta o pataleta
- d. ¿Se encoleriza fácilmente?
- e. ¿Cómo responde a las indicaciones de los padres?

Aceptación Agresividad Negativismo

3. Alegría, tristeza

- a. Al estar solo
- b. A la oscuridad
- c. A las personas
- d. A los animales y elementos de la naturaleza
- e. A imágenes fantásticas
- f. Fobias

4. Sueño

Sueño tranquilo Intranquilo
 Temores nocturnos
 Pesadillas
 Duerme solo
 Se pasa a la cama de mamá edad
 Pavor nocturno

Somnolencia
Sonambulismo

5. Relaciones interpersonales

Actitudes:

¿Cómo se relaciona?
¿Con quién se relaciona mejor?
padres, madre, hermanos, empleada, otros
celos, rivalidad

Se aísla prefiere la compañía de adultos
De niños mayores de igual edad menores
Le gusta jugar más con hombres o mujeres
Actitudes frente a los animales

6. Intereses

¿Qué juegos prefiere?

Lecturas, cine, radio, TV, etc

¿Tiene amigos fuera de la escuela?
¿Cómo emplea su tiempo libre?

7. Escolaridad

Edad en que inicia su escolaridad
Aceptación rechazo fobia
Éxitos o fracasos

Relaciones con los compañeros y maestros

8. Hábitos sexuales

Inicio de la pubertad
Curiosidad y preocupación sexual
Masturbación
Homosexualidad
Educación sexual

9. Reacciones antisociales

Agresividad crueldad destructividad
Mentira
Hurto
Vagancia casa escuela
Fuga
Consumo de alcohol, tabaco y otros
Miembro de pandilla

10. Caracteres del grupo familiar

Rasgos sobresalientes de la personalidad del padres

Salario	Alquiler
Pensiones	Alimentación
Otros	Otros

Calificación: Buena
Regular
Mala

Tratamiento:

En caso de admisión, ¿tendrá dificultades para asistir?

¿Quién sería la persona responsable de traer al niño?

En caso de venir a tratamiento, ¿crearía algún problema familiar? ¿por qué?

¿Podrá colaborar económicamente en el pago del tratamiento?

¿En qué condiciones?

¿Fuentes de ayuda o posibilidad de colaboración de alguna institución?

¿Va a necesitar ayuda de Servicio Social?

Apreciación y comentarios:

(Calificación de la familia: nuclear, agrupada, dispersa)

TERAPIA OCUPACIONAL**Preguntas a los padres:**

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Diagnóstico:

VESTIMENTA:

- ¿En qué posición viste a su niño?
¿boca a bajo?
¿en sus faldas?
¿boca arriba?
¿en la cama?
¿sobre su costado?
o Ud. usa diferentes posiciones para cada prenda de vestir
- ¿Hay prendas de vestir con las que Ud. tenga alguna dificultad en particular?
(a) poniéndolas
(b) sacándolas
- ¿Coopera su niño?
Levanta los brazos
Baja la cabeza
Levanta las piernas
Da su pie, etc

ALIMENTACION:

- ¿En qué posición alimenta Ud. a su niño?
(por ejemplo, está el echado, sentado, en sus faldas, en una silla especial).
- ¿Qué clase de alimentos come?

- Líquidos Sólidos Licuados
3. ¿Tiene alguna dificultad en particular cuando alimenta a su niño. Si es así de que índole?
p.e. pasando, deglutiendo, mascando.
¿Qué alimentos puede masticar?
¿Abre la boca para la cuchara?
4. Puede su niño comer sólo: pan, galleta o biscocho
Puede comer sólo, con sus manos, con algún otro alimento:
Desmenuza la comida con sus manos
Puede alimentarse sólo con una cuchara

VITAMINAS Y SU IMPORTANCIA

NOMBRE	PROCEDENCIA	EFFECTOS DE CARENCIA/ PROPIEDADES
A. Axeróftol, retinol, vitamina antixeroftálmica	Hígado, pescado, vegetales, yema huevo, leche, mantequilla, frutas, brócoli,	Hexoritalmia, hemeralopía. Funcionamiento de retina, alteraciones cutáneas y del crecimiento, cicatrización, antioxidante.
B1. Vitamina, aneurina, vitamina antineurítica, vitamina antiberibérica	Levadura de cerveza, jamón, riñones y carne de cerdo, cereales, frutos secos, soya, papa, ajonjolí.	Beriberi, polineuritis, insuficiencia cardíaca, sistema digestivo y nervioso, crecimiento
B2. Riboflavina, lacto-flavina, verdoflavina, vitamina G, vitamina Q, vitamina crecimiento	Hígado, riñones, corazón, levadura de cerveza, huevos, espinaca, zanahorias	Detención del crecimiento, lesiones en la piel, conjuntivitis.
B3. Vitamina PP, sustancia antipelagrosa, ácido nicotínico, nicotamida, niacina, amina nicotínica	Carne, pescado, leche, cereales, levadura de cerveza	Pelagra, demencia. Favorece crecimiento y síntesis de hormonas.
B5. Acido pantotenico	Hígado de ternera, yema de huevos, levadura de cerveza, leche, cereales, kiwicha, champiñones, quinua.	Deficiencias en la actividad de la corteza suprarrenal. Favorece metabolismo u síntesis de proteínas, grasas, etc.
B6. Vitamina antidermatitis, oiridoxina, ademina.	Germen de trigo, levadura de cerveza, cereales, carne, hígado, leche, verduras.	Acrodinia, convulsiones, dermatitis. Producción de energía, rendimiento muscular, absorción de minerales
B9. Acido fólico, vitamina M, vitamina B10, vitamina B11, folacina, ácido pteroilglutámico	Hígado, espinacas, pepinos, espárragos, menestras, frutos secos.	Anemia, lesiones gastrointestinales. Previene males congénitos. Estimula la digestión.
B12. Cianocobalamina, cobalamina.	Carne, pescados, huevos, leche	Anemia
C. Acido Ascórbico	Cítricos, frutas (fresa, mandarina, etc.), verduras	Escorbuto. Protege de infecciones, estimula sistema inmunológico, cicatrizante, antioxidante, absorción de hierro, formación de colágeno.

D. Vitamina antirraquítica, ergosterol, calciferol.	Aciete de bacalao, atún, yema de huevo, mantequilla, leche, yogur.	Raquitismo, retraso en la osificación y en la dentición. Estimula crecimiento, funcionamiento de paratiroides.
E. Vitamina de la fertilidad, tocoferol.	Aceite de oliva, lecitina de soya, germen de trigo, maní, chocolate, espárragos, maíz, manzana, mango.	Esterilidad, aborto, trastornos musculares, cataratas, alcoholismo. Favorece sistema circulatorio, antioxidante,
F. Aceite linoleico y otros ácidos insaturados y grasas esenciales.	Grasas y aceites vegetales, yema de huevo, tocino, mantequilla, leche	Eccemas, caída del cabello
H. Biotina	Hígado, riñón, levadura, leche, melazas, yema de huevo	Dermatitis, alopecia
H ₂ . Acido paraminobenzoico . PABA, B10	Carne, leche, pericarpio de semillas. frutas, levadura	Encanecimiento, desprotección de la piel ante el sol
K. Vitamina antihemorrágica. Fitoquinona.	Tomate, espinaca, coliflor, apio, perejil, brócoli, soya, germen de trigo.	Hemorragias. Favorece asimilación de calcio y vitamina D
P. Citrina	Frutas	Petequia

IMPORTANCIA DE LOS MINERALES

NOMBRE	FUENTE ALIMENTARIA	EFEECTO CARENCIA
CALCIO	Leche y derivados, pejerrey, quinua, kiwicha, menestras, brócoli, soya, cañihua	Deficiencias en formación ósea y proceso de coagulación y excitabilidad nerviosa
FOSFORO	Leche, pescado, pollo, menestras, algas marinas, frutos secos, hígado, legumbres cocidas	Similares a la del calcio, falta en metabolismo.
MAGNESIO	Trigo, avena, cebada, lechuga, espinaca, papa, castaña, arverjas, palta, lentejas, habas, piña, espárragos, piña, plátano.	Ansiedad, anorexia, vértigo, convulsiones.
HIERRO	Morcilla, sangrecita de pollo, frijoles, garbanzos, lenteja, pulmón de res, habas, hígado de res, pescados de carne oscura, arverjas.	Anemia, anorexia, palidez, Irritabilidad
CINC	Ostras, hígado de res, carne de res, yema de huevo, queso, arverjas	miopía, hiporexia, inmadurez
IODO	Pescado, mariscos, algas	Estreñimiento, falla de crecimiento, retardo mental, difícil succión
COBRE	Mariscos, carnes, legumbres, leche de vaca	Anemia, retardo óseo, déficit en prematuro.
MANGANESO	Té, nueces, cereales, legumbres	Deficiencia de Colesterol
FLUOR	Comidas y agua, excepto té y comidas del mar	Caries dental
SELENIO	Hígado, algas marinas, sal yodada, rabanitos, champiñones, riñón	Glucosa alterada.
CROMO	Hígado, riñón	Glucosa alterada.

HIERBAS MEDICINALES QUE SE USAN EN PERU PARA TRASTORNOS DIVERSOS (220)

Para su uso consultar con un médico especialista. Recuerden que igual que los medicamentos las plantas pueden tener efectos secundarios y uno no debe excederse de días de uso porque podrían en algunos casos producir daños.

NERVIOS, DEPRESION, ANSIEDAD:

Valeriana, tilo, hierbasanta, maracuya, romero, manzanilla, toronjil.

AGOTAMIENTO NERVIOSO:

Cedrón, laurel, tilo, valeriana, toronjil, manzanilla

DOLOR DE CABEZA:

Albahaca, hierbabuena, col, papa, olluco, boldo, eucalipto, coca, mastuerzo, ruda.

INSOMNIO NERVIOSO:

Boldo, lechuga, hierbabuena, manzanilla, poleo, valeriana

220 Tomado de las siguientes publicaciones: -Montero V.: Descubriendo la salud en las plantas. EDAPROPSO

-Cabieses F.: Medicina Tradicional -Arellano P.: El Libro verde. INMETRA

TRASTORNOS HEPATICOS:

Alcachofa, berros, acelga.

INDIGESTION:

Huacatay, orégano, toronjil, apio, panizara, albahaca, ajenjo, culén, hinojo, hierbaluisa, manzanilla, menta, anís, lima, linaza, paico, romero, ruda, geranio, mate de coca, algas marinas.

ESTREÑIMIENTO:

Salvado de trigo, boldo, hojas de sen, berro, guindones, papaya, tamarindo, linaza, culen, pasas.

DIARREA:

Membrillo, granado, suero casero, té, hierbasanta, culén, paico, arroz, ajenjo.

LOMBRICES O PARASITOS:

Ajenjo, hierbabuena, cedrón, zapallo, achicoria, boldo, chancapiedra, tilo, hercampuri, manayupa.

RETENCION DE LIQUIDO:

Apio, cebada, cola de caballo, achicoria, caléndula, grama dulce, perejil, papa, piña.

AFECCIONES DE GARGANTA:

Nabos, rabanito, molle, berros, hojas de coca, tumbo, mastuerzo, menta, tara, huamanripa, matico, sangre de grado.

RESFRIOS- BRONQUIOS- GRIPE:

Cebolla, rabanitos, escorzonera, limón, naranja, hinojo, hierbaluisa, mastuerzo, matico, algarrobo, chuchuhuaosoi, huira-huira, eucalipto, tilo, café, nogal, canela.

ASMA:

Mullaca, agarico, madreSelva, anís con leche.

RIÑONES:

Chancapiedra, manayupa, flor blanca, pinco pinco, agua de papa, hinojo, linaza, llantén, matico, romero, cola de caballo, choclo, huamanpinto.

REUMATISMO Y ARTRITIS:

Lima, uña de gato, manzanilla, romero, chancalagua, wira sachá, aceitunas, molle.

CICATRIZACIONES:

Sangre grado, molle, tara, llantén, ruda, sábila, mastuerzo, caléndula.

HERIDAS:

Llantén, manzanilla, mastuerzo, papaya, sábila, piña.

DEPURATIVO DE SANGRE Y ORGANISMO:

Canchalagua, achicoria, mastuerzo, tara, hercampuri, manayupa, flor de arena, uña de gato, sangre de grado.

PRESION ARTERIAL:

Perejil, maracuya, lima, mate de coca.

ULCERAS EN LA PIEL:

Té.

ACNE:

Espinaca, zanahoria, albricoque, melón, níspero

CELULITIS:

Tomate

MANCHAS EN LA PIEL:

Mastuerzo, flor blanca.

GRANITOS EN LA PIEL:

Malva, hierbasanta.

CASPA:

Sábila, algas marinas, tomate, nogal, ortiga, romero.

OTROS PROBLEMAS DE LA PIEL:

Sábila, caléndula, hierbasanta, linaza, llantén, algas marinas.

GARGANTA IRRITADA

Limón, tara, coca con sal y yodo, sangre de grado.

TRASTORNOS DE MESTRUACION:

Ruda, chancalagua, orégano, matico.

DOLOR DE MUELAS:

Clavo de olor, coca.

ENCIAS INFLAMADAS:

Zanahoria, manzana.

ESPANTAR INSECTOS:

Eucalipto.

BORRACHERA:

Café, pan, pacaé.

ANEMIA:

Alfalfa.

DIABETES:

Alfalfa, cuti cuti macho, acaju, limón, cebolla, manzana.

INFLAMACIONES RESPIRATORIAS:

Linaza, llantén, cebada, nogal.

DIGESTIVAS Y URINARIAS:

Cola de caballo.

INFLAMACIONES DE OJOS:

Linaza, llantén, cebada.

QUEMADURAS:

Coca, llantén, malva, sábila.

INFECCIONES LEVES:

Palo santo, uña de gato, sábila.

USOS MEDICINALES QUE SE DA A LA CEBOLLA, LA MANZANA Y EL LIMON

CEBOLLA:

1. calvicie, 2. calambres, 3. bronquitis, 4. tifoidea, 5. asma, 6. apetito, 7. anemia, 8. hígado, 9. adenitis, 10. abscesos, 11. amigdalitis,
12. alcoholismo, 13. edemas, 14. gota, 15. dolor muelas, 16. disnea, 17. fiebre, 18. furunculosis, 19. digestión, 20. difteria, 21. diarrea,
22. flemones, 23. corazón, 24. ciática, 25. gripe, 26. cerebro, 27. celulitis, 28. cáncer, 29. escarlatina, 30. riñón, 31. inflamaciones,
32. impotencia, 33. obesidad, 34. mordeduras, 35. reumatismo, 36. parásitos, 37. hidropesía, 38. meningitis, 39. panadizo, 40. sangre,
41. raquitismo, 42. nervios, 43. quemaduras, 44. hidrolipomiosis, 45. pulmonía, 46. piel, 47. manchas, 48. jaqueca, 49. mareos,
50. uremia, 51. próstata, 52. verruga, 53. insomnio, 54. seborrea, 55. oídos, 56. úlceras, 57. respiratorios.

MANZANA:

1. caspa, 2. cistitis, 3. cefalalgia, 4. faringitis, 5. cálculos renales, 6. bronquitis, 7. arterioesclerosis, 8. estreñimiento, 9. enteritis,
10. eczema, 11. dispepsia, 12. disentería, 13. digestión retardada, 14. diarreas, 15. diabetes, 16. dentadura, 17. debilidad, 18. corazón,
19. colitis, 20. colibacilosis, 21. tífus, 22. riñones, 23. reumatismo, 24. ojos, 25. obesidad, 26. resfriados, 27. psoriasis, 28. presión alta,
29. nervios, 30. mal aliento, 31. insomnio, 32. infarto, 33. indigestión, 34. inapetencia, 35. impotencia, 36. impetigo, 37. colesterol,
38. hígado, 39. heridas, 40. gripe.

LIMON:

1. cistitis, 2. cefalea, 3. carnosidades, 4. carbunco, 5. calvicie, 6. cálculos, 7. cálculos biliares, 8. bronquitis, 9. beri-beri,
10. asma, 11. arterioesclerosis, 12. arrugas, 13. anorexia, 14. angina de pecho, 15. amigdalitis, 16. alcoholismo, 17. gota, 18. gingivitis,
19. escorbuto, 20. escarlatina, 21. erisipela, 22. eritema, 23. epilepsia, 24. edema, 25. dilataciones estómago, 26. debilidad sexual,
27. diabetes, 28. diarrea, 30. contraveneno, 31. obesidad, 32. nerviosismo, 33. leucorrea, 34. insomnio, 35. infección febril, 36. ictericia,
37. hipo, 38. hipertensión arterial, 39. hernia, 40. trastornos hepáticos, 41. hemorragia post parto, 42. hemorragia, 43. halitosis, 44. gripe,
45. tífus, 46. tos, 47. úlceras gástricas, 48. tuberculosis, 49. varices, 50. viruela, 51. taquicardia, 52. tabaquismo, 53. sarampión,
55. reumatismo, 56. roña, 57. purificación de la sangre, 58. pulmonía, 59. parasitosis, 60. orquitis.

FACTORES DE PROTECCION	FACTORES DE RIESGO
Vivo en el seno de una familia bien integrada	En mi familia hay muchos problemas y todos nos llevamos mal
Mi familia me quiere y me apoya en todo lo que hago	No tengo con quien hablar de mis problemas
Mis padres beben ocasionalmente con responsabilidad y no consumen drogas	En mi hogar se consume frecuentemente alcohol y a veces otras drogas
Me gusta mi forma de ser y sé q con esfuerzo consigo lo q me propongo	No estoy acertando en nada
Me enfrento a la vida con optimismo porque sé cómo superar mis problemas	No sé por qué he alcanzado mis metas en la vida
Cuando estoy nervioso o presionado busco alternativas en pasatiempos sanos	En mis ratos libres no encuentro nada interesante que hacer
Ninguno de mis amigos consume alcohol y otras drogas	Yo no consumo drogas ilegales, pero tengo amigos que sí lo hacen y llegan a ofrecermelas
Yo sé que el abuso de alcohol y drogas no solucionan los problemas sino los empeoran	Yo creo que las drogas no hacen daño
En mi familia se habla libremente acerca del sexo, las drogas y de cualquier tipo de problemas que pudieran afectarnos	En mi casa no se habla de temas como el sexo, las drogas y los problemas familiares
Aprecio lo que soy y hago	Nunca estoy conforme con lo que hago o digo
Practico algún deporte con regularidad	No practico ningún deporte
Pienso en mi salud antes de arriesgarme	Soy muy arriesgado y le entro a todo

Tomado de MINSA- CONADIC MEXICO

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

“Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Higias y Ponacca, y por todos los dioses y diosas, a quienes pongo por testigos de la observancia del siguiente juramento, que me obligo a cumplir lo que ofrezco, con todas mis fuerzas y voluntad. Tributaré a mi maestro de medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiendo con ellos mi fortuna y socorriéndoles si lo necesitan; trataré a sus hijos como mis hermanos y si quisieran aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones orales a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determinen la Ley Médica, y a nadie más. Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos, ni incluiré a nadie sugerencias de tal especie de tal especie; me abstendré igualmente de aplicar, a las mujeres pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No efectuaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla. En cualquier casa que entre no llevaré otro objeto que el bien de los enfermos, librándome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitando, sobretudo, la seducción de las mujeres y jóvenes, libres o esclavos. Guardaré secreto acerca de lo que oiga o vea en la sociedad y no sea preciso que se divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber en semejantes casos. Si observo con fidelidad mi juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria.”

ESTE ES EL SECRETO DEL SABOR DEL CIGARRILLO

Una persona que no fume encerrada en una sala de cine llena de humo absorbe su organismo al cabo de una hora las mismas sustancias químicas dañinas a la salud que obtiene una persona que haya fumado dos o tres cigarrillos.

Ácido Cianhídrico. Los compuestos dañinos que se encuentran en el humo de los cigarrillos incluyen ácido cianhídrico en una concentración 160 veces mayor que la que se considera permisible en la industria. El ácido cianhídrico es un veneno.

El monóxido de carbono. el mismo gas mortífero que se encuentra presente en los gases del escape de los automóviles, se combina con la hemoglobina de los glóbulos rojos, reduciendo así la capacidad que tiene la sangre de llevar oxígeno a las células. Como el monóxido tienen una afinidad mucho mayor con la hemoglobina que el oxígeno, expulsa a este de la sangre.

La nicotina es un compuesto aceitoso incoloro, el cual en forma concentrada constituye uno de los venenos más poderosos que se conocen. En el mercado se la encuentra formando parte de un mortífero insecticida y una inyección de una gota (70 miligramos) causará la muerte a un hombre en pocos minutos.

La nicotina constituye probablemente el agente adictivo del tabaco. Cuando la persona fuma, nicotina estimula temporalmente el sistema nervioso y causa el deseo de fumar.

Butano es el gas que se usa en los encendedores de cigarrillos y en las cocinas de campaña. Además de encontrárselo en el humo del cigarrillo, también está presente en el gas natural y en el petróleo sin refinar.

Alquitrán. El alquitrán del tabaco contiene más de doscientos compuestos, muchos de ellos tóxicos.

Entre estos se encuentran por lo menos diez hidrocarburos cancerígenos. Cuando la persona lo inhala, el humo de su cigarrillo reviste a sus pulmones con alquitrán líquido de tabaco. Mientras mayor sea la porción del cigarrillo que se fuma, más alquitrán y nicotina produce. De hecho el último tercio del cigarrillo produce más alquitrán y nicotina que los otros dos tercios.

CUADRO**PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ EN 1993**
(Casos notificados al Ministerio de Salud)

ENFERMEDADES	TOTAL	MENORES DE 1 AÑO	MENORES DE 5 AÑOS
Infecciones Respiratorias agudas	658,897	300,248	358,649
Enfermedades diarreicas agudas	256,154	108,878	147,276
Tuberculosis	870	140	730
Sarampión	844	417	427
Tos convulsiva	496	270	226
Difteria	6	0	6
Tétanos neonatal	35	35	0
Parálisis flácida ag.	20	5	15

FUENTE: MINSa Of. Estadística

CUADRO
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
EN EL PRIMER AÑO DE VIDA 1991

CAUSAS	PORCENTAJES
Enfermedades perinatales	32%
Enfermedades infecciosas intestinales	32%
Infecc. Respiratorias agudas (IRA)	26%
Deficiencia de nutrición	4%
Otras causas en conjunto	32%

FUENTE: Ministerio de Salud.

**CUADRO
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA POR REGIONES 1991/92**

REGIONES	NIÑOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA 6 MESES DE EDAD (%)	NIÑOS CON LACTANCIA MATERNA HASTA 23 MESES EDAD (%)	NIÑOS NACIDOS CON PESO MENOR DE 2500 g. (%)
Lima	4.2	26.7	6.2
A.Cáceres	33.1	45.1	13.4
Arequipa	8.2	21.1	6.9
Chavín	21.4	35.8	6.9
J.Mariátegui	33.4	39.1	5.6
Inka	32.4	36.1	7.3
La Libertad	18.6	29.5	9.0
Loreto	20.4	21.8	9.4
Libertad .Wari	33.2	36.7	8.6
Graú	14.1	21.0	7.3
N.O.Marañón	9.5	41.9	6.6
San Martín	8.3	10.4	7.1
Ucayali	12.3	10.7	11.1
Lima Metropolit.	4.3	29.1	6.0
Resto País	22.4	33.0	8.5

FUENTE: INEI 1991-1992 Dirección de Demografía y Estudios Sociales.

**CUADRO
LIMA METROPOLITANA: PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA
POR DISTRITO (ESTRATO I: 17 AL 39%)**

DISTRITO	# NIÑOS CENSADOS	# NIÑOS CON RETARDO DE TALLA (*)	DESNUTRIDOS CRONICOS %
Pachacamac	353	136	39
Lurigancho	1672	521	31
Lurín	932	283	30
San Bartolo	76	23	30
Ate-Vitarte	4509	1300	29
Pucusana	140	40	29
Cieneguilla	250	70	28
Villa El Salvad.	5198	1440	28
Puente Piedra	2547	702	28
Ancón	583	156	27
San Juan Lurig.	9942	2658	27
San Juan Miraf.	5337	1394	26
El Agustino	472	121	26
Punta Negra	56	14	25
Santa Anita	2026	496	24
Carabaylo	2099	507	24
Punta Hermosa	34	8	24
Villa Ma.Triunfo	5422	1247	23
Independencia	2355	534	23
Comas	6820	1535	23
Chaclacayo	588	130	22
La Victoria	2752	591	21
Chorrillos	4488	860	19
Los Olivos	4061	728	18
Rímac	3147	530	17

(*) Por debajo de menos 2 desvíos standard. FUENTE: I Censo Nacional de Talla en Escolares 1993. Ministerio de Educación.

**TIPOS DE ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS-
LISTADO DE ESTRATEGIAS**

A) FORMACION-ANALISIS- DIAGNOSTIVO-EVALUACION			
1. Formación de líderes	El tema insólito		
2. Análisis y diagnóstico situacional	Caja de riesgo	Noticiero de TV	Sociograma comunitario
3. Análisis general			
Sociodrama	Juego de roles	La pantomima	Las estatuas
Discusión de gabinete	Lectura de cartas	Lotería	¿Qué sabemos?
La carta	Cuento dramatizado	Lluvia de ideas	Afiche
Papelógrafo	Phillips 66	Estudio de casos	Pozo de la realidad
La liga del saber	La búsqueda del tesoro	Jurado 13	Noticiero Popular
En río revuelto	La ley del mar	La pecera	La piñata
El domino	Sombras chinas	Puro cuento	
4. Profundización			
Las parábolas	La escala de valores	Lograr intercomunicación	Celebración eucarística
Mi vida	Cuento dramatizado	El lazarillo	Concordar y discordar
5. Repertorio social	Las papas quemadas		
6. Análisis mensajes preconsumo que promueven comportamientos negativos	Juego de roles	La tijera	El despistaje
7. Cohesión y recursos del grupo.	El juez ordena		
8. Análisis de conductas de riesgo.	Las estatuas		
B) ORGANIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE GRUPOS			
1. Cohesión de grupo e Integración			
El naufragio	Amigo secreto	Ensalada de slogan	Festival en el aula
Los números	La tempestad	Conozcámonos	Ruptura de hielo
Decisión grupal	Rompecabezas	Integración inicial	Selección de una familia
2. Identificación y conocimiento			
Ensalada de frutas	Calles de San Juan	Delicadezas	Pedro llama a Pablo
Buenos días ¿cómo está?	Ventana de Johari	La otra parte	Casa, árbol,

			perro
Nombres acumulados	Baile de presentación	Reloj y entrevistas	Amigo secreto
Presentación por parejas	Tarjetas y refranes		
3. Estimular competencia dirigida	Mar adentro, mar afuera		
4. Comunicación			
La palabrota	Mensaje telefónico	Teléfono malogrado	El rumor
Yo lo miro así	Idioma-expresión	Supermimos	Preguntas sin respuestas
Dilema del prisionero	Intercambio de roles	Diálogo del oído	Ronda de la sinceridad
Cualidades del animador	Estrella de TV	La fábrica	Doble personalidad
¿ Es así ?	Comunicación sin saber de qué se trata	¿ Quién será?	¿ Qué piensa de mí el grupo?
La persona perdida?	¿ Quién soy yo ?	Trabajo, liderazgo y aprendizaje	Las monedas
¿ Quién se parece a mí ?	Argumentando con líder	El líder se calienta	
5. Detectar líderes:	La fábrica		
C) INSTALAR FACTORES DE PROTECCION			
1. Ensayo conductas y autoestima	La silla caliente	La espalda de papel	
2. Estimular pensamiento analítico	El abogado del diablo		
3. Estrenar habilidades sociales	Juego de roles	Las papas quemadas	
4. Incorporar conceptos	Capacidad creativa	El juicio	
5. Creatividad e imaginación	Rompiendo la forma	Cuento animado	El pañuelo
6. Conducta asertiva y expresión de emociones:			
El espejo	Las mascaritas	El tema insólito	Silla caliente
Sociodrama	Yo soy la droga		
7. Autocontrol	Damas chinas	Concurso de michi	
:8. Padres en abordaje y solución de problemas	Escuela de padres		
: D) AMBIENTACION Y ANIMACION			

El diablito conquistador	Superlistos	El rey en su trono	Mi padre volvió de la Feria
Animales obedientes	Gallinas y zorros	Un gato en apuros	El baile de la escoba
Recoger el pañuelo	Seguir instrucciones	Conquiste un lugar	Caja de sorpresas
Ensalada de frutas	Quien traiga primero	Damas y caballeros	Quien trae la bola
A propósito	Se va el micro	Extender y cruza los brazos	Signos zodiacales
Mico o plata	Juego de creatividad	El semáforo	El mensaje
Una historia sin fin	La carta	La casería	Antonio llama a Joaquín
El viudo	El juego de las sillas	La cesta	Futano de tal come pan
El sombrero	Mimio	Conejito a tu madriguera	Entrevista de refraanes
Concurso de canciones	La caja de música	Las frutas	Ha llegado una carta
Gallitos peleadores	Llevar el ritmo	Quién se atrevió a tocarme	El carro de mi jefe
Cazando la liebre	La oveja perdida	Ardilla, sol de cueva	El automóvil
El bum!	!El pueblo manda!	Caos	El correo
Calles y avenidas	Las lanchas	La cucaracha	La música
Las lanchas	El hombre de principios sólidos	El jefe ordena	Olas a derecha izquierda
Descubrir al líder	Director de orquesta	El rey manda, etc. (+)	
E) ABSTRACCION*			
F) ORGANIZACION PLANIFICACION*			
G) APOYO PLANIFICACION	Libreta de autorregistro	Distribución racional de tiempo	Elaboración de slogans

(+) La cantidad de estrategias es innumerable, sobre todo las técnicas de animación, sólo ponemos algunos ejemplos.

Véase bibliografía para detalle.

ESCUELA DE PADRES**PAPA ESCUCHA...MAMA ESCUCHA...**

No me des todo lo que te pida. A veces yo sólo pido para ver hasta cuánto puedo coger.

No me des siempre órdenes. Si en vez de órdenes, a veces me pidieras las cosas, yo las haría más rápido y con más gusto.

No cambies de opinión tan a menudo sobre lo que debo hacer. Decídete y mantén esa decisión. Cumple las promesas, buenas o malas. Si me prometes un permiso, dámelo; pero también si es un castigo.

No me compares con nadie, especialmente con mi hermano o hermana. Si tú me haces lucir mejor que los demás alguien

va a sufrir, y si me haces lucir peor que los demás, entonces seré yo quien sufra.

No me corrijas mis faltas delante de nadie. Enséñame a mejorar cuando estemos solos.

No me grites. Te respeto menos cuando lo haces y me enseñas a gritar a mí también, yo no quiero hacerlo.

Déjame valirme por mí mismo. si tú haces todo por mí yo nunca podré aprender.

No digas mentiras delante de mí, ni me pidas que las diga por ti aunque sea para sacarte de un apuro. Me haces sentir mal y

perder la fe en lo que dices.

Cuando yo haga algo malo no me exijas que te diga el "por qué" lo hice. A veces yo mismo no lo sé.

Cuando estés equivocado en algo, admítelo y crecerá la opinión que yo tengo de ti. Y me enseñarás a admitir mis equivocaciones también.

No me digas que haga una cosa y tú no la haces. Yo aprenderé y haré siempre lo que tú hagas, aunque no lo digas,

pero nunca lo que tú digas y no hagas.

Enséñame a amar y conocer a Dios. No importa si en el colegio me quieren enseñar, porque de nada vale si yo veo que

ustedes ni conocen ni aman a Dios.

Cuando te cuento un problema mío, no me digas: " No tengo tiempo para tus boberías" o "eso no tiene importancia".

Trata de comprenderme y ayudarme.

Y quíereme y dímelo. A mí me gusta oírte decir, aunque tú no creas necesario decírmelo.

TU HIJO

PUNTAJE DE RIESGO REPRODUCTIVO

MARCAR CON UNA X CUANDO LA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA

<p><u>EDAD DE LA MADRE</u> Menos de 19 años a 30 años o más</p>	<input type="checkbox"/>	<p><u>TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL TERMINO DEL ULTIMO EMBARAZO</u> Menos de un año Más de cuatro años</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------

NÚMERO DE EMBARAZOS

ninguna (x) = Bajo	—
Una (x) = Medio	—
Dos (x) o más = Alto	—

LA PRESENCIA ACTUAL DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CLASIFICA A LA PACIENTE COMO ALTOS RIESGO REPRODUCTIVO

(Ver instrucciones en el reverso de este formulario)

1	Anemia	
2	Enfermedad mental	
3	Enfermedad Cardiovascular	
4	Enfermedad Neurológica	
5	Enfermedad Renal	
6	Enfermedad Hepática	
7	Enfermedad Pulmonar,	
8	Cáncer	
9	Diabetes	
1	Cesárea anterior 2 veces.	
1	Enfermedades Congénitas	
1	Otras	
2		

- () Isoinmunización, Antecedentes de rotura Uterina, Cirugía servicio
- () vaginal previa y otras que impliquen riesgo en la reproducción,
- () Lupus eritematoso y otras enfermedades del colágeno.

INSTRUCCIONES

1. Anemia: Cuando la Hemoglobina sea menor de 9 grs.
2. Enfermedad Mental: Psicosis, Oligofrenia.
3. Enfermedad Cardiovascular: Hipertensión Arterial severa o complicada, Insuficiencia cardiaca, Arritmias, Prótesis Valvular con períodos de insuficiencia. Algunas Cardiopatías congénitas.
4. Enfermedad Neurológica: Aquellas incapacitantes como Accidente Cerebro Vascular reciente o recurrente, Mielitis Transversa, Paraplejía Espástica, Miastenia Grave.
5. Enfermedad Renal: Glomerulonefritis, Pielonefritis Crónica, Insuficiencia Renal.
6. Enfermedad Hepática: Insuficiencia Hepática, Cirrosis.
7. Enfermedad Pulmonar: Tuberculosis Activa, y cualquier enfermedad que limita en forma importante la capacidad pulmonar como Asma Bronquial Grave, Bronquitis Crónica, Enfisema, Post-Neumonectomía, Tuberculosis.
8. Cáncer: Cualquier cáncer activo o antecedentes de cáncer.
9. Diabetes: Todos los casos.
10. Cesareada: Anterior dos (2) veces. Se incluyen las Histerotomias.
11. Enfermedades Congénitas: Síndrome de Dawn y otras.
12. Otras: Otras causales del índole exclusivamente médica podrán ser incluidas según criterio del médico responsable
y del jefe del Departamento o Servicio de Gineco-Obstetricia.

BIBLIOGRAFIA

- Adelson, D.y Kalin B.(Ed.). (1970). Community psychology and mental health. Scranton, Pennsylvania: Chandler.
- Ajuriaguerra J. (1980) . Manual de psiquiatría infantil. México: Grijalbo.
- Ajuriaguerra J. (1984). Manual de psicopatología infantil. México: Grijalbo.
- Alarco, F. (1972). Psicoterapia dinámica una contribución al Mariategismo”, Lima: Instituto Cultural.
- Alarcón R. (1988).Psicología, pobreza y subdesarrollo. Lima: CONCYTEC.
- Amery Jenifer, A, (1986). Morir siendo tan niños. Chimbote: IPEP.
- Arreaza Emperatriz (1986). Algunas aproximaciones al estudio de la religión como forma de control social. En Boletín diciembre, Venezuela: AVEPSO.
- Arellano Pedro (1992). El libro verde. Lima: INMETRA.
- Banco Mundial 1993. Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud. Washington D.C.: BM
- Banco Mundial (1991). Salud, doc. de política sectorial.Washington: BM.
- Banchs, María A. (1986). “Las Representaciones Sociales: Sugerencias sobre una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica”. Caracas: Avepso.
- Banchs, María A. (1988) “Las diferentes caras de la Psicología Social.sus objetivos de estudio y sus doctrinas del hombre. Caracas: Avepso.
- Baró M. 1989. Retos y Perspectivas de la Psicología en Latinoamérica. México: U. de Guadalajara.,
- Baró M. (1987). Psicología Social II. El Salvador: Universidad Simeón Cañas. Blanco A. Intervención Psicosocial: Pearson.
- Bennett C.y ot. 1965. Community Psychology. Boston: University Press
- Bennett C.y ot.. (ED) (1966) Community psychology: A report of the Boston Conference on the education of psychologists for community mental. Boston: Boston: University Press.
- Bernstein, D. 1986. “La Psicología Comunitaria” Colección de Lectura, La Habana: Ediciones Cubana.
- Bernstein, D. 1986. “Creencias acerca de los desórdenes conductuales” Colección de Lectura, La Habana: Ediciones Cubanas.
- Bernstein, D. 1986. “La Psicología Comunitaria”. La Habana: Ed. Cubanas.
- Blacker F. 1983. Social Psychology and developing countries. EEUU: John Wiley & Sons.
- Buena, Fernandez y Carrasco (1997). Psicología Preventiva, avances en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.
- Cabieses F. (1992). Apuntes de Medicina Tradicional. Lima: CONCYTEC.
- Caravedo, Rotondo, Mariátegui (1963). Estudios de Psiquiatría Social en el Perú, Lima: El Sol,
- CASAMEN 1995 Revista. Organo del Centro de Apoyo Médico en Salud Mental Santa María. Nro. 4 Lima, Octubre.
- Castello C. J. (1980). Proceso de conceptualización de la Atención Primaria de Salud. Lima:Escuela Salud Pública.
- Castillo Ríos C. (1985). Los niños en el Perú. Lima: SA
- Cook, P.E. (Ed). (1970)Community Psychology and community health. San Francisco: Holden-day.
- Costa M. y López E.(1986). Salud Comunitaria. Madrid: Martínez Roca.

-
- Cronick Karen (1985). La desesperanza aprendida, el locus de control y la alienación: conceptos contiguos. En Boletín AVEPSO, Venezuela, abril 1985.
 - Cronick. (1988). El modelo psicológico para intervenciones comunitarias. Caracas: AVEPSO.
 - Cruz F, y Aguilar J. (2002). Introducción a la Ps. Comunitaria. Madrid: Edit. CCS.
 - Delgado C. (1987). Salud y Organización Popular. Experiencias de trabajo psicosocial comunitario, Caracas: AVEPSO
 - Delgado C., Ruiz E. y Rivas R. (1987). Salud y organización popular. Experiencias de trabajo psicosocial comunitario. Venezuela: AVEPSO,
 - De Carlier Ana (1981). Así nos curamos en el Canipaco. Huancayo: Manual de Medicina del Pueblo.
 - Díaz Guerrero R. (1967). Estudios de psicología del mexicano. México: Trillas.
 - Díaz Guerrero R. (1972). Hacia una teoría histórico-bio-psico-sociocultural del comportamiento humano. México: Trillas.
 - Díaz Guerrero R. (1981). La psicología social en Latinoamérica, vol. 2. Trillas: México.
 - Dohrenwed, B. S. (1978). Social stress and community psychology. American Journal of Community Psychology, 66, 1-14. EEUU.
 - Espeleta (2005). Factores de riesgo en psicopatología. Barcelona: Masson.
 - Escovar L. (1979) . Análisis comparado de dos modelos de cambio social en la comunidad. U. Florida: AVEPSO, dic. 1979.
 - Escovar L. (1980). Hacia un modelo psicológico-social del desarrollo. U. Florida: AVEPSO, abril 1980.
 - Escovar, L. A. (1977). el psicólogo social y el desarrollo. Psicología,4, 367-378. EEUU: U. Florida:.
 - Fals Borda, O. (1972). "Casusa Popular, Ciencia Popular: Una metodología del conocimiento científico a través de la acción, Bogotá: Publicaciones de La Rosa.
 - Fals Borda (1978) El problema de cómo investigar la realidad para transformarla. En. Crítica y Política en Ciencias Sociales (El debate sobre teoría y Práctica). Simposio Mundial de Cartagena. Bogotá: Punta de Lanza, Vol. I, 209-272.
 - Feldman F. (1985). Prevención y solución de problemas psicológicos aplicando la Psicología social. México: Limusa.
 - Fernández Héctor (1994). Pautas de intervención comunitaria para la prevención de los trastornos mentales. En Psicología Social Comunitaria. México: U. Guadalajara.
 - Fernández (1994). Manual de psicología preventiva. Madrid: Siglo XXI de España.
 - Ferrando, Delicia (1994). Demanda y Oferta de Servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de adictos en el Perú. En Revista CASAMEN octubre.
 - Finley y Marín (1979). Avances en psic. contemporánea. México: Trillas.
 - Freire, Paul (1970). "Pedagogía del Oprimido". Madrid: Alianza Editorial.
 - Frisancho A. (1993). Salud comunitaria en el Ande Peruano Lima: PSCTA.
 - Goldmann L. (1972). Epistemología de la Sociedad. En piaget y otros (Eds), Epistemología de las ciencias humanas, (PP. 66-86). Buenos Aires: Proteo.
 - Goldstein A. (1973). Structured Learning Therapy: Toward a Psychotherapy of the Poor, N. York: Academic Press. Grau J., Chacón, Reyes (2012). Prevención y control del estrés laboral. La Habana: ECIMED.
 - Grau J., García, Vargas (2013). Perder, sufrir y seguir. Guadalajara: UNIDAPSA.
 - Graubard P. (1982). Paternidad positiva. México: Diana.
 - Ideas (1983) "Salud Mental": Experiencia en Sectores Populares. Varios Autores. Lima: Ideas.
 - Jimenez Bernardo (1994). Investigación ante acción participante: una dimensión desconocida. U. Guadalajara. En Psicología Social Comunitaria. Ponencia al XXIII Congreso SIP, Costa Rica.

-
- Jones y Gerard (1980). Fundam. de Psic. Social. México: Limusa.
 - León, Bustamante y ot. (1986). Psicología y Realidad peruana, el aporte objetivo. Lima: Mosca Azul.
 - Lina S. Leila (1983). "La Investigación-Acción: una vieja Dicotomía, Lima-Perú: CELATS
 - Mann, P. (1978). Community Psychology (Concepts and applications). Londres: Collier MacMillan.
 - Marx, C. (1960). Trabajo Alineado. Manuscritos económicos y filosóficos de 1844. Buenos Aires: Austral.
 - Mariátegui J.C.. Peruanicemos el Perú. Amauta, Lima-Perú: Amauta.
 - Mariátegui J.C.. Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana. Lima-Perú: Amauta.
 - Mc Guigan F., Woods y ot. 1974. Estudios contemporáneos en psicología. México: Trillas.
 - Mann P. (1978). Community Psychology. Nueva York: The Free Press,
 - Martín Gonzales A. y ot. (1989). Psicología Comunitaria. Madrid: Ed. Visor.
 - Manrique Edwin y Aguado Haydée (1993). Psicología, Salud Mental y Realidad Nacional. Lima: Hosp. Valdiván.
 - Marchena, C. Manrique (1987). "Avances y perspectivas de la Psicología Comunitaria: Psicología Comunitaria: Psicología de la pobreza en Villa María del Triunfo" en Psiques, Colegio de Psicólogos del Perú, Año 1, Vol. 1, Mayo 1987 N° 1
 - Marín G. (1980). "Hacia una Psicología Social Comunitaria" Revista Latinoamericana de Psicología. 1980, Vol 12 N° 5.
 - Marín G. y ot. (1978). Psicología social en Latinoamérica. México: Trillas.
 - Marín G. (1985). La experiencia Latinoamericana en la aplicación de la psicología social al cambio comunitario. Cuad. de Ps. vol 7 n° 1-2, 1985
 - Matos M. J. (1984). Desborde Popular y crisis del estado. El nuevo rostro del Perú en la década del 80. IEP No. 21 Lima nov. 84
 - Mayer, Bolton, Escobar (1980). Parentesco y matrimonio en los andes. Lima: PUCP
 - Ministerio de Educación (2003). Guía y Manual de Promoción de Estilos de vida saludables para Educación Primaria. Asesora: Karina Medina. Lima: MINED.
 - Ministerio de Educación (2003). Guía y Manual de Promoción de Estilos de vida saludables para Educación Secundaria. Asesora: Estrelia Nizama. Lima: MINED.
 - Ministerio de Educación (2003). Guía y Manual de Promoción de Estilos de vida saludables para Educación Primaria. Lima: MINED.
 - Ministerio de la Presidencia (1994). Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas 1994-2000. Lima: Min. Presidencia..
 - Ministerio de Salud (1981). "Atención Primaria de Salud en el Perú. Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, Lima: MINSA.
 - Ministerio de Salud, UNICEF (1983). Anales del III Congreso Iberoamericano de Atención Primaria de Salud. Lima: MINSA.
 - Montero, M. (1980). La Psicología social y el desarrollo de comunidades en América Latina. Revista Latinoamericana de Psicología, 12, 159-170.
 - Montero, M. (1980) Bosquejo para una teoría explicativa de la conducta de alineación. Caracas:Boletín de AVEPSO, 3, (3) 6-11
 - Montero, M. (1982). Fundamentos teóricos de la psicología social comunitaria. Caracas:Boletín AVEPSO, 5 (1), 15-22.
 - Montero Maritza y otros (1970). Construcción y crítica de la Psicología Social, Barcelona 1994. Coedic. U.C. Venezuela: Ed. Anthropos
 - Montero Maritza y otros (1994). Psicología Social Comunitaria. México: U. de Guadalajara.

-
- Montero M. (1986). Aportes metodológicos de la Psicología Social a la investigación en el campo de la salud. Venezuela Boletín de AVEPSO, abril 1986.
 - Montero M. (1994). Vidas paralelas: psicología comunitaria en Latinoamérica y en EEUU. En "Psicología Social Comunitaria". México: Universidad de Guadalajara, nov. 1994.
 - Montero, Maritza (1984). "Psicología Comunitaria: Orígenes, Principios, Fundamentos teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología, 1984, vol. 16 N° 3.
 - Montero, Maritza (1984). Ideología, Alineación e Identidad Nacional Caracas: Universidad Central: Venezuela.
 - Montero Víctor (1982). Desnutrición y Desarrollo psicológico en niños de Villa El Salvador. Tesis Lima: UNMSM.
 - Montero Víctor (1994). Psicología e Identidad Nacional. Lima: Tetis Graf
 - Montero Víctor (1992). Descubriendo la salud en las plantas. Lima: EDAPROSPRO.
 - Montero Víctor (1992). Naturismo, magia y religión o ciencia transdisciplinaria. VI Congreso Peruano de Psicología. Lima: Colegio de Psicólogos del Perú
 - Montero, V. (1989). Supervivencia, Paz y Desarrollo Psicosocial en el Perú Lima: Revista "Retablo"
 - Montero, V. (1986) Educación Popular y Organización en PPJJ de Lima. Rev. "Salud Mental". Lima: Ideas
 - Montero, V.. (1989) Niños en altos riesgo psicológico, Ponencia XXIV Cong. Interamericano de Psicog. Bs. As. Argentina.
 - Montero, V. (1989). La pareja en Lima-Perú, estudio en PPJJ y tugurios de Lima. IX Congreso Mundial de Sexología. Caracas Venezuela. Sociedad Mundial de Sexología. Montero V. y Loli S. (2006). Educació Integral de la Sexualidad. Lima: INPPARES.
 - Murrell, S.A. (1973). Community psychology and social systems. A conceptual framework and intervention guide. Nueva York: Behavioral Publications
 - Muller F. (1979). Participación Popular de programas de atención primaria sanitaria en America Latina. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía,
 - Newbrough, J. R. (1970). Community Psychology: A new specialty in psychology. En D. Adelson, y B. Kalis (Eds.), Community psychology and mental health (pp. 36-51) Scraton, Pa: Chandler.
 - Newell, K. W. (1975). "La Salud por el Pueblo". Crónica de la OMS. vol. 29 .EEUU: OMS.
 - OMS (1992). The ICDIO clasification of Mental and Behavioural disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: OMS.
 - OMS-OPS (1988). Salud Mental y Desarrollo Psicosocial. EEUU: OMS-OPS
 - OMS-OPS (1978). Educación para la salud. IX Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud. EEUU:OMS
 - OPS (1979). Servicios Comunitarios de Salud y participación de Población Vol. 41, 76 Lima: OMS
 - Ordoñez y ot. (1987) La psicología de la salud en la atención primaria. XXI Congreso Interamericano de Psicología. La Habana, Cuba.
 - Pait S. y Flit I.(1986). Monitoreo y Evaluación de Impacto para Proyectos de Desarrollo
 - PNUD (1990 a 1994). Informe sobre Desarrollo Humano 1990, 1991, 1994
 - Pollitt, E. (1982). "Desnutrición, Inteligencia y Política Social" Lima: Ediciones Studium.
 - Quijano, A.. (1980) "Dominación y Cultura, Lima: Mosca Azul.
 - Rappaport, J. (1978). Community psychology: values, research and action. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston. Ribes E. (2008). Psicología y Salud. México: Trillas.

-
- Ríos, Vallejos, Montero, otros (1998). Guía de Educación sexual para Padres de Familia. Lima: MINED.
 - Ríos, Vallejos, Montero, otros (1999). Guía de Educación sexual para Primaria. Lima: MINED.
 - Ríos, Vallejos, Montero, otros (1999). Guía de Educación sexual para Educación de adultos. Lima: MINED
 - Ríos, Vallejos, Montero, otros (1998). Guía de Educación sexual Formación Magisterial. Lima: MINED
 - Ríos, Vallejos, Montero, Londoña, otros (1998). Temas de Población. Lima: MINED
 - Ríos, Vallejos, Montero, otros (1998). Plan sectorial de Prevención del embarazo adolescente. Lima: MINED
 - Roca, M. (1986). "La Psicología Clínica en la Práctica Social" Colección de Lecturas. La Habana: Ed Cubanás.
 - Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monograph, 80, N° (609). EEUU.
 - Rock U.E. (1982). Apuntes preliminares sobre una psicología preventiva. VI cong. Mexicano de Análisis de la Conducta. México.
 - Rock Unzueta E. (1986) Competencia Social. El cambio del comportamiento individual en la comunidad. México:Trillas
 - Sánchez A. (1991). Ps. comunitaria Univ. Barcelona: Prom. Pub.
 - Sánchez Vidal A. (2007). Manual de Psicología Comunitaria. Madrid: Pirámide.
 - Schulze, E.(1980). "Métodos y Técnicas para la Educación popular". Lima:Tarea.
 - Seeman, M. (1959).On the meaning of alineation. EEUU: American Sociological Review.
 - Seguin C.A. (1962). Psiquiatría y Sociedad. Lima: UNMSM.
 - Seligman, M. (1975). Helplessness. On depression, developmment and death. San Francisco: Freeman.
 - Serrano García, I, y A. Irizarry (1979). Intervención en la investigación. Boletín de la AVEPSO, 2 (3), 6-21.
 - Serrano García y otros (1983). La psicología social comunitaria y la teología de la liberación. Caracas: Boletín de la AVEPSO, 6 (1), 15-21.
 - SIP (1970-2016). Resúmenes de Trabajos presentados al XXI, XXII, XXIII, XXIV y XXV Congreso Interamericano de Psicología.
 - Sociedad Mundial de Sexología (1989). Resúmenes del IX Congreso Mundial de Sexología. Caracas, Venezuela: Sociedad Mundia de Sexología.
 - Slaiken K. (1988). Intervención en crisis. México:Ed. Manual Moderno.
 - Tyler F. (1994). El comportamiento psicosocial, la competencia individual y las redes de recursos como ejemplo de Ps. comunitaria. Rev. Latinoamericana de Ps. XVI.
 - Tipacom-Desco (1986). "Niño, Familia y Comunidad" Serie Experiencias de Desarrollo Popular, N° - 7, Lima: Desco.
 - Uceda Jorge (1994). Elementos para la construcción de indicadores de salud. DESCO. Seminario "La comunicación en proyectos de salud y medio ambiente". Lima: DESCO.
 - UNICEF (1991). Estado Nutricional de la Infancia, 1990-1991. Lima: Unicef
 - UNICEF/OMS (1981). "Adaptación de Decisiones en el Plano Nacional sobre atención primaria de salud, Informe del Comité Mixto, UNICEF/OMS de Política Sanitaria, Ginebra: OMS.
 - Timio, Mario (1986). Clases Sociales y enfermedad. México: Ed. Nva. Imagen.
 - Urrutia, Carlos(1992). Salud Popular, Lima: CELATS.
 - Valdivia Ponce O. (1980). El hombre y la cultura andina. Lima: R.Matos.
 - Valdizán H. (1917). Los factores Etiológicos de la Alenación mental a través de la

- historia del Perú. Crónica médica 34: 221-236. Lima.
- Vallejos S., José (1986). "La participación Comunitaria en Salud Mental Comunitaria, en Boletín N°2, Asociación de psicólogos Hospital H. Valdezán. Lima.
 - Vallejos S., José (1988). "Una Crítica al Modelo Asistencialista en Psicología Comunitaria" Revista Mep. UNNSM N°1
 - Vallejos José (1989). Mitos u estereotipos sexuales en la comunicación genital. IX Cong. Mundial de Sexología. Caracas.
 - Vallejos J. y Montero V. (1989). "La Psicología Comunitaria en el Perú. Ponencia XXIV Congreso Interamericano de psicología. Bs. As. Argentina 1989. En Revista Psicología Actual. Lima Perú 1989.
 - Vallejos J. y Merino M. (1992). Sexualidad Humana. Lima: UNMSM
 - Varios (1983). Perú, la población diversa. Lima: AMIDEP.
 - Vio Grossi y otros (1981). "Investigación Participativa y Praxis Rural Nuevos conceptos en educación y Desarrollo Comunal" Ed. Lima: Mosca Azul. Viscarra D. (2006). El desafío de la intervención psicosocial en Chile. Santiago: Ril.

**More
Books!** 



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.get-morebooks.com

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en
www.morebooks.es

SIA OmniScriptum Publishing
Brīvības gatve 197
LV-103 9 Rīga, Latvija
Telefax: +371 68620455

info@omniscrptum.com
www.omniscrptum.com

OMNIScriptum



