



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
UNIDAD IZTAPALAPA

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

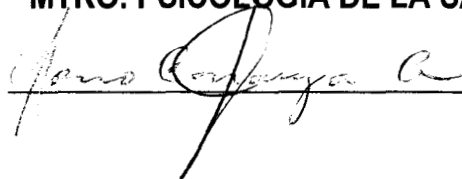
---

---

**RED DE APOYO, ESTRUCTURA FAMILIAR Y SALUD**

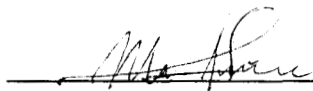
**T E S I N A**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO**  
**DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA SOCIAL**  
**P R E S E N T A**  
**TITLA DIAZ ANA LUCIA**

**A S E S O R:**  
**MARIO CARRANZA AGUILAR**  
**MTRO. PSICOLOGIA DE LA SALUD**



---

**L E C T O R:**  
**IRENE SILVA SILVA**  
**LIC. EN PSICOLOGIA SOCIAL**



---

**MEXICO D.F. JUNIO DE 1999**

---

**DEDICATORIA**

**"... Gracias a mi familia  
por el alimento, el calor, el afecto que me han permitido crecer y  
estructurarme;**

**Gracias a mis maestros  
Que me han transmitido los conocimientos lentamente acumulados por la  
humanidad desde que empezó a interrogar al universo**

**Gracias a vosotros  
Que me habéis amado con vuestro insustituible amor**

**Pero soy yo quien debe concluir la obra ..."**

**Albert Jacquard, (1983).**

***Con todo mi amor a mis amados padres  
Ejemplo de entrega y lucha constante.***

***A Dios por las maravillas que hecho en mí.***

***Ana lucía Titla Díaz.***

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>01</b>
---------------------------	-----------

---

## **CAPITULO I SIERRA DE SANTA CATARINA: COLONIA MIRAVALLE**

1.1 MORFOLOGIA DE LA SIERRA DE SANTA CATARINA .....	04
1.2 UBICACIÓN GEOGRAFICA .....	05
1.3 ORIGEN DE LA ZONA .....	06
1.4 INFRAESTRUCTURA .....	08
1.5 LAS FAMILIAS.....	12
1.6 ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACION DE LOS COLONOS.....	15
1.7 PROGRAMAS GUBERNAMENTALES .....	20
1.8 PROYECTOS DE SALUD.....	24

## **CAPITULO II PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD COMUNITARIA**

2.1 CONCEPTO DE SALUD Y SUS IMPLICACIONES .....	29
2.1.1 EVOLUCION DEL CONCEPTO SALUD – ENFERMEDAD... ..	29
2.1.2 SALUD Y ENFERMEDAD .....	33
2.1.3 PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD .....	36
2.1.4 SALUD COMUNITARIA .....	39
2.2 ¿QUIÉN ES LA COMUNIDAD?.....	42
2.2.1 DEFINICION Y CARACTERISTICASDE LA COMUNIDAD.....	42
2.2.2 ANIMACION Y EDUCACION POPULAR.....	48
2.2.3 PROMOCION SOCIAL .....	51
2.3 PSICOLOGIA COMUNITARIA .....	56
2.3.1 ORIGEN Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA .....	56
2.3.2 MODELOS Y TEORIAS DE PSICOLOGIA COMUNITARIA.....	60
2.3.3 TECNICAS EN PSICOLOGIA COMUNITARIA.....	69
2.3.4 INTERVENCION COMUNITARIA.....	71
2.3.5 PARTICIPACION SOCIAL Y SALUD .....	76
2.4 PSICOLOGIA DE LA SALUD .....	80
2.4.1 ORIGEN Y DEIFINICION DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD .....	81
2.4.2 TEORIAS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD .....	83
2.4.3 METODOS Y TECNICAS EN PSICOLOGIA DE LA SALUD .....	85
2.4.4 CATEGORIAS DE PSICOLOGIA DE LA SALUD .....	89

2.4.5 AREAS DE APLICACIÓN-----	99
2.5 PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD-----	103
2.5.1 PSICOLOGIA SOCIAL EN EL AREA DE SALUD -----	103
2.5.2 TEORIAS Y MODELOS EN PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD-----	106
2.5.3 AREAS DE INTERVENCION-----	111
<b>CAPITULO III SISTEMA PSICOSOCIAL: LA FAMILIA</b>	
3.1 CONCEPTOS BASICOS DE LA FAMILIA-----	114
3.1.1 DEFINICION-----	114
3.1.2 ESTRUCTURA SOCIAL-----	117
3.1.3 TAMAÑO DE LA UNIDAD FAMILIAR-----	121
3.1.4 DINAMICA FAMILIAR-----	125
3.1.5. FUNCIONES DE LA FAMILIA-----	132
3.2 LA FAMILIA URBANA-----	136
3.2.1 EL FENOMENO DE LA URBANIZACION-----	136
3.2.2 EFECTOS DE LA URBANIZACION EN LA FAMILIA-----	141
3.2.3 EL FENOMENO URBANO EN LA CIUDAD DE MEXICO-----	144
3.2.4 LA FAMILIA EN EL MEXICO URBANO.-----	148
3.3 EL PROCESO DE SALUD – ENFERMEDAD EN LA FAMILIA URBANA.-----	154
3.3.1 LA FAMILIA URBANA EN EL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD-----	155
3.3.2 ALGUNOS ABORDAJES DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA-----	161
3.3.3 CONSIDERACIONES EN LA SALUD EN LA FAMILIA-----	164
3.3.4 ESTRATEGIA DE VIDA SALUDABLE: RED SOCIAL.-----	168
<b>CAPITULO IV RED DE APOYO EN LA FAMILIA URBANA Y SALUD</b>	
4.1 RED SOCIAL-----	172
4.1.1 DEFINICION-----	173
4.1.2 REDES SOCIALES EN LA FAMILIA URBANA-----	177
4.1.3 REDES SOCIALES Y SALUD EN LA FAMILIA-----	183
4.2. APOYO SOCIAL-----	187
4.2.1 ANTECEDENTES TEORICOS-----	188
4.2.2 DEFINICION DE APOYO SOCIAL-----	192
4.2.3 PERSPECTIVAS DE ESTUDIO DESARROLLADAS-----	196



4.2.4 APOYO SOCIAL EN LA FAMILIA .....	199
4.2.5 APOYO SOCIAL EN EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD.....	204
4.2.6 RED DE APOYO EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y PROPENSIÓN A LA ENFERMEDAD.....	209

**CAPITULO V METODOLOGIA**

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	217
5.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACION .....	217
5.3 HIPOTESIS .....	218
5.4 JUSTIFICACION DE VARIABLES .....	219
5.5 POBLACION .....	221
5.6 INSTRUMENTOS.....	222
5.7 CONDICIONES DE ADMINISTRACION DE LOS INSTRUMENTOS ...	223
5.8 ANALISIS DE RESULTADOS .....	225
5.9 DISCUSION DE RESULTADOS.....	237

<b>CONCLUSION</b> .....	<b>241</b>
-------------------------	------------

<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>246</b>
---------------------------	------------

<b>ANEXO</b> .....	<b>I</b>
--------------------	----------

---

# CAPITULO I

*COL. MIRAVALLE,  
SIERRA DE SANTA  
CATARINA.*

## INTRODUCCION

El presente trabajo, forma parte del proyecto de investigación denominado psicología de la salud, desarrollado por un grupo de alumnos de la licenciatura de psicología social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa (UAM). Dicho proyecto se abordó con el fin de efectuar una intervención como comunitario con el propósito de elaborar el diagnóstico psicosocial de salud de la Colonia San Miguel Teotongo, ubicado en la Sierra de Santa Catarina, Delegación Iztapalapa; Distrito Federal.

Durante nuestra estancia en el lugar, iniciamos una experiencia que nos permitió explorar el ámbito de intersección entre la teoría y la práctica, una experiencia bastante enriquecedora en nuestra formación como psicólogos sociales. Para el desarrollo de dicho proyecto, se inició un trabajo de recopilación de los proyectos de trabajo antecedentes a nuestra llegada a la zona, de donde, se logró rescatar múltiples experiencias de diversos proyectos que han nacido en solidaridad a las necesidades de los colonos: Centro de Salud Comunitarios, Ecología, Emprendedores, Centros de Promoción Humana, Cocinas Populares, Techos fraternos, Casa de Adultos Discapacitados Comités de Padres de Familia, etc.

El presente trabajo, forma parte de uno de los muchos resultados obtenidos, en el proceso de proyecto de investigación, el cual se enfoca a estudiar un sector determinado de la población: las familias, con el fin de efectuar una investigación que aportara al diagnóstico psicosocial de la Sierra de Santa Catarina. Para ello, se efectuó un taller con Padres de Familia que tenía como objetivo sensibilizar a las Padres respecto a la comunicación verbal y no verbal, hacia sus hijos, a fin de abordar el apoyo social como estrategia en la promoción de la salud familiar (ver anexo II) el cual resultó exitoso.

El trabajo de investigación, se compone de cinco capítulos. En el primer capítulo se aborda de manera breve y general, el contexto social dentro del cual se elaboró la investigación: Col. Miravalle, de la Sierra de Santa Catarina; su morfología, su ubicación geográfica, la infraestructura, las características de las familias (su estructura social y parámetros económicos) y los proyectos de trabajo desarrollados por los mismos colonos en beneficio de su comunidad. Además se aborda un breve análisis de las prácticas y proyectos de salud que se han desarrollado en la zona.

El segundo capítulo, aborda de manera concreta, la transformación que han sufrido los constructos de salud y enfermedad, cuales han sido y cuales son los enfoque más predominantes, no sólo dentro del área médica, sino además dentro del área social. Propiamente a este nuevo enfoque se aboca la Psicología de la Salud, ocupándose de incluir y estudiar las variables psicológicas que influyen en el proceso de salud – enfermedad, (estrés, calidad de vida, apoyo social, estilo de vida); a este campo se le incluye la psicología social quien aporta entre otras cosas sus modelos teóricos que explican la conducta social del individuo, (modelo de creencias sobre la salud, Teorías de la acción razonada y teoría de la acción social); a estas dos importantes corrientes se le suman la Psicología comunitaria, que aporta la estrategia de abordaje en salud en el ámbito comunitario no sólo desde modelos teóricos sino además desde modelos de intervención que buscan unir la teoría con la practica en el proceso de la investigación; para que este proceso sea posible según este enfoque, es indispensable la participación de la comunidad.

En un tercer capítulo, se aborda una instancia psicosocial generadora de salud: la familia; de está se abordan los conceptos básicos del ámbito familiar, elementales para la comprensión de una constante dinámica entre el ámbito social e individual. Se aborda como parte de la explicación y justificación del trabajo de investigación, las características de las familias urbanas, así como las repercusiones que ha tenido el fenómeno urbano en la instancia familiar, en cuanto a su organización y creencias; específicamente en la zona del Distrito Federal. También se considera, como parte del proceso de urbanización un nuevo modo de organización social de la familia que genera un nuevo proceso de salud - enfermedad.

El cuarto capítulo, describe de manera particular las diferentes perspectivas y abordajes que se han ocupado de estudiar el proceso salud - enfermedad de los núcleos familiares. Destacan, entre otras perspectivas el estudio realizado por Larissa Adler Lomnitz en la zona urbana de la ciudad de México; en el que aborda las redes de apoyo socia como una estrategia de supervivencia de las comunidades marginadas. Siguiendo esta línea, se aborda la propuesta de las redes sociales en relación al tipo de estructura familiar predominante dentro del proceso Salud – Enfermedad. Así también, se señalan la enfermedad y estructura familiar como factores determinantes en la formación de las

redes de apoyo. Tal propuesta tiende a significar al apoyo social como una propuesta que permita generar una efectiva promoción de la salud en el núcleo familiar.

Por último, se presenta en el capítulo cinco, se plantea el problema a estudiar: la relación que existe entre el tipo de estructura familiar, la densidad de red del apoyo social y la propensión a enfermar. La metodología desarrollada es del tipo trasaccional descriptiva, la población es un sector de padres de familia de la Colonia Miravalle, Sierra de Santa Catarina.

Las variables manejadas son: conectividad de la red social, apoyo social, estrés, propensión a enfermar, estructura familiar, densidad de la red de apoyo social, regulación de la red de apoyo social, riesgo a enfermar y propensión a la enfermedad – salud. Los instrumentos usados para hacer la evaluación de dichas variables son: Cuestionario para evaluar la Estructuración del medio ambiente familiar, Redograma, Escala auto aplicada de estrés y escala auto aplicada de soporte social. Algunos de los resultados obtenidos señalan que existen evidencias significativas de que el tipo de estructura familiar rígida genera una densidad de la red social moderada, lo que trae como consecuencia una alta propensión a la enfermedad.

Como parte de las conclusiones, se señala que, probablemente resultaría conveniente trabajar en el ámbito de la prevención en la salud familiar, proporcionando a las familias, las habilidades sociales necesarias, para que estas modifiquen algunas conductas de riesgo que aunadas a las condiciones de vida que ha generado el proceso de urbanización aumentan aún más su propensión a la enfermedad.

## **1.1 MORFOLOGIA DE LA SIERRA DE SANTA CATARINA**

La Sierra de Santa Catarina es un conjunto de volcanes inactivos, ubicado en la zona sur Oriente de la Ciudad de México. Desde el punto de vista geológico es una de las principales fallas de graben, a ella se encuentran relacionadas varias fracturas secundarias, y a su alrededor existen grandes extensiones cubiertas de arena.

Se calcula que se formó hace 35 000 a 10 000 años, en la etapa Pleistoceno, Beceira Superior (Pluvial). En ella se puede observar una notable uniformidad de sus pendientes como truncadas de forma perfecta y por su estado de conservación evidencia erupciones muy recientes.

Se trata de un conjunto del mismo aspecto geomórfico con una extensión de 6 km. de largo por 2 km. de ancho. Los volcanes son de escoria cinerítica y tienen una cubierta de suelo de poca calcificación y, por lo tanto, casi carecen de caliche; tienen, además, muy poca cantidad de polvo eólico suelto, color café de la etapa Becerra.

Existen diferencias geomorfológicas, y de otra índole entre los volcanes de esta Sierra que permite agruparlos cronológicamente en dos etapas, a la más antigua pertenecen:

- Tecuatzin o Santiago: que posee un antiguo cráter destruido por la erupción del Santa Catarina.
- Tecomatitlan o Mazatepec: con dos cráteres, los cuales fueron destruidos por una erupción posterior, atribuible al Tetecón.

A la etapa más reciente pertenecen los volcanes:

- Xaltepec: cono regular de escorias, de forma casi circular, en el fondo se observa tezontle rojo, que puede ser el resto de lava que llevaba en el fondo.

- Tetecón: Tiene forma de herradura, en un periodo de actividad se lleno de lava ígnea que se derramo hacia el sur este, en donde se observan aún resto de lava porosa y rojiza.
- Sta. Catarina: tiene un cráter de 300 mts. De diámetro y 120 de profundidad y es de lo más completos; sus pendientes interiores son en parte uniformes y en parte más o menos desgarradas, a consecuencia de derrumbes: La cima del cráter esta formado de brechas de tezontle, es decir de fragmentos de lava escoriácea y arenas volcánicas de color negro y rojizo.
- Tehualqui, san. Nicolás o San Lorenzo, conocido por los tres nombres, es un cono regular de escorias; tiene un cráter de 180 mts. De diámetro y una profundidad de 30 mts.; y a su alrededor algunas corrientes de lava.

## **1.2 UBICACIÓN GEOGRAFICA**

La Sierra de Santa Catarina, se ubica al oriente de la ciudad de México. Sus límites geográficos son: al Norte la Autopista México - Puebla, al sur la Colonia San Lorenzo Tezonco; y al Este la delegación política de Tlahuac; y al Oeste la Calzada Ermita Iztapalapa; y de acuerdo a la división política de la ciudad pertenece a la delegación Iztapalapa. En ella se localizan un total de 47 colonias entre las cuales se encuentra la colonia Miravalle.

La colonia Miravalle, geográficamente se ubica en las faldas del volcán Santa Catarina, hacia el oeste de la Colonia San Miguel Teotongo, en la parte más alta de la Sierra de Santa Catarina.

Los asentamientos urbanos se ubican en las laderas de los cerros y el tipo de terreno es en un 80% lomería, el resto es planicie en declive; el cual esta compuesto de piedra volcánica (rocas de basalto) en un 70% y arena en un 30%. Dado a su ubicación, la zona tiene pocas vías de acceso y las que posee inician y desembocan en la Calzada Ermita Iztapalapa; y por tanto la comunicación

intercolonias es difícil, sobre todo por las barrancas y cañadas, que son muy comunes en la zona.

Esta es una extensión de terreno importante para la recarga de los mantos acuíferos de la delegación y sus alrededores. Es una barrera natural a los vientos del sur que tienen un alto contenido de partículas disueltas; representa también una zona de protección ecológica; el tipo de fauna predominante en la zona son especies adaptadas al medio tales como la lagartija, la serpiente de cascabel, la rata de campo, el zorrillo, el gavilán, el murciélago y las ardillas de campo. El tipo de vegetación facilita el cultivo y recolección de plantas medicinales como el gordolobo, estafiate y la jarilla. Es también una zona minera de donde se extrae principalmente arena, distintos tipos de gravas y rocas. La explotación del terreno ha ido devastando el entorno en casi un 60%, reduciendo no sólo el paisaje y la protección natural sino además la cantidad de agua y humedad para la zona.

La colonia Miravalle es uno de los asentamientos más recientes de la sierra de Santa Catarina. Dado que se ubica en una de las zonas más altas, no obstante se ha ido poblando con una impresionante rapidez; los primeros asentamientos de dicha colonia datan del año de 1985; actualmente podría considerarse que los espacios habitables ya están saturados de viviendas.

### **1. 3 ORIGEN DE LA ZONA**

Una parte significativa de la población, que habita la Sierra de Santa Catarina, proviene del interior de la República y del centro de la ciudad de México. En muchos casos los pequeños y cada vez más numerosos asentamientos son causados por lo elevados costos de vivienda y servicio públicos; generados en el centro de la ciudad, a causa del crecimiento acelerado de la población.

Las crisis que ha vivido el pueblo mexicano, en las dos últimas décadas, los terremotos, las restas y la política tributaria fiscal, provocaron que cada vez fuera



más difícil seguir viviendo en la zona centro. Del mismo modo, la contracción económica de las ciudades de la provincia generó una migración considerable hacia el centro del país.

Aunado a lo anterior, en 1985, los problemas de vivienda se agravaron con el terremoto que azotara a la capital en el mes de Septiembre. Todo ello obligó a la población a buscar otras alternativas para crear espacios habitables.

La opción, bajo tales circunstancias fue el municipio de Nezahualcoyotl y posteriormente las laderas de la Sierra de Santa Catarina. Así entonces, la población de esta zona, está formado, en la actualidad, en un 74% por personas provenientes del interior de la República y el restante son personas que se desplazaron de la zona centro de la ciudad.

Los residentes que habitan en la colonia Miravalle, provienen del interior de la república y otras residían en el centro de la ciudad, pero una gran mayoría eran vecinos cercanos de la colonia, rentaban o vivían con su familia en las colonias de alrededor, tales como San Miguel Tetongo, Palmas, Lomas de Zaragoza, rancho Bajo, etc.; que se mantenían en constante búsqueda de una casa propia, y en cuanto se informaron que se fraccionaban los terrenos ejidales de la col. Miravalle acudieron inmediatamente.

La Colonia Miravalle, según los residentes, se trataba de terrenos en los que se sembraba calabaza, y que por algunos años se consideró como zona ecológica, no obstante sus dueños fraccionaron los terrenos y comenzaron a venderlos, los compradores con el sólo deseo de adquirir su terreno para construir su vivienda no escatimaron en trasladarse inmediatamente al lugar en donde construyeron sus habitaciones provisionales con materiales de madera o cartón. Vivieron por algunos años sin ningún tipo de servicio público.

## **1.4 INFRAESTRUCTURA.**

En las primeras colonias fundadas en la sierra, la mayoría de los primeros colonos de la zona son propietarios de sus viviendas, sin embargo persiste la escasez creciente, pues los jóvenes y los nuevos habitantes de la zona comienzan a demandar más espacios para asentarse. Pese a que uno de los más importantes de los logros, de los colonos, fue que la mayoría posee en propiedad sus viviendas o se encuentra en proceso de regularización, la demanda de vivienda sigue vigente.

Más de la mitad de las viviendas tienen de dos a cuatro cuartos construidos, sin contar los baños, y el 8% cuenta apenas con un cuarto, mientras que un 23% corresponde a otro tipo de construcciones con 6 u 8 habitaciones, así como bodegas y talleres. Se puede apreciar que, el tamaño de las viviendas resulta insuficiente si se considera el número de miembros por familias que en promedio es de ocho y que en algunos casos llega a rebasar los 12.

En general, la mayor parte de las viviendas han sido construidas con material sólido, sus muros son principalmente de ladrillo y tabique pero también hay un número reducido de otro tipo de material. Mientras que los techos son principalmente de concreto o loza en algunos casos, con menor frecuencia, son de lámina y cartón.

A pesar del tipo de material con que son construidas las casas, se aprecia un creciente deterioro de éstas por la sobre ocupación y por la falta de mantenimiento provocados por la pobreza de sus habitantes, de este modo se observó que un 66 % de las viviendas está en condiciones regulares, un 23% en deterioro y el 9% en óptimas condiciones.

En cuanto a los cuartos de baño y de servicio de aseo, se considera que el 71% de las viviendas cuenta con un baño individual y el 23% cuenta con uno

colectivo, mientras que el 1% de las viviendas no tiene este servicio. La mitad de las viviendas cuentan con calentador de agua y la otra no esto es explicable por la grave carencia del agua, de manera que si no tienen agua para bañarse, entonces no hay necesidad de tener un calentador de agua.

El servicio del drenaje tardó muchos años en llegar y hasta ahora es insuficiente. En las zonas se cuenta con drenaje o alternativas de retiro de desechos de la firma siguiente: drenaje entubado 64%. Fosa séptica 32%, letrina 3%, y drenaje pluvial 2%.

Como ya lo había mencionado, la secases del agua es uno de los principales problemas de la zona, la mayoría de las viviendas tiene la instalación para recibirla, sin embargo llega esporádicamente, cada 7 o 15 días. La población suele surtirse de agua de las pipas que la delegación les proporciona, y en algunos casos de algunas particulares que ellos solicitan. Depende en muchas ocasiones de la gestión que se realiza ante las autoridades para que él liquido vital llegue con regularidad.

En la zona. El 100% cuenta con luz eléctrica, un 92 % de estos tiene contrato con la compañía de Luz y Fuerza y un 8% esta colgado de la línea. El servicio telefónico tiene muy poca cobertura, pues sólo un tercio de la población cuenta con el teléfono doméstico.

Las viviendas, en esta zona, están equipadas con televisores, estufas de gas en casi un 97%, un 71% tiene refrigerador, 44% sala, 42% vídeo grabadora, 34% modular, 6% horno eléctrico, 4% estufa integral y un 1% tiene horno de microondas.

A pesar de que la zona cuenta con la mayoría de los servicios públicos, estos no son suficientes para los habitantes, dado que por estar ubicados en la

zona más alta estos no son del todo completos y accesibles. Además el estado en que se encuentran funcionando estos resultan insuficientes.

En cuanto a la infraestructura escolar, se estima que es insuficiente, no sólo en esta zona, sino en toda la delegación, existen aproximadamente unos 50 centros de educación preescolar en total, en toda la sierra de Santa Catarina, para las 47 colonias que esta posee, no corresponde ni siquiera una escuela por colonia. , También, hay alrededor de 100 primaria en toda la delegación que representan el 20% de las existentes en toda la delegación. El 50 % de las secundarias están ubicada en la zona de la Sierra. Y no existe ninguna escuela de nivel medio. Es por tanto, evidente, que los bajos niveles de escolaridad y alto índice de analfabetismo, así como la poca infraestructura escolar reducen las posibilidades de incorporación a la vida productiva.

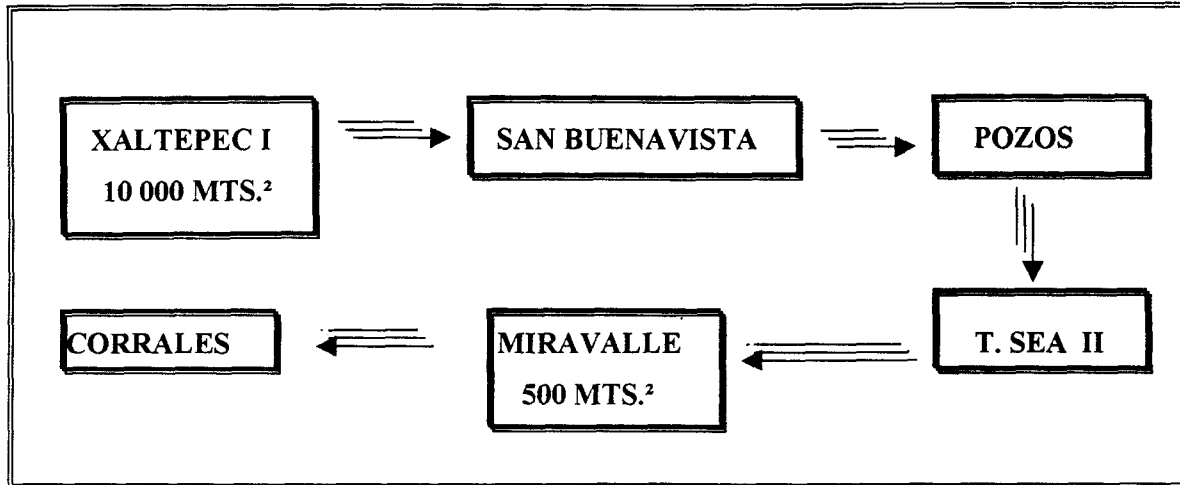
En particular, en la colonia Miravalle, la infraestructura se caracteriza por que casi un 80% de las construcciones son de ladrillo; y aún se encuentran en obra negra, con un solo nivel, y sólo un 20% aproximadamente tienen acabado y solo algunas de estas tienen construida planta baja y planta alta.

Los servicios públicos con los que cuenta actualmente, la colonia, comenzaron a gestionarse desde el año de 1985 hasta 1990. Para el servicio de la Luz, la posteria se instaló con un programa "tripartista", en el que la delegación aportó el 50% de postes de servicios, la comunidad el 30% y la comisión Federal de luz y Fuerza el 20%. Se hizo un compromiso con el Lic. Igareda, de que la gente hiciera los hoyos para los postes y la comisión levantará los postes y realizará el tendido de líneas.

La colonia, se abastece de agua potable a través de una red de alimentación de tanques (ver figura 1). El Xaltepec, alimenta al tanque San Buenavista, que a su vez alimenta al tanque Pozos, que alimenta al tanque T. SEA II, y que alimenta al tanque Miravalle que tiene una capacidad de 500 mts<sup>2</sup>; y que

es el que abastece del líquido vital a los habitantes de la colonia. No obstante es muy frecuente la escasez del agua, por lo cual la gente solicita pipas a la delegación, pero con la incertidumbre de que su petición sea atendida a la brevedad posible e incondicionalmente.

**Ilustración 1 Diagrama de flujo de alimentación de los tanques de agua, de la Sierra de Santa Catarina**



El drenaje se construyó con el apoyo de la Delegación; se estableció un acuerdo de que está aportaría el material y ligaría el tubo, mientras que la gente se dedicaría a excavar, acarrear el material y a tapar; este compromiso se establece en términos del programa solidaridad.

Para la toma domiciliaria, también se estableció el compromiso de que la gente excavara, y comprara su material, y la delegación se hizo cargo de poner la instalación. El asfalto se logró también con el apoyo del gobierno con el compromiso de que la gente hiciera por su cuenta banqueta y guarnición y la delegación se hizo cargo del asfalto. Para los andadores que no contaban con el espacio reglamentario para banqueta y guarnición, se negoció para que el gobierno se hiciera cargo de donar el adoquín y la mano de obra para su colocación.

La Colonia Miravalle cuenta, actualmente con cuatro planteles escolares. Uno de ellos es el plantel denominado "Escuela de los Maristas", fundada hacia el

año de 1987, y construida en un terreno donado por el fraccionador llamado Filemón Rivera Díaz; en esta escuela se imparte el nivel escolar primaria y secundaria; sin embargo es de régimen particular, es decir los alumnos deben de pagar una colegiatura obligatoria. Otro de los planteles es la "Escuela Primaria Axayacatl", la cual fue solicitada al gobierno hacia el año de 1988, para ello el entonces Presidente de la República Mexicana, el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado brindo todo su apoyo material para su construcción y con el apoyo de la Lic. Josefina Cuadrado de la SEP, se iniciaron las clases en aulas provisionales. Inmediatamente que se termino de construir la primaria se inició la construcción de un kinder, otro de los planteles. Por último se construyó un Kinder en las orillas de una barranca, en un lote donado por un fraccionador, el material fue donado por la delegación y la para la construcción participó la gente de la colonia, sin embargo también tiene un régimen particular.

## **1.5 LAS FAMILIAS.**

En general, en la Sierra de Santa Catarina, las familias, son numerosas, y están compuestas por 8 integrantes en promedio. Una considerable mayoría comparte un mismo lote. Es decir en una misma casa habitan dos o más familias, lo que confirma, que en efecto hay un elevado costo en la vivienda; predomina el tipo de familia extensa en casi un 90%, y son en un 80% aproximadamente, familias nucleares compuestas por los hijos, las que forman parte de estas. En particular, se calcula que la Colonia Miravalle esta habitada por 2000 familias, aproximadamente.

La familia extensa se integra por 6 u 8 miembros, entre abuelos, padres y 4 hijos en promedio, En algunos casos, no hay abuelos ni padres, pero si existen yernos, nueras, sobrinos y/o primos.

En las familias, persisten las formas tradicionales de relación, los padres y madres siguen siendo la máxima autoridad, los abuelos tienen representatividad

pero carecen de fuerza para ejercer o establecer una línea de mando, Los hijos y sus esposas aunque tienen una independencia relativa, pues están viviendo en pareja, tienen que someterse a la autoridad del jefe de la familia. Es frecuente la preparación de alimentos en común con los miembros de la familia.

El resto de los integrantes solteros se conduce en función de los principios del jefe de familia. Las madres solteras, que son un grupo de la población más o menos numerosas (15%, aproximadamente), se integran con sus hijos al grupo familiar primario.

En la zona los abuelos y padres de los grupos primarios son casados por la Iglesia (casi el 80% de las parejas), más que por lo civil (aproximadamente en un 60). El origen provinciano de los abuelos y padres, explican de alguna manera el peso de la tradición religiosa sobre las obligaciones civiles,

Entre los jóvenes, ya no parece ser tan esencial los rubros sobre los cuales se rigen los abuelos y sus padres, pues un 60% de las parejas entre los 18 y 20 años de edad, se casan solo por lo civil, y de estos solo un 40% también lo hace por la tradición religiosa católica. Las uniones denominadas libres se presentan hasta en un 40%, y hay un alto índice, como anteriormente lo había señalado, de madres solteras jóvenes, entre los 15 y 22 años de edad.

Las formas de diversión y distracción practicadas por las familias son : ver televisión, por su accesibilidad económica; salir al parque (el más cercano, es el "Corrales") desde cada ocho días, cada quince días, o una vez al mes ; y visitar el Parque de Chapultepec, es una actividad que se realiza con menor frecuencia, y por consecuencia solo en festejos especiales de la familia. Asistir al cine es una actividad muy poco practicada pues el costo no es redituable para que la familia entera asista.

En cuanto al nivel educativo de los pobladores. En los padres de familia el tipo de escolaridad primaria, ya que en la mayoría de los casos, se le dio prioridad a su incorporación a la actividad económica a causa de las necesidades de la familia. Un 40% de esta población tuvo acceso a la primaria, sin embargo sólo un 15% la terminó.

Los hijos, de las familias de esta zona, ingresaron en un 90% a la escuela primaria, y egreso de ahí sólo un 54%; el 40% ingresó a la secundaria y sólo egreso un 20% y de ahí un 6.5 % curso el nivel medio superior de los cuales sólo un 5% terminó.

La ocupación de los jefes de familia es mayoritariamente de aquellas remuneradas por abajo del salario mínimo, como albañilería, comercio ambulante, entre otras. Un 78% de las madres de familia se dedica a labores del hogar, y un 22% que trabaja lo hace en las ventas de productos perecederos, venta de artículos de belleza y para el hogar, y como empleadas en pequeños comercios, domesticas, o trabajadoras de maquila en talleres que por lo general son clandestinos. En particular, los jefes de familia de la colonia Miravalle suelen desplazarse hacia el centro de la ciudad para laborar.

La mitad de los jóvenes en edad de trabajar(15 a 20 años) estudian mientras que los ocupados lo hacen como empleados de comercios y empresas, obreros, comerciantes y choferes, algunas jóvenes se dedican a los trabajos domésticos, son costureras o pepenados.

En el caso de los jefes de familias, las causas principales del desempleo son el recorte de personal, el cierre de empresas y enfermedades, por ello la inseguridad de empleo es una constante entre los pobladores de la zona. De continuar así la situación, los niveles de pobreza se incrementarán con graves repercusiones en las condiciones de vida de la población.



En cuanto al ingreso familiar, en promedio los padres ganan al mes \$ 1,200 pesos como el salarío más alto y 100 pesos el más bajo. El máximo de la madre es de \$ 1300, sin embargo este no es un ingreso fijo, y el mínimo es de hasta \$ 50 pesos. En promedio, el ingreso de los integrantes de las familias puede rebasar los dos salarios mínimos mensuales, no obstante, la composición del gasto familiar apenas se estructuran con menos de un salario mínimo mensual.

El resto de los ingresos, en el caso de los padres varones, los hijos y otros familiares, cubren necesidades de vestido o pago de desudas, por el que no es posible el ahorro. Algunas familias recurren a las instancias de asistencia social que les proporcionan ayudas significativas tales como despensas o atención médica con bajo costo, lo que en parte les ayuda a sobrellevar sus necesidades.

De los gastos de las familias; la mayor parte se destinó a la compra de alimentos en un 29%, transporte un 14%, renta en un 10%, educación 6%, agua 5.2 %, diversión 5 %, salud 4%, luz 1.6%, teléfono 1.4%, el restante se utiliza para diversas compras necesarias en el hogar como vestidos reparaciones de la casa, productos para la higiene y aseo del hogar.

Las necesidades de vestido, se cubren con la confección familiar y los regalos de familiares y amigos. Cuando llegan a comprar ropa lo hacen en los tianguis adquiriendo saldos. Del mismo modo las opciones de diversión se reducen, en la mayoría de casos, a la televisión, y las fiestas familiares; mientras que la posibilidad de frecuentar cines, museos, estadios, audiciones y bares se ha reducido en un 95%, aproximadamente.

## **1.6 ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACION DE LOS COLONOS**

En la sierra de santa Catarina, se han obtenido varios beneficios gracias a la organización solidaria de sus colonos, unidos por la búsqueda de satisfacer sus necesidades básicas, tales como: vivienda, agua, luz, drenaje, transporte y

escuelas, la venta fraudulenta de terrenos por algunos fraccionadores y la negativa de las autoridades por la regularización de los terrenos, provocaron que la gente se organizara en diversos frentes populares, desde grupos independientes hasta grupos de carácter político.

La lucha dio inicio en los años 60's, a ellos se unieron grupos activistas que incluso asesoraban el movimiento. La organización de los colonos se formaliza en Mayo de 1975 que es cuando se da a conocer el protocolo de la "Unión popular Revolucionaria Emiliano Zapata" (UPREZ). Este movimiento popular, actualmente está formado por un consejo y diferentes comisiones que laboran en diversos proyectos de trabajo que benefician a la comunidad de la Sierra de Santa Catarina.

Las protestas y denuncias públicas de este movimiento atrajo la atención de varios profesionales, que comenzaron a llegar, desde el año de 1979 hasta la actualidad (profesores y estudiantes de diversas instancias educativas comenzaron a interesarse por la zona (UNAM, IBERO; UAM), quienes contribuyeron y contribuyen al desarrollo social de la comunidad.

Durante los años 80's se crean una serie de proyectos de acción social que será hasta los años 90's cuando estos se integren y formalicen, concretándose así el "Proyecto de Autodesarrollo Integral" (PAI), el cual queda constituido bajo cuatro ejes:

- **Bienestar social:** que aborda proyectos de alimentación, salud, micro empresas, educación, bibliotecas, capacitación para el trabajo y cultura.
- **Desarrollo urbano y medio ambiente:** que abarca los proyectos de desarrollo urbano, el impulso de los parques ecológicos, la recuperación del agua de lluvia y la creación de plantas de tratamiento de agua.
- **Seguridad pública y derechos humanos:** que se ocupa de promover el uso de las oficinas de derechos humanos, las oficinas de asesoría jurídica y programas de sensibilización.

- **Cultura ciudadana**, que con el fin de contribuir a la formación de una cultura ciudadana, se trata de impulsar jornadas, eventos, campañas, talleres y foros que aborden las problemáticas de la comunidad.

Los objetivos generales del PAI, pretenden que la comunidad aprenda a ser autogestiva, a crear política y a formar un contrapeso en donde lo haya. Esta forma de organización que se ha practicado a lo largo de muchos años el movimiento lo ha manejado como una política regional, aplicada en la sierra de Santa Catarina; misma que ha llevado a las personas a involucrarse y preocuparse por su comunidad, así como generar su propia autonomía.

El PAI, ha generado una serie de beneficios y bienes (ver tabla 1) a los colonos de San Miguel Teotongo, tales proyectos aún siguen en proceso de desarrollo, y además han extendido sus beneficios a gran parte de los habitantes de la Sierra de Santa Catarina; y al mismo tiempo han dado origen a otros organismo independientes dentro de la misma zona, creando así una cultura autogestora.

**Tabla 1 Bienes suministrados por los programas del PAI, en San Miguel Teotongo**

<b>PROYECTO</b>	<b>BIEN SUMINISTRADO</b>
<b>SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación de promotores</li> <li>- Servicios de educación para la salud</li> <li>- Atención médica (emergencias y problemas comunes)</li> <li>- Acciones de Salud Preventiva.</li> </ul>
<b>ECOLOGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza ambiental por medio del parque ecológico y los huertos comunitarios</li> <li>- Servicios de educación ambiental</li> <li>- Bienes generados en los huertos comunitarios</li> <li>- Acceso al parque ecológico y a los huertos comunitarios</li> </ul>
<b>EMPRENDEDORES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créditos</li> <li>- Capacitación</li> </ul>
<b>ALIMENTACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desayunos y comidas</li> <li>- Campañas nutricionales</li> </ul>

**Fuente:** Sainz, de N.M. (1991) El laboratorio en el acto. En: *La disputa por lo colectivo*. Equipo Pueblo, México, P. 50

En el caso de la Col. Miravalle, hacia 1993, surge la Coordinadora Comunitaria Miravalle (COCOMI); apoyada y asesorada por los religiosos de la Escuela Marista; está se encarga de integrar los proyectos de trabajo que los colonos de manera espontánea ya habían iniciado, los cuales abarcan las siguientes áreas:

- I) SALUD, el cual inicio en 1992: actualmente ofrece, entre otros servicios: atención de: Medicina General, Ginecología, Medicina Herbolaria, Psicología, Odontología, Oculista. También imparten cursos y pláticas, dirigidas al público ene general, que tienen como objeto la prevención y promoción de la salud.
- II) ECOLOGIA, que nació en 1993; se hace cargo de conservar productiva el área de reserva ecológica, en ella se realizan cultivos, compostas: Posee además un invernadero y un baño ecológico, e imparten talleres de temas ecológicos a los alumnos de las escuelas de la colonia, y de las escuelas aledañas.
- III) EDUCACION, inició en 1995, y se encarga de impartir clases a los niños de bajos recursos o a los que por algún motivo dejaron de asistir : En este programa actualmente apoyan tres maestras en el turno matutino y dos maestros en el turno vespertino. También cuenta con el servicio de una Ludoteca, para niños de 4 a 6 años de edad.
- IV) ABASTO, proyecto que se inicia en 1995; cuenta con una tienda de abasto comunitaria; en ella los precios son un poco más bajos que en otras tiendas. Para surtir los productos se recibió el apoyo de "Enlace" (organización no gubernamental) y "DAPIZA" (Tienda de abasto particular). Los productos que se ofrecen al público son semillas, azúcar, sopa, etc.
- V) COCINA POPULAR, este proyecto nace del proyecto de Abasto, con el fin de ofrecer a la comunidad una forma económica y nutritiva de alimentación. Ofrece un desayuno (atole y guisado) que es preparado con alimentos alternativos: soya, amaranto y avena. Sin duda alguna esta es una excelente alternativa de alimentación ante la desnutrición infantil.

También se ocupan de impartir cursos de nutrición y preparación de platillos, en los que se enfatiza la importancia de rescatar los alimentos de nuestros antepasados, dado que muchos los desconocemos.

Estos proyectos tienen como sede una construcción edificada hacia el año de 1996; misma que fue posible gracias al área donada por el fraccionador Adán Benavidez. La construcción arquitectónica se logro con el apoyo de la compañía "LEE VI'S" y la mano de obra fue brindada por la gente de la misma comunidad. Esta inmueble, fue derrumbada tres veces por los activistas de grupos políticos que disputaban el territorio.

"Tuvimos que pagarle a los vagos para que cuidaran en la noche" (Sra. Ma. Dolores, 42 años, Promotora de la COCOMI).

Actualmente, en la COCOMI, trabajan alrededor de 50 personas, todas ellas son mujeres, en su mayoría son madres de familia y solo hay algunas mujeres jóvenes solteras; colaboran con el fin de brindar apoyo a la comunidad; a cambio de sus servicios reciben una despensa mensual en especie. Su labor es motivada y recompensada, también, por los resultados arrojados de su trabajo, ello hace que continúan insertadas en el compromiso que implica el proyecto.

"Queremos seguir apoyando a la comunidad y seguir apoyando hasta donde aguantemos. Apoyar a la comunidad y a nosotras mismas, por que hemos aprendido mucho" (Ma. Teresa, *Idem.*)

La dinámica del trabajo de la COCOMI, se realiza a través de sesiones quincenales en las que se discuten los problemas que se presentaron en el lapso de una sesión a otra. Todos los colaboradores de esta organización residen actualmente dentro de la misma colonia.

## **1.7 PROGRAMAS GUBERNAMENTALES**

En el desarrollo de esta dinámica de trabajo de los habitantes de la Sierra de Santa, el gobierno en turno "preocupados por el crecimiento de la población y el nacimiento de grupos independientes, también creó diversas formas de participación ciudadana, buscando ganar presencia y controlar o desaparecer a los independientes".<sup>1</sup>

Uno de los proyectos de acción social, introducidos por el gobierno, en la sierra de Santa Catarina, es el denominado Programa de alianza para el bienestar en Iztapalapa", este se fundamenta en el Programa de Solidaridad, implantado por el Lic. Carlos Salinas de Gortari, ex presidente de México. En dicho programa se propuso tres acuerdos nacionales para impulsar el desarrollo del país, orientados a la ampliación de nuestra vida democrática, la recuperación económica con estabilidad de precios y el mejoramiento productivo del nivel de vida de la sociedad.

El programa de solidaridad constituyó una nueva relación entre gobierno y sociedad, se proponía el tener una actitud más abierta, más apegada a la legalidad, menos burocrática, más cercana a las demandas populares, más participativa, y corresponsable.

En el desarrollo del programa, un elemento muy importante son los comités de solidaridad que se conforman en una política social eminentemente descentralizadora de la gestión pública, otro elemento, también muy importante, son los cuatro principios básicos con los cuales se forman los comités: respeto a la voluntad, iniciativas y formas de organización de los individuos y comunidades; participación y organización plena y efectiva de las comunidades; corresponsabilidad social; transparencia, honestidad y eficiencia en el manejo de los recursos.

Los objetivos eran fortalecer la función social que buscaba promover el bienestar de las mayorías, tener una reforma económica, el combate a la inflación, la renegociación de la deuda externa, la desincorporación de empresas paraestatales y la estricta disciplina fiscal.

El programa de bienestar social está enfocado a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, (los que tienen más necesidad) con acciones que impulsen y ofrezcan oportunidades de mejoramiento y progreso, una vida digna, así como una convivencia incluyente, fraterna y solidaria a los grupos vulnerables.

Tiene como objetivo atenderlas de la siguiente manera, ofreciendo servicios asistenciales de salud y nutrición, de apoyo a la educación y a la capacitación para el trabajo de manera inmediata, oportuna y permanente, así como la realización de obras de infraestructura y mantenimiento urbano en zonas habitacionales, especialmente donde habita la población de menores recursos, mejorando la calidad y cantidad de servicios e infraestructura básica en las zonas donde lo requiera este se hará convocando a la participación de las comunidades, apoyando un amplio proceso de promoción e involucración de los sectores social y privado en el desarrollo y aplicación de los servicios asistenciales.

El programa tiene por objetivo impulsar a la organización ciudadana, estimulándola permanentemente para que la ciudadanía sea sujeto activo en la transformación de la ciudad, con una participación más amplia y determinante en las decisiones, hasta el punto en que la gente la sienta y la sepa en sus manos, para que a través de sus acciones se propicie un nuevo impulso en el desarrollo social en la capital, procurando, al mismo tiempo, satisfacer las necesidades básicas y el desarrollo integral de los habitantes de la ciudad, haciendo accesibles un conjunto de servicios públicos, entre lo que destacan los relativos a la educación, la salud, la cultura, el deporte. En la medida en que tales servicios

---

<sup>1</sup> DECA – Equipo Pueblo (1996) *La Sierra de Santa Catarina*, Ed. Equipo Pueblo, México. p. 54.

estén disponibles para toda la población, puede garantizarse su incorporación en igualdad de oportunidades, el empleo productivo y un nivel de vida más digno.

El programa de Alianza funciona con el apoyo y labor de promotores y con la participación de la comunidad, así entonces, el promotor de alianza es el encargado de promover acciones del gobierno de la ciudad de México enmarcadas en el programa, mismas que se orientan a mejorar las condiciones de vida de aquellos grupos de atención prioritaria del D.F. y con rezagos en materia de servicios e infraestructura urbana básica, propiciando la apertura de espacios de concertación para encauzar el esfuerzo comunitario.

Las funciones del promotor son: recibir la información de la obra que se requiere, realizar una visita al lugar donde se pretende llevar a cabo la obra e informar, en asamblea con la comunidad, sobre los contenidos, alcances y normatividad del programa de Alianza para el Bienestar; evaluar el grado de organización y en su caso promover la conformación del comité comunitario y verificar que la elección se haga de manera democrática; solicitar la asesoría necesaria al coordinador de alianza de la delegación para resolver problemas planteados en la comunidad; promover programas de trabajo con los comités comunitarios; Informar al comité comunitario el tipo de trabajo que se efectuará, como supervisarlo y procurar la asistencia técnica permanente durante el desarrollo de la obra; reportar los avances de su trabajo; y participar en la capacitación a los miembros de los comités comunitarios.

El papel de la comunidad es: ingresar la demanda de la obra en la coordinación de alianza; constituirse en comités comunitarios; priorizar en la asamblea y por consenso las necesidades más urgentes de atención en su comunidad; firmar el convenio de concertación de obra; recibir y firmar vales de almacén y recoger el material del almacén organizar el trabajo de los beneficiarios y/o promover sus aportaciones en especie o efectivo; programar, organizar y coordinar los programas de acción comunitaria; vigilar y procurar que se cumplan



los trabajos concertados; ejercer funciones de contraloría ciudadana y apoyar a sus representantes en todo momento en las labores de seguimiento, supervisión y control de los trabajos y obras concertadas por el comité; y participar en actividades de información y capacitación que sean convocados por la delegación y/o la Coordinación General.

Específicamente, en la colonia Miravalle, este programa se inicio hace siete años, el comité esta formado actualmente por 45 madres de familia, las sesiones de capacitación son una vez por semana dos horas. Se reúnen en la Escuela Primaria Axayacatl, espació que fue cedido por el director del plantel.

Los promotores que trabajan con el comité se ocupan de impartirles pláticas talleres que tienen como fin capacitarlas para que aprendan a usar las instituciones sociales; en particular a las personas que no han concluido su preparación elemental de educación básica se les imparten clases, dentro del mismo plantel escolar dos horas a la semana.

El programa de alianza ofrece una beca (en efectivo) a los niños de bajos recursos que cursen el 1°, 2° y 3° grado de primaria y también se les proporciona ayuda en especie (despensas). Para poder ingresar al programa los niños solo tienen que declarar su carencia de recursos económicos y se le admite, sin embargo durante los siguientes dos años, los niños deben de mantener un promedio general, mínimo de ocho, para poder seguir incluidos en el programa.

A pesar de que el programa beneficia directamente a los niños, se considero conveniente involucrar a los padres, para que estos no solo se hicieran corresponsables, sino además que pudieran recibir capacitaciones en cuento al uso de las gestiones administrativas.

## 1. 8 PROYECTOS DE SALUD EN LA SIERRA DE SANTA CATARINA.

El programa de salud, que incluye el PAI, surge del Grupo de Mujeres en Lucha (1983 – 1984), este programa crece de manera particular en la Colonia San Miguel Tetongo, y tiene su raíz en la Unión de Colonos. Esta iniciativa se ubica en un contexto caracterizado por la proliferación de enfermedades propias de la pobreza extrema, la falta de educación y la carencia de servicios públicos.

En 1995, el Equipo pueblo, realizó un diagnóstico de los problemas principales de la Sierra de Santa Catarina, y se encontró un cuadro de las enfermedades más frecuentes (ver tabla 2), de donde se estima que los habitantes de la zona padecen, en un alto índice, las llamadas “enfermedades de la pobreza”, pues las enfermedades respiratorias y gastrointestinales representan el 85% y el 50%; respectivamente de frecuencias de afecciones. (Sainz de N.M., 51, 1997).

Tabla 2 Enfermedades más frecuentes en la Sierra de Santa Catarina, Cd. Méx. D.F. 1995

<b>TIPO DE AFECCION</b>	<b>% DE LA POBLACION ENCUESTADA QUE LA HA PADECIDO.</b>
RESPIRATORIA	60%
GASTROINTESTINAL	27%
CIRCULATORIA	10%
NERVIOS	5%
REUMATICA	4%
OTRA	4%

Fuente: Sainz de N. M. *Ibidem*, p. 51

El programa de salud se desarrolla en un proceso que según Flores H.E. (1998) se divide en seis etapas:

**Primera etapa (1985)**, en el grupo de Mujeres en Lucha de San Miguel Teotongo, a propuesta de algunos dirigentes, se decide impulsar un trabajo en torno a la problemática de salud de las mujeres; solicitan asesoría al Equipo de Mujeres en Acción Solidaria (EMAS), con quienes trazan un plan de trabajo y se inician talleres de salud en las diferentes secciones de la colonia.

**Segunda etapa (1986).** Nace el deseo de tener un espacio de atención y deciden aprovechar unas instalaciones abandonadas por las autoridades del Sector Salud, y con la asesora de EMAS elaboran un proyecto, con el objeto de obtener apoyo económico para el trabajo de salud y para acondicionar el Centro de Atención; un año después obtiene el apoyo solicitado a una financiadora católica canadiense.

**Tercera Etapa (1987-1989).** EMAS decide apoyar, solamente el aspecto formativo organizativo llevando a cabo, junto con las compañeras coordinadoras del proyecto, talleres en el Centro y en algunas secciones de la Colonia; así entonces, el comité asume las tareas de organización, planea las actividades de atención y formación, organiza la administración y el manejo del Centro de Salud. El grupo de Médicos en Atención, Apoyo e Investigación en salud (MAAIS), ofrece el apoyo de una doctora para las consultas médicas.

**Cuarta etapa, (1990).** El grupo EMAS, inicia su salida de San Miguel Teotongo; el comité experimenta el "gusto" por su autonomía, pero también el sentimiento de "abandono".

**Quinta etapa (1991- 1992).** La doctora de el MAAIS, se retira y es remplazada por otro médico del mismo grupo, quien además de apoyar ala consulta médica, también asesora en la capacitación para las promotoras , en el trabajo organizativo y de formación para el resto de la colonia. El comité impulsa la apertura de otros Centros de atención.

**Sexta etapa (1993).** La Unión de Colonos decide impulsar un proyecto integral, el cual incluya el trabajo en torno a la salud. Con este trabajo se pretende lograr un desarrollo integral de salud que permita elevar la calidad de vida y disminuir los factores de riesgo de enfermar en San Miguel Teotongo, a partir de la creación de una infraestructura básica de atención, del uso de la medicina alternativa y de la

promoción de la salud (Unión de Colonos de SMT, y DECA Equipo Pueblo, 1993, citado en Flores, H.E., 89, 1998).

Los objetivos del proyecto de salud, son:

- Brindar atención curativa a la población, ofreciendo diferentes opciones terapéuticas: alopátia, acupuntura, herbolaria y masajes.
  
- Promover campañas preventivas a escala individual, como toma de papanicolau, vacunación, control de peso y talla en niño, y control del embarazo.
  
- Realizar campañas de promoción de la Salud, hacia la población de la colonia, como campañas contra la basura, de reforestación, el diagnóstico de la situación nutricional de los niños, etc.
  
- Organizar cursos y talleres hacia las mujeres sobre diferentes temáticas: nutrición y alternativas nutricionales, herbolaria, salud de la mujer y salud mental.
  
- Coordinarse con otros grupos de salud de la zona del país para apoyarse e intercambiar experiencias.

Tras los años que ha tenido ejecución el programa de salud. Los resultados obtenidos han sido significativos (ver tabla 3), además se han creado comités territoriales de salud, cuyo propósito es extender la red de agentes del proyecto. Se ha creado también, espacios físicos adicionales para los servicios a la comunidad de la Sierra de Santa Catarina, y se participa en el comité de Salud de Iztapalapa. Su entusiasmo y los resultados de su trabajo les han abierto las puertas en otros sectores de la sociedad. (Sainz, de N.M., 53, 1997)

**Tabla 3 Productos del programa de salud 1993-96. PAL**

SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	AÑO			
		1993	1994	1995	1996
Formación de promotoras	Número de cursos, charlas y conferencias	43	50	50	50
Servicios de educación para la salud	Número de cursos, charlas y conferencias	83	144	150	150
	Número de asistentes (promedio)	40	100	100	100
Servicios de atención médica	Consultas	1762	1776	1323	974
Acciones de salud preventiva	Acciones para la mejora del Manejo de basura.	10	12	9	10
	Campañas de reforestación.	15	18	16	20
	Campañas de vacunación.	6	6	6	6

Fuente: Sainz de N. M., *Ibid*, p. 70

En la colonia Miravalle, en general, el estado el estado de salud, suele ser mala, y con muy pocas oportunidades de atención, por tanto, existe una incidencia significativa de desnutrición infantil y en mujeres embarazadas, así como de enfermedades crónicas, (diabetes, entre otras.)

Los habitantes de esta zona, de acuerdo a su situación, recurren a la atención médica pública o privada, pero la mayoría opta por los "remedios caseros" cuando la enfermedad esta iniciando, y al médico particular cuando ya ha avanzado. No obstante sólo una mínima parte tiene acceso a la atención médica pública. En la forma de atención a la salud influyen diferentes aspecto, entre ellos, el cultural. Sin embargo, es sobre todo la falta de recursos económicos lo que determina el cómo y dónde atenderse.

En la Colonia Miravalle el proyecto de salud que actualmente se ejecuta, se inicio hace siete años, con la preparación de medicamentos y pomadas

herbolarias, y en vista de que despertó el interés de la gente, nació la propuesta de construir un Centro de Salud; y con el apoyo de la comunidad se construyó un local pequeño. También se convocó a la gente que quisiera colaborar en el proyecto, y fueron los Religiosos Maristas quienes apoyaron a ayudaron a planear el proyecto de trabajo.

Hacia el año de 1996, con la construcción del local sedes, que integra a los demás proyectos de la COCOMI, se establecen distintos servicios de salud a la comunidad, (medicina general, ginecología, medicina herbolaria, psicología, odontología y oftalmología).

En el proyecto de salud se producen medicamentos herbolarios, que se venden a precios accesibles a quienes asisten a consulta, y al público en general. También se ofrece medicina de patente (de los denominados medicamentos similares), a un precio bastante económico.

También se imparten cursos, a los padres de familia y alumnos de las escuelas, no solo de la colonia, sino también a las zonas aledañas. Las temáticas abordadas son: sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, primeros auxilios, como hacer crema y shampu, como hacer pomadas, entre otras.

---

**CAPITULO II**  
***PSICOLOGIA***  
***SOCIAL DE LA***  
***SALUD***  
***COMUNITARIA***

## **2.1 CONCEPTO DE SALUD Y SUS IMPLICACIONES.**

La primera impresión que tenemos de la palabra "salud", muy probablemente coincide con el de la imagen de una persona que no esta enferma, sin embargo, esta simple impresión no es suficiente para el alcance que tiene esta "simple" denominación. Por ello recurro como a algo imprescindible en este trabajo a una breve revisión de lo que se ha entendido y se entiende, en la actualidad, por el concepto de salud; puesto que en aras de un nuevo milenio la historia toma nuevos matices y junto con ella también los conceptos.

### **2. 1.1 EVOLUCION DEL CONCEPTO SALUD - ENFERMEDAD.**

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

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



Esta concepción renovada de la salud surge dentro del contexto definido por las siguientes características:

- a) El aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas frente a las infecciosas. Se observa un incremento significativo en los problemas crónicos, cuyo origen no tenía explicación en los gérmenes sino en los comportamientos de los sujetos, tal es el caso del cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico y enfermedades de transmisión sexual, entre otras.
- b) El énfasis en consecuencias de la enfermedad y no a la mera constatación de presencia o ausencia. Se iniciaron estudios de las tendencias, oscilaciones, y la eficacia de las intervenciones en las enfermedades, así como la prevalencia e incidencia de la enfermedad, de aquí que se desarrolle la vigilancia de la epidemiología.
- c) La incorporación de las nociones como función, variabilidad y adaptación al concepto de salud. La *normalidad*, en el proceso salud – enfermedad, se concebía como un grupo de variaciones alrededor de un nivel medio, por ende, este constructo resultaba insuficiente para explicar tal proceso; por ello era conveniente recurrir a los factores de *variabilidad y adaptación*, desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.  
Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad son considerados estados dinámicos de adaptación y desadaptación del individuo frente al ambiente.
- d) los hallazgos y avances de la epidemiología en el campo de la evaluación de la salud y de los indicadores de salud.

Los conocimientos que hasta ese momento se habían adquirido sobre la salud y la enfermedad eran aportaciones de las ciencias básicas, ciencias clínicas y las ciencias medico sociales, muy valiosas pero no suficientes; era indispensable obtener “conocimientos sobre la forma de funcionar de una colectividad, y sobre la influencia que tienen las normas, los valores y el comportamiento humano en las causas y en las características de morbilidad comunitaria. (Romero, T. 1998, Octubre).

Es entonces cuando se define a la Epidemiología como una ciencia eminentemente social sanitaria, encargada de identificar los factores determinantes de los estado de salud y enfermedad en las poblaciones.

Así entonces la epidemiología se ocupa de identificar las causas de las enfermedades infecciosas, de los factores etiologicos de cualquier enfermedad, y de otros factores que pueden mejorar las condiciones de vida de las personas de las distintas comunidades humanas.

Los objetivos de la epidemiología, entre otros, son:

- I) Efectuar el diagnostico de salud de la población.
- II) Realizar la evaluación de los métodos de diagnóstico y tratamiento.
- III) Establecer probabilidades y riesgos
- IV) Mejorar la comprensión de los fenómenos biológicos
- V) Identificar nuevos síndromes y perfeccionar su conocimiento respecto a estos.
- VI) Investigar las causas que los generan, y
- VII) Contribuir al buen funcionamiento de los servicios de salud.

Estos cuatro factores, aportaron evidencias y por ende fundamentos suficientes para construir el nuevo concepto de salud – enfermedad, definiéndola como el “equilibrio dinámico positivo entre las capacidades y las potencialidades biológicas, psicológicas y sociales de los individuos y las condiciones medio – ambientales en que se desenvuelven”(B. Alonso, 1991; citado por Teresa Romero, 1998, Octubre).

Lo relevante en este nuevo concepto de salud – enfermedad, es la aceptación de que en este se encuentran implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronostico del proceso de enfermar. (Rodríguez Marín, Pastor y López, 1988; citado en Rodríguez Marín, 16,

1995). En el marco de un paradigma holista o integral, Rodríguez Marín (1995) señala que la salud se entiende como:

- Un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo su capacidad y potencial, tendiendo a la plenitud de su autorrealización, (San Martín, 1985).
- Un concepto dinámico y cambiante cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula, (De Miguel, 1985).
- Una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones, (Font, 1976).
- Una tarea que exige la coordinación de las aportaciones científico – técnicas de distintos tipos de profesionales.
- Un problema social y político cuya solución pasa necesariamente por la participación activa y solidaria de la comunidad, (Font, 1976; Rodríguez, 18, 1995).

Unida a este nuevo enfoque, la OMS, en 1978, celebró la Conferencia Internacional sobre la "Atención Primaria de Salud", en Alma Ata. En ella se promulgó la Carta Magna mediante la cual se pretendía coordinar las estrategias que se desarrollarían en el campo de la salud. El detonante de ello era la "necesidad de una acción urgente" por parte de los gobiernos de todo el personal de salud y de desarrollo, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, (Becoña, 100, 1995).

Actualmente, además de enfermedades con un alto índice de morbilidad y mortalidad como el cáncer, el SIDA, las enfermedades cardiovasculares, etc. las desigualdades de acceso a los servicios sanitarios, en función de la posición social, el descenso de la calidad asistencial y el incremento del costo, son problemas cada día más relevantes.

La nueva concepción de la salud se refleja, de manera determinante, en el cambio de la filosofía de la OMS, quien pone ahora el énfasis, no en la curación,

sino en la prevención y promoción, y en la atención a factores que van más allá de lo puramente biológico. Esta mejora, pasa por asegurar a todos los ciudadanos las condiciones fundamentales para la salud, reducir los riesgos asociados al estilo de vida, mejorar los aspectos sanitarios de las condiciones de vida y aspectos físicos o fisiológicos.

## **2.1.2 SALUD Y ENFERMEDAD**

La enfermedad y la salud son variaciones de un fenómeno único: el de adaptación del hombre a su ambiente natural y social; de modo que la salud es el equilibrio ecológico entre huésped, agente y el medio natural y social, mientras que el desequilibrio de estos factores, representa la enfermedad.

La adaptación del hombre, a su medio, no es pasiva, sino que, señala Barrer (1992), se trata de una adaptación activa, del dominio del medio. Esta adaptación presupone una elección deliberada de lo que el sujeto acepta y de lo que no acepta, y las ejecuta modificando deliberadamente las condiciones ambientales.

El hombre es el principal agente que modifica al mundo físico, y por ende es capaz de modificar al mismo hombre, su organización social y su situación existencial. La relación entre el ser humano y su entorno están en un constante proceso de cambio y este último ha pasado de objeto externo, ajeno consumible a parte integral de nosotros mismos. Es por ello que la noción de salud está en conexión recíproca con dos tipos de proceso el mundo social (con sus instituciones, creencias, representaciones, hábitos, valores, etc.) y el mundo natural.

La antropología al estudiar la medicina primitiva ha realizado importantes contribuciones a la psicología médica y ha demostrado que las representaciones de una enfermedad (cualquiera que sea el tipo de

representación), varían según las culturas. Estudios realizados sobre la medicina primitiva demuestran la existencia de dos grandes polos en la interpretación de cualquier existencia de esos grandes polos en la interpretación de cualquier enfermedad: Una concepción exógena la cual considera que la enfermedad: una concepción exógena que considera a la enfermedad como algo exterior que se añade al cuerpo; es una intrusión, "real o simbólica", de un objeto en el cuerpo enfermo" Por el contrario, la teoría endógena considera a la enfermedad como una sustracción, como un robo mágico al alma del individuo".

En realidad en toda sociedad existe una separación entre la enfermedad física y la enfermedad socialmente reconocida. En ciertos casos, los trastornos se ignoran o incluso se consideran como signos de buena salud. Por consiguiente, la enfermedad no sólo depende de una convención cultural, sino que además, un estado biológico determinado puede ser o no considerado una enfermedad" según el grupo cultural en cuyo seno se manifiesta.

La enfermedad no solo comprende significaciones, funciones, relaciones, actitudes y técnicas que permiten a los miembros de un grupo de la misma cultura identificar diferentes clases de enfermedades y trastornos, sino además, lo que de ella se dice al médico, se relaciona con determinados contenidos de un grupo cultural. (Barrer, 114, 1992).

Así como la enfermedad esta influida por el contorno social, lo psíquico y el lenguaje del enfermo, también lo está el mismo cuerpo en cuanto a las sensaciones que experimenta y el lenguaje con que se habla de él; el ser humano, sano o enfermo, es en tanto existe una relación social, por ello hoy en día se considera que la enfermedad es la expresión de la relación entre el enfermo y su ambiente, en especial de su ambiente familiar. (Barrer, 116, 1992). Así entonces, el proceso de enfermedad no puede ser comprendido fuera de la relación que se establece entre el enfermo y su ambiente social.

Claudine Herzlich, (1969) ha realizado un estudio psicosocial basado en la relación de dependencia que existe entre la persona y el sistema sociocultural, de los conceptos de salud y enfermedad titulado: "Salud y enfermedad, análisis de una representación social" (Mounton, 1969); en el que manifiesta que la salud y la enfermedad son el resultado de los procesos psicosociales, lo que implica que deben estudiarse a partir del análisis de la representación social, "puesto que la salud y la enfermedad dependen de factores como instituciones y normas sociales, conviene estudiar como son percibidas por el individuo y cual es el sentido que les concede"<sup>2</sup>.

Herzlich, considera que la presión social es la raíz de la insalubridad y de la enfermedad: y que el carácter malsano de la "Civilización Urbana" que se descubre tanto en las conductas como en los resultados, se explica por la referencia constante al carácter artificial y químico, antinatural, de los productos ofrecidos al consumo alimentario. El hombre es sano por "*naturaleza*", pero la sociedad le corrompe.

Es aquí donde se encuentra de nuevo la bipolaridad entre lo endógeno (interior) y lo exógeno (exterior). La salud es interior al individuo y se define como una capacidad y un potencial de resistencia a la enfermedad; la enfermedad es exterior al individuo, producto del conflicto entre el individuo y la sociedad; de manera que, es la presión de la sociedad la que garantiza la unidad de las agresiones al modo de vida, no obstante el hombre posee la fuerza para resistir los ataques.

De ahí que Herzlich, establece tres categorías de salud:

- 1) *SER SANO*; esto es, el sujeto tiende a ser sano por naturaleza.
- 2) *TENER SALUD*; se posee la salud como una especie de capital, como una "fondo de salud".

---

<sup>2</sup> Barreré J.J. (1992), "Salud y enfermedad". En *Psicología Social I*. Plaza & Janes. p. 117

- 3) **CREAR SALUD**; es decir una misma la crea, y se manifiesta por un “equilibrio”, por un desarrollo, que se percibe como un excedente.

Crear salud, permite enfrentarse a todas las agresiones además de que proporciona un sentimiento de bienestar físico, estado que se manifiesta por el buen humor y por las buenas relaciones con el otro, esto es, por la actividad. Bajo estas premisas la psicología ha demostrado que las nociones de salud y enfermedad son el resultado de un proceso, dentro del cual el hombre se considera como un ser no acabado; inserto en una dialéctica de autorrealización, (Barrer, 117, 1992).

La salud y la enfermedad, son parámetros que se construyen según la cultura del grupo social, y es el contexto sociocultural quien determina las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y enfermedad, al dar contenido a los propios conceptos de salud y enfermedad, (Rodríguez Marín, 24, 1995).

### **2.1.3 PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD**

La promoción de salud “es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud”<sup>3</sup>

Este proceso, constituye una estrategia que pretende vincular a las personas con su entorno, con el fin de crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social; lo que implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, con vistas a asegurar que el “*entorno global*” promueva la salud.

---

<sup>3</sup> Nutbean, Don. (1996) Glosario de promoción de la Salud. En: Promoción de la salud: Una antología, Ed. OPS, México. P. 384.

La promoción de la salud, no solo se ocupa de promover el desarrollo de las habilidades personales y capacidad de la persona para influir sobre los actores que determinan la salud, sino también de la intervención sobre el entorno para reforzar los factores que sostienen estilos de vida saludables y modificar aquellos que impiden ponerlos en práctica (Nutbean, Don, 385, 1996)

La promoción de la salud supone la instalación y mantenimiento de comportamientos saludables y aumentadores de capacidades funcionales físicas, psicológica y sociales de la persona. La promoción de la salud se realiza grupalmente mediante acciones ejercidas sobre los individuos que les lleve a modificar sus comportamientos, para que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de la salud que tienen a su alcance y estén capacitados para tomar individual o colectivamente, las decisiones implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven (OMS, 1969).

Los programas de promoción y prevención sanitarias se pueden realizar con enfoques individuales, grupales y comunitarios e incluyen: campañas en los medios de comunicación, e intervenciones directas personales; utilizan intervenciones unidimensionales y mutidimensionales dependiendo de si pretendemos producir cambios en una o variadas conductas de riesgo o de salud simultáneamente. Las teorías más utilizadas en este campo son el modelo de creencias sobre la salud, y la teoría de la acción razonada, (Rodríguez, 358, 1995).

La promoción de la salud se relaciona estrechamente con la educación para la salud o educación sanitaria. Este termino se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada.



Por otro lado, la educación para la salud designa las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con el objetivo de facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada; se trata básicamente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud, (Nutbean, Don, 385, 1996).

La educación para la salud ha superado el papel que tradicionalmente se le atribuía, el cambio de conductas de riesgo de los individuos, pues ahora se considera un potente instrumento para el cambio.

La educación para la salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud, sin embargo, la educación para la salud no se preocupa sólo de los individuos concretos y de sus conductas saludables y de riesgo.

En el ámbito de la promoción de la salud es también necesario poner en práctica las diferentes formas de educación para la salud, dirigidas hacia los grupos y las organizaciones y hacia las comunidades enteras. Estas actividades educativas pueden servir para concienciar sobre las causas económicas, ambientales, estilos de vida en salud y de la enfermedad.

Para ello es necesario que su contenido incluya informaciones que, por ejemplo, demuestran la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios ambientales, económicos o sociales que favorecen la salud.

De este modo, la educación para la salud y la promoción de la salud quedan estrechamente entrelazadas. La promoción de la salud, depende, en esencia, de la educación para la salud pues es una herramienta de vital importancia en este proceso. (Nutbeam, Don 385, 1996). Y puede entenderse como una combinación de cuatro pasos: análisis del problema, identificación de los determinantes de la conducta, intervención comportamental y evaluación. La educación para la salud se dirige, primordialmente a personas sanas con el objetivo inicial de prevenir la enfermedad, pero también para mejorar la calidad de la salud.

Es necesario, pues, crear condiciones generativas de salud, manteniendo y consolidando una comunidad despierta y atenta a esferas que van más allá de la reproducción. Dichas condiciones nos acercarán al ideal de una sociedad civil fuerte, justa y sana, pero para ello, es indispensable abordar la salud desde el contexto urgente, es decir desde la una perspectiva "comunitaria", ya que las necesidades de la sociedad así lo exigen, Con miras a una "salud comunitaria", se trabajaría en mejorar la calidad y oportunidad de los servicios de promoción y educación de la salud, prevención y curación de las enfermedades, así como en la rehabilitación, ejecutados por grupos interdisciplinarios a través de su coordinación para el logro del bienestar comunitario.

#### **2.1.4 SALUD COMUNITARIA**

Como ya lo había señalado la salud, desde la nueva perspectiva holista, implica el equilibrio bio – psico – social del individuo; este nuevo enfoque contempla el análisis de la realidad que van de lo individual a lo grupal. P. Lovelle (1984) describe tres niveles en la determinación sociopsicológica del proceso salud – enfermedad.

- **Nivel individual:** Relación entre el estilo de vida individual, las condiciones individuales de vida y el estado de salud particular.

- **Nivel grupal:** Relación entre el modo de vida y las condiciones de vida que cada grupo enfrenta en su cotidianeidad, en tanto refleja el estado de salud correspondiente.
- **Nivel microsocioal:** Relación entre la formación socioeconómica y el estado de salud en la población en general. ( Romero Teresa, 1998, octubre).

Sin embargo con frecuencia se tiende a enfatizar el aspecto individual; lo cual resulta comprensible dado que la salud se manifiesta de manera inmediata en el estado biológico y psicológico individual, mientras que los ámbitos grupal y social no presentan manifestaciones inmediatas. Sin embargo son precisamente estos dos niveles los que posibilitan y dan pauta a la salud individual (Solís Valdez, M. S. y Meza Aguilar, H. 5, 1991).

Solís Valdez, M. S. Y Meza Aguilar H. (1991, señalan que los problemas de deterioro ambiental (hacinamiento, contaminación, falta de alcantarillado y drenaje), el decremento del presupuesto al sector salud (que ha generado topes salariales y reducción del gasto público para el desarrollo social), las políticas particulares de las instituciones de salud (burocratización) y el efecto de las campañas de salud (que pretenden la homogeneización de actitudes y comportamientos), son algunas de las condiciones que originan y favorecen el desarrollo de problemas en salud, tales como enfermedades infecciosas gastrointestinales, parasitarias y respiratorias, padecimientos crónicos y degenerativos, la reincidencia de la epidemias como el sarampión y el cólera, la aparición de nuevas enfermedades (SIDA), trastornos afectivos (ansiedad, neurosis, depresión, estrés), adicciones (tabaco, alcohol, heroína), y la violencia y agresión, ( Solís Valdez, M. S. y Meza Aguilar, H. 6, 1991).

Las comunidades que enfrentan problemas de salud y/o de morbilidad interpretan la salud sólo como la atención a estos problemas, ya sea por medio de la creación de centros o instituciones propios o exigiendo el acceso y calidad de los servicios del sistema de atención social a la salud, pero no siempre logran caer

en cuenta de que su participación como grupos organizados en si misma es un signo inequívoco de salud social que viabiliza y posibilita los niveles de salud individual. ( Solis Valdez, M. S. Y Meza Aguilar, H. 5, 1991).

Así entonces, la responsabilidad para el desarrollo comunitario, la búsqueda del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida especialmente en la población marginada, es responsabilidad de la sociedad entera. De este modo, la salud comunitaria, se aparta del patrón tradicional de atención médica hospitalaria y especializada para los individuos, entrando a prestar atención integral y permanente a la comunidad.

La salud comunitaria debe incluir otras profesiones de la salud, para ampliar su campo de acción e incluir otros factores condicionantes de la salud, tales como el medio ambiente, la situación económica y los aspectos culturales. Para trabajar en la mejoría de la calidad y oportunidad de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad, así como en la rehabilitación, con el fin de lograr el bienestar de la comunidad.

## **2.2 ¿QUIEN ES LA COMUNIDAD?**

En los primeros apartados, de este capítulo, he señalado la pertinencia de hacer un abordaje de la salud y enfermedad a un nivel comunitario, dado el carácter urgente de tener y crear, ya que las diversas necesidades de la sociedad así lo exigen; por ello es ahora pertinente, especificar y aclarar quién es la comunidad, cuáles son sus características y como funciona; con el fin de reconocer bajo que contexto es aplicable la prevención promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud.

### **2.2.1 DEFINICION Y CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD**

La definición de comunidad, plantea en sí misma una dificultad, ya que a partir de los distintos conceptos detectados en la literatura, se ha podido apreciar que comunidad es utilizada indistintamente para denominar un vecindario, una asociación profesional, un grupo religioso, un conjunto de países, etc. Así entonces, a la comunidad se le define como:

- ◇ Grupo de gentes que viven juntas en una localidad, ubicada de tal manera que inevitablemente, se organizan en grupos para proteger sus intereses comunes, (Caroline Ware, citado en Carranza, 3, 1987)
- ◇ Unidad social cuyos miembros comparten algún rasgo, interés, elemento o función común con conciencia de pertenencia, situado, en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí que en otros.( Ander – Ogg, citado en Carranza,3, 1987)

Estas dos definiciones caracterizan a la comunidad por ocupar un área, ejercer una función, con interese en común, que se conciben en su interacción cotidiana: "En un sentido amplio se utilizan para nombrar unidades sociales con ciertas características especiales que le dan una organización dentro de un área delimitada" (Pozas A. R, 1964; citado en Carranza. A. M; 1, 1987).

Hay quienes al definir a la comunidad señalan aspectos relevantes de esta, en cuanto a que enfatizan su dinamismo, como una institución social que favorece la acción social, a través del sentimiento subjetivo, relación social y personalidad de los participantes, tal es el caso de M: Weber y L. Wirth.

Llamamos comunidad a una relación social cuando y en la medida que la actitud en la acción social, se inspira en el sentimiento subjetivo (afectivo o tradicional) de los participantes de construir un todo. (M. Weber, 1974; citado en Carranza. A. M. 2, 1987).

Históricamente, la comunidad ha sido una expresión que enfatiza la unidad de vida en común de un pueblo, La vida en común sufre cambios que se reflejan en los cambios de interés científico por el estudio de la comunidad. Un aspecto de la comunidad es su base territorial. Otra perspectiva de la comunidad es pensarla como una constelación de instituciones, Un enfoque psicosocial nos presenta la comunidad como una constelación de tipos de personalidad. (L. Wirth, 1964; Idem).

En general las múltiples definiciones de comunidad puede considerarse bajo tres dimensiones:

- Como un lugar donde se toma en cuenta el ambiente físico (natural o artificial).
- Como un conjunto de personas, como una población, dadas las características sociales de sus habitantes, (sexo, edad, nivel educativo, clase social).
- Como un subsistema social; la comunidad puede ser considerada como una totalidad de la interacción entre subsistemas (Sanitario educativo, económico, religioso, familiar y de comunicaciones).

La comunidad, también se considera, como algo más concreto que la sociedad, a la que se le atribuyen algunos denominadores comunes que la

perfilan: organización, interrelación, coexistencia, integración, funcionalidad, conciencia de identidad, alguna común direccionalidad en sus acciones colectivas, etc. Pero cabe subrayar especialmente su inevitable condición dinámica, en virtud de los cuales tiende a su organización y desarrollo social, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida. (San Martín, citado en García I. , Giuliani F. Y Wiesenfeld, 77, 1994).

Por su parte, García I, Giuliani F. Y Wiesenfeld E. (1994), las distintas definiciones de comunidad se dividen en dos grandes grupos característicos:

- A) **Estructurales:** en donde, como primer elemento se reconoce a los individuos asociados, vinculados entre sí, con características propias y diversas al mismo tiempo; lo que implica una confluencia de valores, normas, culturas, e historias particulares que deben ser comprendidas desde una perspectiva integral. El segundo elemento que se reconoce es el ambiente físico, que es el entorno donde conviven los individuos y en el cual interaccionan (formado por las viviendas y el espacio exterior a ellas). Así pues existe una interrelación de la vivienda de los espacios comunes en donde los habitantes conviven.
- B) **Funcionales:** esta propiedad es posible sólo a partir de la articulación de los elementos estructurales. Pues supone que los vecinos se conocen entre sí, esto es, generan redes sociales que abarcan casi todos los miembros de la comunidad, en su vida cotidiana. La interacción y convivencia entre los vecinos puede hacerse más intensa, si se comparten necesidades y enfrentan problemas comunes; de modo que la interacción cotidiana es la expresión más general de los elementos funcionales.

En general, "la comunidad debe ser concebida como un todo dinámico, con sus elementos, en permanente articulación y manteniendo una interrelación que afecta al mismo tiempo a ambas dimensiones (estructurales y funcionales)"<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> García I. Giuliani F. et al (1994). **El lugar de la teoría en psicología social comunitaria; comunidad y sentido de comunidad**, México: Universidad de Guadalajara p.80.

Los elementos funcionales que permiten la interacción de los distintos componentes de la comunidad son posibles por una serie de procesos que actúan sobre ella; entre otros procesos encontramos afectos y sentimientos en los integrantes de una comunidad entre sí y hacia la comunidad misma. Un principio organizador de los aspectos afectivos de los miembros de una comunidad es el sentido de comunidad.

Sarason (1974) en su obra titulada "El sentido psicológico de la comunidad", explica que el sentido de comunidad se entiende como el sentido de que uno se encuentra inserto en la red de relaciones sociales que le proporcionan apoyo y que nos impiden caer en la experiencia de la soledad y el sufrimiento de la ansiedad; a este se le suele definir como "el sentido de que uno pertenece a una colectividad mayor, de la cual es parte significativa; el sentido de que aunque haya conflicto entre las necesidades del individuo y las de la colectividad, o entre diferentes grupos de la colectividad, estos deben ser resueltos de forma que no se destruya el sentido psicológico de la comunidad; El sentido de que hay una estructura de relaciones que se fortalecen y no se diluyen en sentimientos de soledad". (Sarason, 1977; citado en Gómez I. y Hombrados Mendieta M. I; 22, 1996)

Sarason señala como ingredientes básicos del sentido de comunidad los siguientes:

- I) Percepción de similitud con los miembros de la comunidad.
- II) Reconocimiento de la interdependencia que se da entre los miembros de la comunidad en cuestión.
- III) Deseo de mantener dicha independencia, que se traduce en comportarse con los demás como nosotros esperamos y deseamos que ellos se comporten con nosotros.
- IV) El sentimiento de que uno es parte de una estructura social superior estable y de la que depende.



V) En general, el sentido de comunidad es un principio organizador de los aspectos afectivos de los miembros de una comunidad misma. McMillan (1976), define el sentido de la comunidad como "... un sentimiento que tienen los miembros de la comunidad a cerca de la pertenencia, un sentimiento de que los miembros se preocupan unos por otros y que el grupo se preocupa por ellos, y una fe compartida de que las necesidades de los miembros serán satisfechas por su compromiso de estar juntos."<sup>5</sup>

MC Millan y Chavis (1986), describen como componentes del sentido de la comunidad la membresía, influencia, integración y satisfacción de necesidades y la conexión emocional compartida, y se describen a continuación:

A) *Membresía*; que consiste en un sentimiento de pertenencia al grupo. Lo relaciona con aspectos como: *seguridad emocional*, permite a las personas integrar y estimular sus vínculos afectivos sin obstáculo; ***pertenencia e intensificación***, determina quien forma parte y quién no, se vincula sentido de la comunidad operando como facilitador del proceso; *Inversión personal*, es el aporte que las personas hacen a la comunidad, tales como un lenguaje especial, objetos que tienen una especial significación para las personas. Es importante señalar que la relación que establece la comunidad con sus símbolos es intensamente afectiva.

B) *Influencia*; consiste en la posibilidad de incidir sobre la vida de la comunidad en una forma unidireccional: los miembros influyen en la comunidad al tiempo que ésta lo hace sobre ellos. Los miembros de una comunidad se sienten más adaptados a ella cuando creen que tienen poder e influencia.

C) *Integración y satisfacción de las necesidades*, la convivencia aspecto clave en una comunidad, implica por sí misma una serie de circunstancias ya sea cotidianas o extraordinarias, las cuales requieren de todo tipo de necesidades.

---

<sup>5</sup> García I. Giuliani F. et al . Ibidem, p. 81.

Esto es, se refuerza la satisfacción de las necesidades de los integrantes de la comunidad.

D) *Conexión emocional compartida*. Este concepto surge a través de mecanismos tales como la frecuencia y calidad de la interacción, la historia compartida; la inversión que las personas hacen en su comunidad. Es un componente del sentido de la comunidad eminentemente afectivo que se relaciona con las diferentes formas de interacción que se favorece dentro de la comunidad. (García I. Guiliani I; y Wiesenfeld E; 81, 1994).

Los elementos constitutivos del sentido psicológico de comunidad se constituyen a través de las relaciones dinámicas que mantienen sus respectivos elementos; así, entonces, el sentido de comunidad es un concepto múltiple y el desarrollo de una comunidad implica necesariamente un sentido de comunidad, pues este provee todos los elementos necesarios para su construcción.

El sentido de comunidad, como un concepto múltiple, se vincula a diversas procesos y elementos comunitarios, por ello, debería ser considerado como un producto de un proceso cuya construcción o desarrollo es paralelo al desarrollo de las mismas. Una comunidad es entre otras cosas, un largo y continuo proceso que se desarrolla en el devenir del tiempo.

A través de la interpretación de la historia es como se puede comprender las razones del origen y transformación de una comunidad. La historia, tiene importancia capital en cuanto a la conciencia que los miembros de la comunidad tienen de ella. En este sentido puede considerarse como una memoria que fortalece la identidad y pertenencia de los individuos dentro de la misma. En la historia están grabadas las etapas, los procesos, eventos diversos que mantienen una relación continua con el presente como una referencia a la que se puede recurrir, de situaciones y características que forman la vida de una comunidad.

Aparece nuevamente en la historia la vida cotidiana como frecuencia inconfundible para fortalecer la pertenencia e identidad de sus miembros.

### **2.2.2 ANIMACION Y EDUCACION POPULAR**

Se puede entender a la animación popular como un conjunto de técnicas sociales, que basadas en una pedagogía participativa, tienen por finalidad promover prácticas y actividades voluntarias, que con la participación activa de la gente se desarrollan en el seno de un grupo o comunidad determinada y se manifiesta en los diferentes ámbitos del desarrollo de la calidad de vida. El objetivo de la animación popular es lograr que los grupos poblacionales participen en actividades culturales, educativas y sociales para permitir el desarrollo de los grupos y la incorporación de la población a la vida social.

Las actividades que se realizan en el proceso de animación popular tienen diferentes contenido:

- a) Artístico; tales como el teatro, cine, canto, pintura, esculpe. Etc.
- b) Intelectuales; conferencias, estudios, mesas redondas, análisis y lectura de libros.
- c) Sociales; fiestas, reuniones, promoción de asociaciones.
- d) Práctico; artesanías, manualidades.
- e) Físico; deportes, naturismo, pases, gimnasia.

El proceso de animación popular supone la movilización creciente de fuerzas sociales en un esfuerzo de participación ciudadana; y esta implica a los sectores interesados en resolver de manera sistemática, a través de su propia acción, problemas como los de consumo, las guarderías, el uso del tiempo ocioso, las reivindicaciones femeninas. Etc.

Todo esto supone a su vez partir de dos cosas esenciales:

1. - La existencia de niveles de cultura formalizada e institucional suficientemente altos en el grupo social del que se trata, ya que esta actividad implica una acción directa de los sujetos en gestión que significa ocupar roles técnicos y sustituir de echa acciones que tradicionalmente se supone que podrían ser cubiertas por las instituciones estatales o privadas.

2. - La existencia de una sociedad civil suficientemente desarrollada y autónoma con relación al aparato administrativo - estatal, de manera tal que las personas implicadas partan de la posibilidad de considerarse así mismos ciudadanos sujetos del derecho de organizarse autónomamente para fines de su organización en aspectos de beneficio social.

La educación popular es entendida como la educación para los movimientos sociales, tienen por objeto la recreación de las bases de sociabilidad en una sociedad dada; es, por tanto, parte de un gran movimiento de transformación histórica. Se distingue claramente de la política y de la educación cívica, en la medida en que no se preocupa por los problemas de la razón instrumental, las así llamadas cuestiones de procedimiento, la ingeniería política, el manejo y manipulación de los mecanismos del poder: La educación para los movimientos sociales es un subsistema de educación programada e informal, orientado a complementar el conjunto de actividades educativas y formativas existentes en la sociedad.

La manera de practicar la educación, el propio modo de interpretarla varía sistemáticamente en la misma medida en que se modifican los usos sociales. Los programas de educación popular pueden constituirse como uno de los instrumentos de formación - organización del pueblo, a lo largo de su propia acción transformadora.

Una acción transformadora de estructuras sociales, comprendida como tarea de responsabilidad popular, es más auténtica y eficaz cuando más establecida esté sobre la viabilidad de participación movilizada y crítica de sus

agentes. La educación popular puede ser, concretamente un instrumento de desarrollo de la conciencia crítica popular, en la medida en que aporte instrumentos para que los agentes populares de transformación sean capaces de vivir a lo largo de su acción. En términos prácticos es posible concebir una educación popular participante como forma de acción transformadora, en la medida en que ella crea situaciones para una permanente reflexión - revisión de dos polos: realidad existente - acción necesaria.

La acción popular transformadora debe representar siempre un nuevo proyecto global de relaciones sociales que se opone, en la sociedad clasistas, a las interpretaciones corrientes de la realidad social. La educación popular debe ser uno de los instrumentos de resignificación de la propia realidad social en la medida en que se devuelve una situación organizada del encuentro de personas que actúan colectivamente en la tarea de "transformar el mundo". De este modo, la educación popular, exige de sus agentes, una instrumentación personal que se vuelve progresivamente más compleja; por lo tanto, la tarea de cuidar de esta instrumentalización, de un modelo aparentemente similar al de algunos programas tradicionales de educación para adultos.

Una programa de educación popular tiene como fundamento la necesidad y la posibilidad de que el sistema sea transformado por el pueblo para que él pueda transformarse plenamente en agente de su propia historia. Toda la instrumentalización de la educación popular debe tener como objetivo, en último análisis, una mayor adecuación al sistema opresor y, al mismo tiempo, una mayor adecuación a los procesos a través de los cuales moviliza la acción transformadora.

Así entonces, la educación dirigida a los diferentes movimientos sociales, no sólo tiene por objeto el aprendizaje y reflexión acerca de ciertas materias, conocimientos y destrezas, sino que es una actividad social básica para la

sociedad, La educación se transforma en una práctica pre - organizativa. De convivencia democrática, de la interrelación personal.

Por tanto, el primer momento educativo sería el de la constitución del individuo como tal, pues de trataría de realizar una serie de prácticas que condujeran a personalizar y dar seguridad en sí mismos a los individuos, y una vez realizando este proceso, se podría provocar un movimiento conducente a tomar conciencia de que sólo en el nivel del agrupamiento en el cual se pueden resolver problemas que en el primer nivel aparecen irresolubles. El un segundo momento, por tanto, estaría dado por la constitución de la comunidad. El camino hacia un tercer momento es por lo general visto como el de mayor nivel educativo, pues implicaría salir de la comunidad y plantearse los problemas de la sociedad y el Estado; reivindicando los derechos grupales sobre se conjunto, y actuar históricamente siendo parte y actor del cambio social.

### **2.2.3 PROMOCION SOCIAL.**

La promoción social es un área de intervención de trabajo social que tiene como objetivo el desarrollo social, por lo que busca responder a las desigualdades sociales desde una perspectiva global e integral a través de procesos de organización y movilización social; lo que le permite desarrollar acciones de capacitación, asesoría, educación y gestoría social para promover la participación organizada y comprometida de un grupo, una comunidad o un sector de la sociedad ante un proyecto social.

Sus objetivos principales serían los de promover el desarrollo social (conjunto de estrategias y acciones promovidas por el Estado para elevar el nivel de vida de la población para garantizar el bienestar social de los individuos que integran una sociedad) a través de organizar a la población para que eleven sus niveles de vida.

Existen definiciones que le otorgan a la promoción social la finalidad del desarrollo a través del mejoramiento del funcionamiento de la sociedad y de las relaciones sociales para satisfacer las necesidades sociales, en el ámbito del individuo, grupo o sociedad; así la promoción consiste en otorgar servicios para resolver problemas de índole social, de acuerdo a lo anterior se ha definido como:

- Un conjunto de instituciones, servicios y procedimientos que actúan mediante programas concretos para hacer frente a las necesidades de las personas de un modo que sea socialmente satisfactorio y que contribuya a un mejor funcionamiento social;
- Aquellas actividades que mejoran el funcionamiento social de las personas como individuos, como miembros de una familia o de otros grupos sociales, o en su relación con la sociedad en general;
- Toda actividad encaminada a lograr una estructura social de los diversos núcleos de la población, con el objetivo de generar en ellas un verdadero desarrollo de la comunidad, en todos sus aspectos: infraestructuras y acondicionamiento del territorio, fomento económico, educativo, participación política, fomento artístico y deportivo.

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

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

Esta gama de definiciones nos indican que, la promoción social tiene un sin fin de usos, desde proporcionar servicios ante las necesidades, fomentar actividades para el mejoramiento social, pera generar nuevas perspectivas de

desarrollo, así como para establecer las estrategias para tal desarrollo. Así entonces, la promoción social incide en problemas de infraestructura y servicios público, educación, vivienda, salud, capacitación y asesoría, acciones culturales y recreativas, mejoramiento ambiental, fomento económico, organización comunitaria y alimentación.

La promoción social se desarrolla a través de instancias y de modelos donde se llevan a cabo los diferentes programas de Promoción social, de las cuales cada una lleva su propia metodología, dependiendo de los recursos con que cuenten, estas instancias son: Instituciones Públicas, Asociaciones Civiles y Organizaciones no Gubernamentales.

La ley orgánica de la administración pública divide, a este tipo de instituciones en: centralizadas, (para la aplicación de sus políticas basan su actividad en terminado modelo de desarrollo, normas y mantienen el orden social mediante la represión) y paraestatales (este organismo tienen personalidad jurídica y patrimonios propios, se abocan a la prestación de un servicio o a la producción o explotación de bienes que satisfagan las necesidades y demandas de la comunidad)

Estos organismos tienen objetivos muy diversos y cada uno de ellos resuelve o da atención a problemáticas diferentes desde diversas modalidades; promueven el desarrollo social de las comunidades mediante la participación activa de la población a través de prestaciones sociales que garantizan la protección y bienestar de los trabajadores.

Los organismos más importantes fueron creados en diferentes periodos (40's, 60's, 70's y 90's) y son campos oficiales organizados que fueron creados ante las exigencias de las clases marginadas que representan bajos niveles de vida, todas ellas tienen un carácter social, pero también político, además poseen apoyo material y financiero del presupuesto nacional. Estas instituciones cuentan,



generalmente, con servicios de: educación, atención médica, recreación, actividades culturales, alimentación, capacitación, asesoría, atención psicológica, micro empresas, actividades deportivas y fomento a la producción.

En México, la promoción social es una práctica tradicional que se aplica en tres modalidades: el establecimiento de Centros de Desarrollo de la comunidad en zonas específicas, por inserción de parejas en una comunidad que brinde sus servicios a la comunidad y por la formación de grupos de trabajo en las que se pretende favorecer la autogestión.

Carranza. A. M. Y Almeida A. E. (1984), señalan que, en particular, la promoción social, en la práctica se ha considerado como una forma práctica de la de la psicología social comunitaria; dado que la promoción social constituye un espacio de convergencia entre los intereses de la población mayoritaria y quienes se comprometen con ellos a modificar las acciones sociales que los afectan.

De este modo, la promoción social se convierte en:

- Un espacio de lucha conjunta; mediante la cual el pueblo adquiere la fuerza necesaria para defender sus intereses y su proyecto histórico
- Un proceso anticipatorio, en el cual se hacen vigentes los valores utópicos que se buscan para la sociedad en su conjunto.
- Un proceso popular, que se desea dinamizar con la pretensión de que el pueblo se lo apropie.
- Un proceso de toma de conciencia en la modificación continua de la realidad.

La promoción social visualiza la problemática social desde una perspectiva global e integral vinculando las dimensiones y relaciones de los problemas particulares. En este sentido, se ocupa de atender el desarrollo social, más que a la resolución de problemas aislados.

No obstante, la promoción social, no debe estar al margen del ámbito político, su aspiración al desarrollo la obliga a considerar las estrategias y estructuras políticas, así como el tipo de relación que estas establecen con la sociedad civil. La promoción social es un proceso que tiende a la movilización social, que requiere de una metodología y que lleva implícito un conjunto de etapas interrelacionadas, y que le otorgan al promotor funciones de capacitación, asesoría, educación y organización social, entre otras.

## **2.3 PSICOLOGIA COMUNITARIA.**

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

La verdadera identidad de la Psicología comunitaria sigue en proceso de desarrollo, pues si bien, por un lado busca ser independiente de la psicología, por el otro, su fuente de origen es la psicología social, y sus conceptos son los compartidos por otras ciencias a fines como la sociología, la antropología, la educación popular, el trabajo social, etc.

La psicología comunitaria se entiende, como la rama de la psicología cuyo objeto es estudiar los factores psicosociales que permitan desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos puedan ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y así lograr cambios en sus estructuras sociales. En suma, el factor primordial en esta labor es generar el cambio "social", mediante su agente de transformación que es la "comunidad".

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

### **2.3.1 ORIGEN Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA**

A mediados de la década de los 60's, surge una práctica originada en la Psicología social, práctica que buscaba unir teoría y acción en función de la realidad social específica en la cual se aplicaban, respondiendo a los problemas existentes en esas sociedades y revisando las explicaciones aceptadas hasta ese momento, confrontándolas con las mismas, para desarrollar interpretaciones adecuadas y útiles, de tal manera que la psicología social se adaptara a la realidad y no viceversa, y superar así la irrelevancia social que se le acusaba.

Así entonces, la psicología comunitaria se entiende, por una parte como una forma de psicología aplicada que encuentra su relevancia social cuando aporta soluciones a problemas de la sociedad. Por otra parte, se visualiza como una rama de la psicología que busca precisar la relación de las estructuras sociales con el comportamiento social e individual, establece un objeto psicológico propio y construir esquemas teóricos y metodológicos para abordarlo.

Carranza A. M, y Almeida A. E. (1995), señalan cuatro aspectos característicos desde los cuales se puede comprender los objetivos de trabajo de la psicología comunitaria:

- a) Una psicología de la comunidad, en la medida que se refiere a la investigación y evaluación de los comportamientos y características psicosociales de los miembros de la comunidad.
- b) Una psicología en la comunidad; pues lo prioritario es extender y poner al alcance de toda la población los servicios de la psicología, el psicólogo extiende su práctica brindando atención a la comunidad que lo requiere.
- c) Una psicología para la comunidad; dado que trata de entender las características psicosociales que limitan y favorecen el desarrollo de una comunidad, con opciones viables para el cambio comunitario.
- d) Una psicología con la comunidad; ya que a través de un diálogo, se busca recuperar y sistematizar el conocimiento, que le permita entender su propia

dinámica psicosocial y establecer las estrategias más viables de transformación de su realidad.

Carranza A. M. y Almeida A. E. (1995), a lo largo del desarrollo teórico práctico de la psicología comunitaria se han desarrollado dos importantes tendencias:

### **I) LA SALUD MENTAL COMUNITARIA.**

Que se define como un enfoque que destaca el papel de las fuerzas ambientales en el desarrollo y tratamiento de los problemas de la conducta humana, las características de este movimiento son:

- Propone esquemas de atención psicológica más abiertos y flexibles.
- Considera que la salud mental deben ser dominio de la comunidad, pues para su solución y prevención se necesita de la cooperación de sus habitantes.
- Crear y desarrollar nuevos conceptos capaces de hacer posible el entendimiento de las causas y de los problemas psicosociales, dando a lugar a distintos esquemas teóricos.
- La comunidad, para efectos operativos, se descompone en unidades funcionales, donde el individuo se desarrolla e interactúa, por ello los programas se orientan al plano de las interacciones sociales, (familia, escuela, iglesia, trabajo, etc.)
- Desarrollo una forma efectiva de captación de líderes vecinales habilitados como para profesionales, que a la vez que se les capacita, se les nulifica para toda acción militante.

### **II) PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA**

Sus antecedentes se encuentran implícitos en las visiones sobre modernización y desarrollo comunal, que enfocan el cambio social en forma lineal y auditiva. Sanguineti (1980) señala que la psicología social contribuye a que el

desarrollo comunitario se visualice como un proceso de motivación, de organización, de cambio de actitudes, de difusión de innovaciones, de cooperación y de cohesión social; que tiene como objetivo el mejoramiento de los niveles de vida para lograr la integración de la comunidad al proceso de desarrollo social. (Carranza A. M. y Almeida A. E; 43, 1995). Bajo este contexto surge la Psicología social comunitaria.

La nueva visión propuesta, parte de la idea de que toda transformación debe expandirse tanto en el ámbito social como el individual y que las soluciones deberán involucrar a la participación de los individuos a los que va dirigida, esto es, debe ser autogestiva y no manipuladora. Las características de esta línea son:

- su objeto de estudio son los factores psicosociales que permiten promover, desarrollar y mantener el control que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y solucionar problemas, así como lograr cambios.
- Concede mayor importancia a los principios de la psicología social
- Sitúa el análisis en el plano de las relaciones sociales, en las formas de integración del individuo en la sociedad que permitan la comprensión del fenómeno o individuo en la medida que expresan un fenómeno colectivo.
- Prevalecen dos posturas: la estructural – funcionalismo, que se orienta al perfeccionamiento y desarrollo de las estructuras sociales vigentes; y la que deviene del marxismo, que plantea un nuevo orden social transformando las estructuras actuales.
- Sus formulaciones teóricas se desprenden de una pluralidad de fuentes como la psicología social para el desarrollo, que se esfuerza por desarrollar la autogestión colocando el control en los sujetos y redistribuyendo el poder político y psicológico.

En general la psicología social comunitaria tiene por objeto de estudio la interacción humana, en tanto que en ella se recrea y se adquiere la definición de la realidad social, y adquiere concreción para los individuos; como una vía de

interacción generadora de tecnología social, cuyo objetivo es lograr la autogestión para que los individuos controlen y produzcan cambios en su medio ambiente.

### **2.3.2 MODELOS Y TEORIAS DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA**

Pese a la realidad social del trabajo comunitario, hay específicamente elementos que favorecerían su labor, tales como una redefinición de la disciplina en la que se incluyen el rol del profesional y la redefinición del sujeto objeto de estudio; es igualmente importante implicar a la comunidad en todo lo que se hace, desde la identificación de necesidades, hasta la búsqueda de soluciones, todo esto conducido a generar una conciencia integral que conlleve a la transformación social. Dado su carácter activo y su interés por darle prioridad al campo de aplicación la psicología comunitaria comprende cuatro modelos de acción:

#### **MODELO DE SALUD MENTAL**

Este modelo se centra en el desarrollo de métodos de prevención de problemas mentales, así como en la promoción de una salud mental positiva de la comunidad y nace como una alternativa a la práctica clínica tradicional basada en el modelo médico.

El modelo clínico tradicional al hacer un exagerado énfasis en el determinismo intrapsíquico de la conducta individual descuidó los determinantes sociales, errando así su tendencia al generalizar sin bases los conceptos de la psicodinámica individual a todos los fenómenos sociales y empobreció la definición de salud mental, al determinarla como ausencia de síntomas. En este contexto, la administración de servicios de salud mental, centrado en el tratamiento de individuos y desarrollada en el contexto tradicional, fracasa en el desarrollo de acciones preventivas consistentes; dado que el cambio de actitud no se logra solamente con la atención a la necesidad de información y conocimiento,

pues se trata de un proceso que se extiende a los factores afectivos y psicosociales.

Así entonces, la prevención es uno de los conceptos más importantes de la salud mental, esta puede prevenirse ampliamente y limitarse de alguna forma mediante el control de factores psicosociales. Bloom (1973), sugiere considerar tres componentes que combinados explican el procesos de las alteraciones mentales:

- 1) El individuo vulnerable; en cuanto es necesario entender sus características como su estado general de salud, su historia, su dotación genética, su vitalidad, su fatigabilidad, etc.
- 2) El entorno; en el cual es necesario identificar las características importantes del medio ambiente, (sus fuentes de tensión y amenaza psicológica o física).
- 3) El agente; identificar aquello que de alguna forma pueda señalarse como la causa o componente importante de la enfermedad o alteración.

De este modo, se observa que las alteraciones mentales, especialmente las más leves o benignas, surgen a consecuencia de factores psicológicos y ambientales más bien que de factores biológicos; de este modo los esfuerzos preventivos, de acuerdo al modelo de salud mental, deben encaminarse a fortalecer a la persona o grupos vulnerables, modificar el entorno y destruir o modificar la influencia del agente.

### **MODELO DE ACCION SOCIAL**

El objetivo de este modelo es el estudio de la distribución y el uso del poder, así como la búsqueda de su redistribución y como consecuencia, de nuevas formas de liderazgo, gobierno y transacción entre grupos humanos, que suplanten a los sistemas actuales de control, explotación y abuso del poder.



Este modelo, surge a los largo de los años 60's, como respuesta a la creciente insatisfacción con la practica de la asistencia social, fuertemente basada en la buena voluntad y en el espíritu filantrópico de las personas y de los grupos comprometidos con los desfavorecidos. Los supuestos básicos formulados en el contexto del modelo de acción social son:

- La acción social es una responsabilidad compartida que surge del compromiso común dentro de un contexto de libertad, justicia e igualdad interpersonal.
- El origen de los grandes problemas psicosociales yacen en la estructura social.
- Los conceptos tradicionales acerca del comportamiento humano son excesivamente individualistas e intrapsíquicos.
- La asistencia social no puede depender exclusivamente de la filantropía, la buena voluntad y el esfuerzo personal no remunerado.
- El entrenamiento comunitario debe tener efecto multiplicador y debe ganar recursos humano mediante la preparación de personal no profesional y paraprofesional,
- Es deseable que la meta última de cualquier intervención comunitaria sea el aumento de la capacidad de la población para autodeterminarse.

En la base del modelo de acción social se encuentra la convicción de que todos los seres humanos tenemos derecho a las mismas oportunidades, que el orden social no esta preestablecido ni depende de un poder externo que lo dispone. El hombre crea sus propias sociedades y formas de gobierno.

### **MODELO ORGANIZACIONAL**

Los antecedentes del modelo se encuentran en Lewin, Lippitt y Bradford, quienes iniciaron programas de entrenamiento en relaciones humanas, conocidos entonces como grupos "T". La acentuación del "aquí y ahora", de la "expresión abierta de los sentimientos" y de la importancia de la "retroalimentación" al

comportamiento de los grupos, permitió entender bajo una nueva visión el proceso grupal y el comportamiento del hombre en las organizaciones.

El interés central del modelo organizacional es el estudio del comportamiento humano en los grupos y de los procesos que norman esta interacción e influencias mutua. Los supuestos básicos del modelo están fundamentados en tres teorías:

- ⇒ La teoría "X", en esta el hombre es considerado naturalmente flojo y pasivo, con una repugnancia intrínseca hacia el trabajo y que por lo general solo trabaja para obtener dinero.
- ⇒ La teoría "Y", supone que la persona, por naturaleza es responsable y capaz de comprometerse con objetivos que considera válidos, puede, por ende, anteponerse el bien común al interés propio y es naturalmente altruista.
- ⇒ La teoría "Z": según esta, la base fundamental de la organización efectiva es la confianza mutua. La organización, por su parte manifiesta esta confianza en el empleado al ofrecerle trabajo de por vida.

La idea general de estas teorías es que el concepto que tengamos de la naturaleza humana influye de manera determinante en los estilos de dirección y liderazgo: junto a estas teorías han surgido otros, tales como la de las tres necesidades, la de la evaluación cognoscitiva, la del establecimiento de metas, la del reforzamiento, la de la equidad y la de las expectativas; las cuales han surgido como variantes de las tres primeras y todas, al mismo tiempo, son integrales en un modelo que no pretende agotar el tema del comportamiento organizacional, pero que si reúne las aportaciones de cada una de ellas.

El modelo organizacional ha evolucionado hacia un conjunto de interacciones específicas que se complementan y refuerzan entre sí. La integración de dichas intervenciones, en un enfoque particular para el trabajo de organizaciones, se denomina Desarrollo Organizacional (DO). El DO es aplicable en familias,

escuelas, comunidades y otras organizaciones; este suele instrumentarse a partir de valores humanístico - democráticos, que representan una postura sobre la naturaleza del hombre y de su comportamiento en los grupos.

### **MODELO ECOLOGICO**

Tiene como objeto de estudio la relación entre el organismo humano y su entorno, y sus fundamentos teóricos se derivan de la biología, ecología, psicología social, microsociología y dinámica de grupos. La teoría de campo de Lewin, aporta a este modelo la idea de que el comportamiento humano es el producto de la interacción entre la persona y su entorno, y que este comportamiento ocurre dentro del espacio vital del individuo.

Roger Barker, desarrolla el punto de vista ecológico dentro de la psicología, para describir la naturaleza del enlace entre la ecología y la psicología y crea el concepto de "ambientes conductuales"(situación física y social en la que ocurre un comportamiento humano).

Las relaciones organismo - entorno, son conceptos claves en el modelo ecológico, y pueden enfocarse en un campo básicamente interdisciplinario en el que se estudian los problemas desde niveles macrosociales, hasta microsociales de las relaciones cara a cara; y es desde este último nivel que se estudian los conceptos tales como *privacia*, procesos regulatorio mediante el cual las personas se vuelven más o menos accesibles ya abiertos a otros; *espacio personal* y *conducta territorial*, mecanismos que se movilizan para alcanzar los niveles de privacia deseados; y el *hacinamiento*, condición social en la que los mecanismos de privacia no han funcionado efectivamente, resultando un exceso de contacto social no deseado.

Estos conceptos son examinados desde una perspectiva ecológica, desde sus diversas propiedades: las relaciones entre su entorno y comportamiento se

enfocan desde una base filosófica que acentúa niveles múltiples de conducta; los diferentes niveles de conducta son relacionados con la privacia, operando como un sistema coherente, a veces sustituyéndose, amplificándose o modulándose; y Bajo un enfoque tradicional en el que el ambiente es tratado como un complejo de factores que afectan la conducta en un sentido causal.

El modelo de salud mental, de acción social, organizacional y el ecológico, son los modelos de acción que contiene la psicología comunitaria; pero ¿qué marco teórico la sustenta? ; parece ser que la psicología comunitaria se ve abatida por un sinnúmero de “micro teorías” o modelos que han sido elaborados para responder a problemas concretos, por eso, aún sigue cuestionándose su desarrollo teórico, pues, la psicología comunitaria debe buscar un marco propio, sólido y bien definido. Sin embargo, no se ha tratado a todos los modelos que conformarían el marco teórico de la psicología comunitaria, pero si a los que han contribuido en forma importante a su crecimiento.

Hambrados, M. M. (1996) enumera cuatro modelos creados por personajes de reconocido prestigio, que están haciendo un esfuerzo considerable por crear un panorama teórico propio en el desarrollo de la psicología comunitaria; y estos han contribuido de forma importante al avance de la disciplina.

### **MODELO DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL**

Barbara Dohrenwend (1978) propuso el modelo para dar respuesta a dos cuestiones importantes para los psicólogos comunitarios: qué hacen los psicólogos comunitarios y qué diferencia hay entre la psicología clínica y la psicología comunitaria.

El modelo es de gran ayuda por que se construye en torno a un concepto clave unificador: el estrés psicosocial; incluye la dimensión temporal, y permite

analizar la conducta atendiendo a la interacción de elementos personales y ambientales.

Dohrenwend, "conecta el estrés psicosocial con el proceso psicopatológico y diferencia la respuesta emocional inmediata de estrés de la respuesta psicológica: la primera aparece como una reacción normal ante un suceso normal, mientras que la respuesta psicológica es el resultado de una combinación de aspectos psicológicos individuales."<sup>6</sup> Esta propuesta actualmente tiene una gran aplicación en el ámbito de la psicología comunitaria.

### **TEORIA DE LA POTENCIACIÓN (EMPOWERMENT)**

Rappaport (1987), plantea la potenciación o capacitación (empowerment) como la meta unificadora, en él se integran en una relación complementaria la potenciación, la prevención y los principios ecológicos.

Rappaport, en el intento de establecer las bases para el desarrollo de un cuerpo teórico en psicología comunitaria, expone tres componentes básicos de la disciplina:

- i) Desarrollo de los recursos humanos: que van más allá de la mera prestación de servicios, estos deben posibilitar el bienestar de las personas.
- ii) La acción política, necesaria para crear las condiciones sociales que permitan actuar eficazmente sobre el entorno.
- iii) La ciencia social; la aplicación del método científico en los problemas sociales, para el avance de la disciplina.

De este modo, la psicología comunitaria debe contemplar un sistema de valores sociales y éticos que le permitan reconocer el derecho de los sujetos a ser diferentes, debe adoptar una perspectiva ecológica y potenciar una distribución equitativa de los recursos materiales y psicológicos.

Para Rappaport el fin último de la psicología comunitaria, debe ser el "empowerment", que se refiere tanto al sentido psicológico de control personal como a la provisión de derechos y opciones a los ciudadanos; mecanismo por el cual las personas y las organizaciones obtienen control y dominio sobre sus vidas. (Hambrados N. M. 92, 1996).

### **MODELO SOCIOCOMUNITARIO**

Esta basado en los planteamientos teóricos de la psicología comunitaria en Latinoamérica, los cuales adoptan una postura más global, constituye más que un modelo aislado una conceptualización general de la disciplina; se centra en la crítica social, la activación social y el desarrollo social con la participación de la comunidad.

El modelo defiende la unión teórica - práctica y establece los principios que deben dirigir la acción profesional:

- a) La demostración del acceso a la dirección y consumo de la riqueza social de todos los sectores.
- b) La necesidad de una comunidad informada y socialmente activa
- c) El desarrollo de una investigación dirigida hacia el mejoramiento de la calidad de vida.
- d) El desarrollo de equipos de trabajo colectivos que aumenten el rendimiento cultural, intelectual y material de la sociedad.
- e) El desarrollo de un análisis crítico de las situaciones, por que estos cumplan con su función.
- f) La legitimación de la cultura y conciencia populares.
- g) El desarrollo de una conciencia social promedio de un proceso educativo y cambio actitudinal. (Hambrado, N. M. 102, 1996).

---

<sup>6</sup> Hambrados, N. M. (1996) Marcos teóricos en psicología comunitaria" En: introducción a la psicología comunitaria, Ed. Agiber: España, p. 88

Este modelo se caracteriza por su fuerte compromiso con la justicia social y en un extremo con un cambio de ideología hacia posiciones más identificadas o sensibilizadas con las necesidades sociales de las comunidades marginadas.

### **TEORIA DEL SISTEMA SOCIAL HUMANO**

Newbrough (1991), Plantea una nueva teoría de la comunidad que conecta con la teorización postmoderna de la psicología comunitaria; observa la necesidad de crear una nueva teoría de la comunidad que denomina sistema social humano, y que se deriva de la teoría del mutualismo de Killpatrick (1986).

Esta teoría intenta combinar la comunidad de uno y la comunidad de muchos; los valores destacados en este campo son la ecología, la interdependencia y el equilibrio, fundamentales para fomentar el que los individuos aprendan a participar utilizando sus propios recursos y que contribuyan al mismo tiempo al progreso de la comunidad.

El sistema social humano apoya la integración de todos los miembros de la comunidad, instando a que el sujeto marginado se vuelva participante activo: Los principios de igualdad, fraternidad y libertad, deben tomarse en cuenta para proporcionar la base a un sistema social humano que permita desarrollar comunidades competentes y que simultáneamente promuevan el desarrollo humano individual. (Hambrados, N. M. 106, 1996)

Los modelos del estrés psicosocial, de la potenciación (empowerment), sociocomunitario y del sistema social humano, pueden complementarse entre sí, para dar una visión global de la psicología comunitaria, pues los cuatro comparten una serie de principios como la elección del nivel de análisis, la unión de la teoría -práxis, y el reconocimiento del ambiente, entre otros; que caracterizan a esta disciplina y le aportan cada vez mayor cohesión.

Sin duda la psicología comunitaria, esta haciendo grandes esfuerzos por establecer con claridad los presupuestos ideológicos y epistemológicos en la que se enmarcan la mayoría de sus teorías.

### **2.3.3 TECNICAS EN PSICOLOGIA COMUNITARIA**

Los aspectos técnicos son también importantes en la participación, el profesional es el encargado de diseñar, ejecutar y evaluar los programas, El técnico deberá estar abierto y dispuesto no sólo a permitir, sino también a facilitar que la comunidad sea parte activa y útil a lo largo del proceso programatico renunciando al protagonismo. No debe, sin embargo, renunciar a sus conocimientos o aportaciones técnicas y coordinadoras que deberán ser compatibles con la participación ciudadana.

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

- a) Partir de intereses de la comunidad en cuanto a los contenidos
- b) Plantear tareas o actividades en lugar de discusiones o charlas que tienen menos capacidad de dinamización y enganche, que sólo complican la participación.
- c) Proponer objetivos concretos o precisos, para facilitar la participación y dinamización, a través de la acción.
- d) Intentar que las propuestas participativas tengan algún beneficio o recompensa temprana o tangible, sobre todo si el proceso es largo y difícil.
- e) Romper la estructura formalidad o distancia inicial entre el interventor y el grupo.



Algunas de las técnicas usadas en la psicología comunitaria son:

- **Entrenamiento en sensibilización:** pretende propiciar en un ambiente de libertad, apertura y aceptación para explorar su experiencia e interacción con los demás para aprender mejores formas de relacionarse con ellos mismos y con los demás. Pretende obtener como resultado un aumento en la capacidad de escuchar con interés y empatía; cambios positivos en autoconcepto y autoestima, amor apertura y tolerancia ante las diferencias individuales y mejores habilidades para la solución de conflictos.
- **Retroalimentación por encuesta.** Se utiliza la encuesta o el cuestionario escrito en el que se piden opiniones sobre una variedad de temas, así la persona puede conocer claramente cual es su participación en la situación, y puede recibir valiosa información para modificar sus actitudes y comportamiento; de modo que las personas pueden evaluar actitudes de las personas, identificar discrepancias en las percepciones para confrontarlas y resolverlas.
- **Consultoría de procesos.** Se realiza en el ámbito ejecutivo con un consultor externo que aporta una visión diferente de la situación de la organización. El consultor no resuelve los problemas, sino que facilita la búsqueda de soluciones y las instrumenta con su persona.
- **Desarrollo de equipos.** En las organizaciones las personas deben trabajar juntos para alcanzar una meta común, pues el trabajo en equipo es una habilidad esencial frente a la necesidad de pertenencia. El objetivo es mejorar las actividades de coordinación de los integrantes del equipo, lo que dará por resultado un mejor rendimiento grupal.
- **Desarrollo grupal.** Consiste en reunir a cada grupo por separado y pedirle que se autodescriba y que describa al otro grupo, y al mismo tiempo que trate de imaginar como es percibido por ellos. Después se reúnen los grupos y comparten sus percepciones, discuten semejanzas y diferencias. Esto da inicio a un proceso de comunicación que eventualmente debe conducir a la solución

de conflictos y a la integración intergrupal. El desarrollo intergrupal pretende ir más allá de estereotipo con el que se percibe el grupo ajeno.

#### **2.3.4 INTERVENCION COMUNITARIA.**

La intervención es la actividad básica de la psicología comunitaria (PC), es en sí el tema más específico y distintivo de esta. La intervención social es definida como insuficiente, planificadas o no, en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal y promover el bienestar de la comunidad. El propósito de la Intervención Social (IS), es la mejoría de las condiciones humanas a través de esfuerzo dirigidos principalmente hacia la asistencia de los pobres, los menos privilegiados y dependientes para enfermarse con los problemas y mejorar o mantener una calidad de vida.

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

La IS o la Intervención psicológica (IP) se puede clasificar según el tipo de cambio (Objetivo o meta), la unidad social a afectar y según el método usado. Si la unidad afectada es social (una comunidad) y el cambio perseguido también (cambio de estructura de la comunidad) tendríamos una IS, si intervenimos sobre personas para producir cambios psicológicos, tendríamos una IP.

Los principios de intervención comunitaria (IC), son la IP y la IS, en las cuales hay ciertas diferencias, tales como:

- 1) *Objeto destinatario o unidad con que se interviene.* En la IS son los procesos y sistemas sociales estructuralmente complejos, en interacción ecológica con el entorno y en evolución dinámica. En la IP, se interviene sobre elementos más simples: los individuos; si los sistemas sociales son considerados (familias, grupos) suele ser más como contexto social del individuo que como blanco directo de la intervención:
- 2) *Estado inicial.* En la IS, hay un estado inicial propio del sistema social del que partimos; en la IP se asume a grosso modo que partimos de cero: La evaluación del estado inicial del sistema social a modificar, es el primer paso de la IS.
- 3) *Tipo de cambio.* El objetivo inmediato de toda intervención es producir un cambio o una transformación. En la IS se busca el cambio social, en la IP el individual.
- 4) *Objetivos o metas.* El cambio social e individual constituyen las metas genéricas del IS, el IP respectivamente. Los objetivos específicos se fijaran según la dirección que deseamos dar a ese cambio o los efectos a lograr.
- 5) *Ambito de aplicación:* La IP, se suele centrar en la salud mental. La IS, cubre un aspecto mucho más amplio (salud mental, educación y alcohol, ocio y recreo, sistema penal, etc.).
- 6) *Técnicas y estrategias usadas.* En IP las técnicas usadas son de carácter exclusivamente psicológico. En IS, en cambio, y en respuesta a la complejidad y multifacetismo de problemas y sistemas sociales, las técnicas concretas son mucho más variadas.
- 7) *Duración temporal.* Esto va a durar de acuerdo a los problemas tanto de la IP e IS.

La primacía global de uno u otro enfoque dependerá de hasta que punto la situación, problema y comunidad concreta se adecua a las asunciones implícitas de uno y otro, por lo tanto, la cuestión general es de intervenir (como, donde y cuando) y el desarrollo de sus recursos (como donde y cuando). El objeto de intervención es común, así como la asunción de causas sociales relevantes de la problemática humana.

Sin embargo hay diferencias y especificidades de la IC, que marca líneas de actuación diferenciadas de está respecto de la intervención social genérica, sobre todo en la parte del sujeto y nivel de intervención, así como en los objetos y filosofía interventiva y relacional implícita; algunas de estas diferencias son:

- ◆ El papel, “activo participante”, y protagonista que tienen las personas en la intervención comunitaria, además del papel común con la IS de objetos de esa intervención.
- ◆ Inter - actividad. El planteamiento radical de la IC incluye una verdadera interacción, entre interventor y miembros del grupo cliente (inexistente en la IS) de forma que cada uno de ellos puede cambiar su punto de partida inicial.
- ◆ El nivel de intervención comunitario es meso - social, más reducido que el de la IS, que es global, macro - social.
- ◆ Autodirección del grupo social o comunidad, que marca en la IC, una línea específica y particular de intervención y de valoración implícita del grupo como sujeto y origen de aquella frente a una intervención más tecnocrática guiada por formulaciones o motivaciones sociales o económicas más globales, externas y planificadoras en la IS
- ◆ La IC esta más cerca de lo humano, involucrando más elementos íter- activos, comunales, relaciones primarias, etc.
- ◆ El énfasis positivo, de recursos y desarrollo, es también distintivo de IC frente la IS que parece más centrada en los aspectos problemáticos y disfunciones de los sistemas sociales y en el cambio social.

En el contexto de la IC, la participación es un valor, un proceso, una técnica, una actividad; del cual conviene hacer algunas consideraciones generales previas al tema para ubicarlo en términos más realistas. La participación social de las personas se da a través de distintos niveles a través de actividades e instituciones sociales y comunitaria, (la familia, el trabajo, las actividades relacionales y sociales en la vida cotidiana). Las personas que son excluidas o que

sé autoexcluyen de estas actividades tendrán un cierto “déficit” o necesidad estructural de participar a través de otros canales “especializados” en la actividad comunitaria o social habitual.

Cuando los profesionales plantean el tema de participación, suelen hacerlo con relación a un proyecto o actividad que indicamos por que lo consideran interesante, útil o necesario y en que desean interesar a la comunidad, haciéndola activa de él y de su realización. Por ello, es necesario plantearse hasta que punto, lo que nos interesa como interventores técnicos, interesamos realmente a la comunidad, o por el contrario, nosotros necesitamos que participen, siendo de este modo, la comunidad y el interventor, víctimas propiciatorias de la mística de la participación. De este modo, tenemos que, la participación debe ser analizada desde la perspectiva de demandas adaptativas adicionales a unas personas ya “cargadas” de funciones sociales (roles), demandas contrarias, y además con importantes tendencias sociales.

En principio y acción, el participar significativamente toma parte en alguna actividad o proceso. El significado y alcance último de la participación dependerá por tanto de la relevancia de la actividad o proceso en el sistema social y la vida comunitaria. Así, entonces, el objetivo último de la participación debería de ser el grado en que se tiene acceso al poder, compartido en un grupo social.

La participación ciudadana se cita para referirse a aspectos sociales más relevantes y “serios” como participación en: procesos productivos y trabajo, política, programación en salud o servicios sociales. La participación se puede organizar en tres sentidos: se realiza a través de organizaciones sociales, la existencia de canales establecidos, existen finalidades y objetivos que estructuran u organizan la participación.

Para que la participación en una comunidad o contexto social u organizacional sea relevante y tenga impacto real en el enriquecimiento de la vida

personal y comunitaria, debe incluir dos procesos clave en cualquier sistema social:

- La fijación de objetivos; actividad con frecuencia ligada en la intervención comunitaria a la evaluación de necesidades.
- Toma de decisiones; más relevantes que el proceso anterior, pues los objetivos pueden ser ignorados a la hora de las decisiones y actuaciones reales.

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

- 1) Tener sus raíces en la comunidad, siendo accesible a esta, toda intervención debe contar desde su iniciación con los sujetos a los que se va a aplicar.
- 2) Contar con los medios (financieros, materiales, de personal) necesario para llevarla a cabo.
- 3) Se establece una vía o sistema de comunicación apropiado con la comunidad o sistema cliente para obtener *feed back* adecuado de estos, que permita seguir el progreso de la intervención y hacer las correcciones precisas sobre la marcha.

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

1. Definición (análisis) del tema, comunidad o problema
2. Evaluación inicial, de necesidades.
3. Diseño/planificación y organización del programa.
4. Ejecución e implementación
5. Finalización y evaluación de resultados.
6. Diseminación.

En la participación se pueden distinguir niveles que la enmarcan, que serían de más globales a más microsociales: sociopolítico, institucional, organizacional

e individual. Así como implicaciones que serían lo político, técnico o profesional y grupo social. La participación además de ser una mística, es un proceso y una actividad que como todo, necesita aprendizaje y adaptación.

### **2.3.5 PARTICIPACION SOCIAL Y SALUD**

De manera general la participación social es la participación activa de las personas que viven y conviven en algún tipo de comunidad en el proceso de definición de los problemas, la toma de decisiones y las actividades encaminadas a satisfacer las necesidades comunes.

La participación social se define en propósitos y actividades tan variadas como descargar responsabilidades sociales de uno actores en otros, votar en una elecciones, formar parte de movimientos sociales, desarrollar estrategias para lograr que la gente colabore con programas y proyectos, para reivindicar sus necesidades y realizar sus intereses (OPS, 4, 1993).

El trabajo de la participación social tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello, con las relaciones de poder; y si intencionalidad se comprende bajo el propósito de transformar las relaciones sociales y socializar la cultura, contribuyendo aspo a modificar las relaciones de poder, (OPS, 5, 1993).

La participación social se relaciona con un proceso paralelo, la democracia, que es al mismo tiempo consecuencia y determinante. Entre ambos procesos existe una relación recíproca, pues la amplitud y legitimidad de la democracia depende de la amplitud y fuerza de la participación social y viceversa.

La participación social requiere del fortalecimiento del estado representativo; sin embargo en América Latina se encuentra obstaculizada y

restringida dado que el Estado y sus órganos son instituciones tradicionalmente no participativas. (OPS, 10, 1993).

Dadas las tendencias históricas actuales, el proceso de participación social depende de identificar y establecer escenarios apropiados para la resolución de conflictos como en aquellos donde convergen los actores sociales, de modo que ni el estado ni sus instituciones (incluyendo a los servicios de salud) con los únicos ámbitos que permiten acceder a este propósito.

La participación social se comprende contextualizandola dentro del análisis de la crisis y de la relación entre actores sociales que la determinan, de ahí la pertinencia de hacer énfasis de su aplicación en el ámbito de la salud.

Actualmente el sector salud resulta deficiente debido a su estructura tradicional de funcionamiento, expresada en términos de una atención médico - curativa; lo que ha conducido a una crisis no sólo financiera sino además a la aceptabilidad de cobertura, pues resulta incapaz de ofrecer un servicio de calidad, que satisfaga las necesidades de las comunidades.

Esta situación ha creado en el sector salud la necesidad histórica de que se involucre en el liderazgo y promoción de procesos sociales amplios de concertación para el desarrollo de la democracia; dicha necesidad no solamente resulta de la relación de determinación entre condiciones sociales, resolución de conflicto social y producción social de salud, sino también de asumir que la atención adecuada a la enfermedad requiere de desarrollo y democracia.

No obstante, el desarrollo y la evaluación de la participación social desde y para la salud en el desarrollo, requieren reconocer y resolver las relaciones de conflicto, entre actores sociales con posiciones diversas, para lograr un beneficio colectivo.



En la ubicación actual del sector salud frente a la participación social, se observa como estrategias principales las siguientes:

- a) Recuperación. La participación de las personas en esta estrategia se basa en reacciones individuales, expresados en la solicitud de servicios ofrecidos por profesionales de manera esporádica. El énfasis de las acciones recuperativas estimula la pérdida de incentivos para el desarrollo de una visión colectiva de salud.
- b) Prevención de la enfermedad. Los alcances de esta estrategia se han visto limitados por el énfasis puesto en transmitir cierto tipo de información que tiende a atemorizar a la población sobre alguna enfermedad, lo cual no sólo es inadecuado sino que es una medida que tiende a ir en contra de la participación social.
- c) Promoción de la salud. Es una estrategia reciente del sector salud y constituye la expresión de la necesidad de actuar de manera articulada con los actores sociales en contextos amplios. Un riesgo que se corre con esta estrategia es que se establezca solo con el fin de capacitar a las comunidades y poblaciones para el autocuidado sin crear conciencia ni la correspondiente transferencia de *poder* sobre bienes, recursos y decisiones.

Así también, la participación social, se considera fundamental para los procesos de desarrollo comunitario, y en el ámbito de la atención primaria de la salud se reconoce como un requisito previo esencial para que los individuos y las familias asuman la responsabilidad del bienestar y la salud propios de la comunidad.

Las acciones sociales en salud se dan por los mecanismos y estrategias defensivas, reparativas y de promoción, que buscan mantener la integridad y desarrollar la capacidad y potencialidades de las personas y grupos. Es por ello que los sistemas locales de salud no existen solo como una institución, sino como mecanismos de relación y articulación, que se construyen de manera prospectiva

en el proceso que se da al poner en movimiento esfuerzos para el desarrollo de la salud.

La participación social en los sistemas locales de salud tiene como propósito incentivar la resolución de dichos conflictos sociales; no obstante, la participación social no debe restringirse a los sistemas locales de salud.

## **2.4 PSICOLOGIA DE LA SALUD**

La psicología de la salud se puede considerar como relativamente nueva, ha decir verdad aun no existe una propagación total de esta, sin embargo los pocos trabajos que abordan esta nueva disciplina resultan ser muy importante en contenido y contribuyen significativamente a las ciencias médicas; de ella ha resultado un nuevo enfoque teórico y de intervención en el proceso de salud enfermedad.

### **2.4.1 ORIGEN Y DEFINICION DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD**

El origen de la psicología de la salud se remonta a los años setenta; hacia el año de 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebró la conferencia internacional sobre la Atención primaria de la Salud en Alma Ata. En ella se promulgó la Carta Magna mediante la que se pretendía coordinar las estrategias que se desarrollarán en el campo de la salud en todos los países del mundo.

Rodríguez Marín J. (1995) señala que una vez aceptado el concepto integral de salud, debía también de haber una aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes componentes del modelo (biológico, psicológico y social), para resolver problemas de salud, para mantenerla o promocionarla

El contexto, bajo el cual nace la Psicología de la salud se podría describir con los siguientes eventos:

- Las principales causas de muerte en los países desarrollados estaban determinadas por factores de conducta, (dieta, abuso de alcohol, hábito de fumar, uso de fármacos hipertensores, etc.).

- El incremento de un cúmulo de problemas crónicos cuyo origen se encontraba en los comportamientos del sujeto, (accidentes de tráfico, enfermedades cardiovasculares, SIDA, cáncer, etc.).
- Se observó que la mayoría de las veces, las visitas al médico, de parte de los individuos, eran de naturaleza conductual.
- La necesidad de un nivel de análisis de intervención desde la óptica de la prevención.
- La cooperación de las ciencias del comportamiento y las ciencias biomedicas.
- La necesidad urgente por parte de los gobiernos de todos el personal de salud y de desarrollo, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos.
- El objeto básico de proteger y promover la salud como alternativa al simple tratamiento de las enfermedades.

Para que esto fuera posible, era necesaria la apelación de las ciencias del comportamiento; de ahí la relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en los problemas de salud, lo cual se ha visto reflejado en el número creciente de conexiones entre la medicina y las ciencias del comportamiento.

Las primeras aplicaciones prácticas subsiguientes a la Conferencia de Alma Ata se tradujeron en la cooperación entre las ciencias del comportamiento y las ciencias biomédicas, fruto de la cual se constituyó un área de convergencia científica, metodológica y técnica: la medicina comportamental, con ello se apuntaló definitivamente el rechazo a la dicotomía entre salud física y salud mental y se optó por el modelo biopsicosocial.

La medicina comportamental, fue una de las primeras perspectivas de acercamiento al tema salud – enfermedad, esta era comprendida como un amplio campo interdisciplinar de investigación, educación práctica. Referida a la salud, enfermedad física que integraba elementos de ciencia comportamentales, tales como la psicología, sociología, antropología, educación sanitaria, epidemiología,

fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina interna, enfermería, trabajo social y salud pública, entre otras; para colaborar en el tratamiento, cuidado y prevención de la enfermedad, (Taylor 1986; citado en Rodríguez Marín, 20, 1995).

El indiscutible y destacado papel del comportamiento en la salud, dieron lugar a un nuevo campo de investigación e intervención, la Psicología de la salud. El énfasis de esta nueva área se sitúa en la prevención enfocando sus intervenciones en la modificación de los hábitos y estilo de vida inadecuadas; y subrayando el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de la medicina comportamental.

Para adentrarnos al conocimiento que abarca esta disciplina es primordial referirse únicamente a su definición, es importante mencionar que existen múltiples y variadas, no obstante, en este trabajo solo citare algunas de las más significativas.

Para Stone (1979), la psicología social es “cualquier aplicación científica o profesional de conceptos o métodos psicológicos, a todos los problemas propios del campo de la salud, no sólo con relación al sistema de cuidado de la salud, sino también al sistema de salud pública, educación para la salud, planificación de salud, financiación, legislación, etc. (Stone, 1979; Rodríguez Marín, 20, 1995)

Matarazo(1980), define a la psicología de la salud como el “conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria. ( Matarazo, 1980; Rodríguez Marín, 20, 1995).

Holtzman (1988) La psicología de la salud de nutre de los conocimiento, métodos de investigación y técnicas de evaluación e intervención de la psicología científica y, potenciación; apoyándose en los recursos comunitarios, los aplica a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, así como a la promoción y mantenimiento de la salud. (Holtzman, 1988; citado en Rodríguez Marín, 20, 1995).

Johnston (1990), Psicología de la Salud, "es la aplicación de la psicología al estudio de los procesos comportamentales implicados en la salud, enfermedad y cuidado de la salud. (Johnston, 1990, Citado en Rodríguez Marín, 20, 1995)

De manera general, la psicología de la salud es un campo de aplicación en la ciencia medica, en servicio de la salud. A partir del estudio de los factores psicosociales, como consecuencia de la enfermedad, y factores psicosociales como causa de la enfermedad, (Grau J, y Hernández E. 1999).

Sus objetivos son movilizar los recursos de la sociedad con el fin de mantener al hombre sano y reducir sufrimiento e incapacidad una vez que enferme; la psicología de la salud no hace más que cumplir un aspecto de las tareas generales que deben abordar los sistemas de salud en el caso óptimo, utilizando los medios de acción psicológica posibles; para ello utiliza la mayor variedad de medios de acción psicológica, y actúa en todos los niveles posibles: la sociedad como un todo, los distintos grupos humanos y el individuo.

#### **2.4.2 TEORIAS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD**

Algunas de las teorías que se aplican dentro de la Psicología de la Salud son: teoría del aprendizaje social, teoría del control de la compuerta de percepción del dolor, teoría de la comunicación e interacción humana y la teoría del doble vínculo.

## TEORIAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Postula que la conducta está en función de las expectativas de refuerzo en una situación concreta. Dentro de ésta se incluye la dimensión de *locus de control*. Wallston y Welli (1978) desarrollaron un instrumento, denominado "escala de locus de control", para la salud, mediante el cual se miden tres factores:

- I) *Locus* de control interno para la salud, evalúa la creencia de que se puede controlar la propia salud mediante determinados comportamientos.
- II) *locus* de control externo para la salud, es la creencia de quien mejor controla la salud son los profesionales sanitarios.
- III) *Locus* de control, debido al azar, según el cual la propia salud depende de factores absolutamente incontrolables y azarosos.

## TEORIA DEL CONTROL DE LA COMPUERTA DE PERCEPCIONES DEL DOLOR.

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

## TEORIA DE LA COMUNICACIÓN. E. INTERACCION. HUMANA.

Dicha teoría se desarrolló por el llamado grupo "*palo alto*", formado alrededor del antropólogo G. Bateson, y compuesto por J. Haley, Weaklan, W Fry, a los que se unieron Jackson y Watzlawick, ellos consideran que la comunicación es un proceso de transmisión de la información y que implica varios elementos:

- emisor (emite la información codificada)
- canal de transmisión
- Contenido concreto
- Receptor, quien recibe y descodifica la información transmitida.

Conciben que existen dos tipos de comunicación:

1. - comunicación verbal: la cual consiste en la transmisión de la información a través del lenguaje. Es una información de contenidos concretos por medio de las palabras.
2. - Comunicación no verbal: esta, se constituye en una meta - comunicación, es muy diversa y variada, Se realiza a través del tono de voz, gestos, posturas del cuerpo, y sus mensajes son de relación; no obstante esta necesita ser traducida por el receptor.

Esta teoría y la de la interacción humana se basan en los trabajos realizados por Shannon, con su teoría sobre la comunicación, también en la teoría de la cibernética de Wiener y por último en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy.

#### TEORIA DEL DOBLE VINCULO

Fue desarrollada por Bateson (1972), y se refiere al hecho de que en un mensaje aparece más de un nivel de comunicación, que son incongruentes entre sí. Es una forma de comunicación en la que existen dos mensajes afirmativos, que se descalifican uno a uno, es decir, lo que a un nivel del mensaje se afirma. El otro lo niega.

#### **2.4.3. METODOS Y TECNICAS EN LA PSICOLOGIA DE LA SALUD**

los métodos más usuales de la psicología de la salud son los siguientes:

#### METODO DEL MODELAMIENTO

Dentro de la modificación de conducta salud se encuentra la aplicación del método del modelamiento que exige que se delimite la respuesta final deseada, que se identifique una primera aproximación y que a continuación facilite, la realización de aproximaciones sucesivas que serán inmediatamente reforzadas. Se debe además, presentar directrices y en ciertos casos proporcionar las ayudas necesarias para facilitar la conducta deseadas.



## METODO DE COMPRESION

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

**Primero:** utiliza el autoinforme del propio paciente de aquellas cuestiones que ha comprendido o no.

**Segundo:** se basa en el juicio de experto que entrevistan al paciente

**Tercero:** utiliza un test de evaluación de comportamientos o cuasi comportamientos, en el cual se evalúa la capacidad de l paciente para poner en práctica las prescripciones asociadas con su enfermedad.

## METODO DE RECUERDO

Según Ley(1988), se considera el uso de los siguientes métodos para evaluar el recuerdo:

- Recuerdo libre: simplemente se le pregunta al paciente que le ha dicho el personal.
- Recuerdo indicado: se proporcionan preguntas más específicas sobre distintas áreas: diagnóstico, tratamiento propuesto, etc.
- Recuerdo probado: en este caso el investigador continúa realizando preguntas hasta que el paciente ya no recuerda más.
- Cuestionario escrito: el paciente debe rellenar un cuestionario que puede llevar preguntas abiertas, cerradas o de elección múltiple.

## METODO DE DONCIONAMIENTO ENCUBIERTO:

Cautela, (1967) introdujo este método para la modificación de conductas denominados sensibilización encubierta, y ha servido de punto de partida para la elaboración de varias técnicas parecidas, agrupadas bajo el nombre de condicionante encubierto y basadas esencialmente en las imágenes mentales.

## METODOS DE EVALUACION DEL DOLOR

De acuerdo con, Penzo (1989), consiste en:

### I. Evaluación subjetiva

- a) Autoinformes: entrevista o historia clínica, estimaciones cuantitativas, estimaciones cualitativas y cuestionarios escritos
- b) Autoregistro; diario del dolor.

### II. Evaluación objetiva

- a) Observación directa, observación de conductas de dolor y nivel basal conductual.
- b) Observación indirecta.

Las técnicas usuales en la psicología de la salud son: Relajación Completa, Entrenamiento Autógeno, Meditación, Imaginación. Hipnosis y *Biofeedback*.

## RELAJACION COMPLETA

Esta técnica está basada en la estrategia de relajación muscular progresiva, iniciada por Jacobson (1974), y ampliamente utilizada en psicoterapia conductual. Consiste en tensar y relajar los diferentes conjuntos musculares del cuerpo. Consta de varias etapas. La primera está diseñada para cambiar el ritmo respiratorio sin esfuerzo. Una vez logrado el ritmo respiratorio regular éste actúa como reloj con el cual se puede regular, el patrón de tensión y relajación de los distintos grupos musculares de la siguiente etapa. Posteriormente se utiliza una técnica de meditación utilizando una imagen visual como punto de concentración para la exploración, cuando se está físicamente relajado.

## ENTRENAMIENTO AUTOGENO

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

## MEDITACION

Es un tipo de autodisciplina que sirve para reducir al estrés, que aumenta la afectividad en fijar y conseguir un objetivo y en mejorar la autoestima de cada uno.

### MEDITACION MANTRA:

Es una palabra o nombre que se repite varias veces para liberar con ello la mente de otros pensamientos. La palabra tiene un origen indo - europeo: “**man**” significa pensar y “**tra**” significa liberar. Algunos maestros de esta forma de meditación sugieren que cada individuo debe tener su propio *mantra* con un significado y vibraciones particulares; otros consideran que cualquier par de sílabas que no tengan ningún sentido, elegidas al zar y pronunciadas una a la otra; una opción más, es la de usar cualquier frase o palabra que indique el estado hacia el que tiende el individuo.

### IMAGINACION Y AUTOHIPNOSIS:

La primera consiste en aprender a meditar y visualizar imágenes dirigidas utilizando poderes intuitivos e imaginativos de la mente en la reducción del estrés., y la segunda es en sí, una manera de distracción con respecto a un tipo de tratamiento, se utiliza en cirugía, parto, tratamiento dental, quemaduras, Empresas transnacionales.

### BIOFEEDBACK.

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

Todas estas técnicas son usadas como tratamiento y alternativa para todos los trastornos y las diversas enfermedades crónicas y terminales, tales como: el cáncer, diabetes, trastornos cardiovasculares, hipertensión, SIDA, partos, asma bronquial, estrés, dolor tabaquismo, alcoholismo, etc.

#### **2.4.4 CATEGORIAS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD:**

Dentro de las categorías más importantes de la psicología de la salud se encuentran: el estrés, la personalidad y el apoyo social, calidad de vida y estilo de vida, las cuales consisten en:

##### **A) ESTRES:**

El concepto del estrés fue tomado de las ciencias físicas, en el estudio de las propiedades de los metales sólidos; “estrés “se denomina a la presión externa o fuerza aplicada a un objeto, mientras que “tensión” se refería a la distorsión interna o cambio en el tamaño o forma del objeto.

Walter Cannon (1929, 1932) proporcionó una descripción de cómo el cuerpo reacciona ante un peligro; en ella se entiende que el “estrés perturbaba el equilibrio interno del organismo, lo cual implicaba causalmente el desarrollo de la enfermedad. (Rodríguez, Marín, 54, 1995).

Selye (1956) describe al estrés como un proceso expresado en tres fases de respuestas fisiológicas:

1. Reacción de alarma: respuesta de “lucha o huida”, permite movilizar los recursos del organismo.
2. Fase de resistencia; en la que el organismo intenta adaptarse al estresor, la activación fisiológica disminuye un poco.
3. Fase del agotamiento o claudicación, en la cual, la enfermedad se torna muy probable, y puede incluso ocurrir la muerte.

En su momento, el modelo de Selye ofreció la explicación de una amplia variedad de estresores, No obstante, actualmente, las definiciones de estrés coinciden en entenderlo como una transacción entre la persona y el ambiente,

esto es, una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona efectúa. (Rodríguez Marín, 55, 1995)

Lazarus y Folkman, consideran al estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante y que pone en peligro su bienestar”(Lazarus y Folkman, 1986;citado en Rodríguez Marín, 56, 1997).

Rodríguez Marín (1995) señala que los elementos principales del estrés son: *Acontecimiento estresante o estresor*: situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligroso. Un siguiente momento en el que *el acontecimiento es interpretado como peligroso*, perjudicial y amenazante; y finalmente una actuación del organismo *como respuesta ante la amenaza*, que se caracteriza como respuesta de ansiedad. La alteración del equilibrio del organismo puede deberse a las características del estresor o su percepción por parte de la persona (externo o interno).

El estrés posee tres fuentes que la de origen, y son:

- A) *Fuentes personales del estrés*: Las más frecuentes son las situaciones de conflicto; y pueden ser de cuatro tipos (Lewin, 1935): Acercamiento - Acercamiento, (en el caso de que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas y deseables); Evitación - Evitación, (cuando la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente indeseables); Acercamiento - Evitación, (cuando la persona desea alcanzar un objetivo al mismo tiempo que le da miedo actuar de esa manera); y Doble acercamiento Evitación, si el acercamiento a un objeto concreto implica la pérdida del otro.
- B) *Fuentes familiares*: La interacción entre los distintos miembros de la familia produce estrés, tales como la muerte del cónyuge, nacimiento de un hijo discapacitado, etc. debido a la atmósfera familiar la probabilidad de conducta en los hijos, que repercute en una agresividad la cual genera o propicia la violencia.

C) *Fuentes sociales*: Encontramos el contexto laboral, el cual tiene una mayor relevancia en adultos, mientras que el escolar suele ser para los jóvenes, en tales ámbitos se producen respuestas a comportamientos violentos.

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

⇒ Factores personales: incluyen elementos cognitivos, motivaciones, de personalidad y hábitos comportamentales; se trata, específicamente de los elementos de tipo cognitivo, (creencias generales o específicas, religiosas o sobre la enfermedad). Dentro de este rubro existen dimensiones como el locus de control causal, que es aquel donde el sujeto alude al juicio sobre la localización de la causa de un suceso; mientras que en el locus de control, se refiere a la creencia del sujeto sobre la controlabilidad del sujeto.

Dentro del estrés, también se incluye el patrón tipo "A", el cual manifiesta características como: sentido de control personal (semejante al locus interno), sentido de implicación con los sucesos actividades y otras personas de nuestra vida, y por último sentido de desafío, tendencia de la persona a considerar los cambios como incentivos u oportunidades para crecer y mejorar, más que como amenazas a su seguridad. Por tanto, las personas del tipo "A", sometidas al estrés sufrirán menos impacto y permanecerán más sanas que otras con personalidad menos firme.

⇒ Factores situacionales: incluyen características distintivas objetivas del acontecimiento, (de pérdida o de castigo), o de la situación; y las dimensiones objetivas de la situación, (valencia de situación de controlabilidad, mutabilidad, ambigüedad, potencial de ocurrencia o frecuencia y su momento).

Los malestares del estrés pueden ser reducidos si se afronta con habilidad, pero ¿qué es el afrontamiento?. Lazaruz y Folkman (1986) definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales

constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”<sup>7</sup>. Los recursos de afrontamiento son los elementos y capacidades internos o externos con lo que cuenta la persona para hacer frente a las demandas o acontecimiento o situación potencialmente estresante; estos pueden ser físicos - biológicos, (elementos del entorno físico de la persona); psicológico - psicosociales, (que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de autoestima, autonomía, y de control); culturales, (las creencias y procesos de atribución causal); y sociales, (red del individuo y sus sistemas de apoyo social tangible).

## B) PERSONALIDAD

“Es un sistema vivo definido por un conjunto de mecanismo, formaciones, subsistemas que organizadas en diferentes niveles, en distintos individuos representa un conjunto de alternativas simultáneas que comprometidas con dichos recursos psicológicos, están en la base de los más diversos comportamientos humanos”<sup>8</sup>

Dentro de este marco encontramos una personalidad del patrón “A”, la cual está conformada por un conjunto de indicadores de riesgo siendo señalado por la mayoría de los autores como los defintorios de urgencia temporal, el planteamiento de múltiples metas simultáneas, la competitividad y la agresividad. Lazarus menciona que el aumento a padecer la enfermedad es cuando el patrón “A” se combina con recursos de afrontamiento deficientes.

La orientación personológica, en el estudio del papel de lo psíquico en la enfermedad somática, señala que algunos indicadores más relevantes son: el bienestar y los proyectos personales. Varios autores coinciden en señalar que el

---

<sup>7</sup> Rodríguez Marin J. (1995) Psicología de la salud. Madrid: Síntesis. P. 65

<sup>8</sup> Gonzalez Rey (1982) Personalidad. Habana: Pueblo y educación, p. 57

sistema de proyectos de la personalidad es un elemento esencial del bienestar emocional.

### **Indicadores funcionales de la personalidad.**

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

### **Indicadores patológicos de la regulación de la personalidad.**

- Determinismo externo, ser aceptado por los demás
- Sujetos impulsivos, bajo control emocional, muy susceptibles
- Sujetos con pobres recursos personológicos.

### **Personalidad y salud mental**

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

### **C) APOYO SOCIAL**

Es la asistencia disponible a las personas y los grupos dentro de sus relaciones sociales y que puede servirles de ayuda tanto para desarrollar la capacidad y afrontar problemas como de elemento amortiguador de los sucesos vitales negativos y otras causas del estrés. El apoyo social incluye el apoyo emocional, el intercambio de información y el suministro de bienes materiales y servicios. "(...) El acceso al apoyo social no depende solo de la persona y de su deseo de pertenecer a la red de apoyo social, sino depende así mismo de las



oportunidades ofrecidas. El concepto de apoyo social se estudia con frecuencia en el contexto del control o reducción del estrés, donde demuestra ser un importante amortiguador y recurso para enfrentar problemas”<sup>9</sup>

### **Redes de apoyo social**

Es el número de relaciones y vínculos sociales existentes entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del apoyo social al favor de la salud. Puede ser un recurso importante para desarrollar la capacidad de afrontar problemas, reforzar las conductas saludables e influir en las tasas de recuperación de estados precarios de salud. El establecimiento de estas redes puede dar a lugar a que exista una sociedad estable, en estas relaciones de apoyo formales e informales pueden proporcionar una verdadera asistencia a la población en búsqueda de salud.

La relación entre el apoyo social y salud es un campo relativamente nuevo de estudio para las ciencias socio-comportamentales, y sin embargo hay varios estudios indican un impacto significativo del apoyo social sobre los indicadores de salud. El supuesto generalmente asumido es que el apoyo social esta negativamente relacionado con la enfermedad, de modo que a mayor sea el apoyo social que recibe y percibe una persona en forma de relaciones estrechas con su sus diferentes redes sociales (familia, parientes, amigos, etc.), menor será la probabilidad de que esta persona enferme.

En resumen, la psicología de la salud es una de las distintas disciplinas de mayor preponderancia que contribuyen al enriquecimiento de la salud. Aunque pudiera confundirse con otras disciplinas, como la psicología clínica, la sociología de la salud, la medicina comportamental, entre otras; no es menos importante delimitar acertadamente su objeto de estudio, teorías, metodologías y categorías para comprender su campo y su aplicación.

---

<sup>9</sup> Nutbeam, Don, **Ibíd**em p. 388.

#### D) CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida, como concepto, nace en los años 60's; empieza a utilizarse como reacción a los criterios economistas y cuantitativos que regían los llamados "estudios de nivel de vida". Levi y Anderson (1980) entienden por calidad de vida una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo; tales medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda y situación económica, etc.

La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se alcanza la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también se considera relacionado con determinados indicadores "objetivos", biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. (Diener, 1984; en Rodríguez Marín, 173, 1995)

Suele traducirse en términos de bienestar subjetivos denominado frecuentemente por la felicidad, y por indicadores de naturaleza objetiva, que aluden al estado de bienestar. Ambos aspectos están presentes en la experiencia de la persona, expresados en un sentimiento de satisfacción y en un estado de ánimo positivo de índole psicológico y/o conductual. (Rodríguez Marín, 173, 1995). Su presencia debe estar determinada por la interpretación del sujeto y por la presencia de condiciones externas objetivas.

Usualmente los indicadores objetivos se definen en torno a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona, y pueden estar centradas en la riqueza, el amor, la comodidad y la salud (ver tabla 4).

Blanco (1995) propone cuatro áreas que pueden influir en la calidad de vida global:

- 1) Las facetas de salud, trabajo y educación.

- 2) Relativas al ambiente, preocupación creciente del ciudadano.
- 3) Relacionadas con el ámbito interactivo del sujeto e incluiría las facetas relativas al mundo familiar, relaciones interpersonales y ocio,
- 4) Hace referencia a los aspectos sociopolíticos tales como participación social, seguridad personal y jurídica.

**Tabla 4 Indicadores objetivos de la calidad de vida.**

<b>RIQUEZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estatus de empleo</li> <li>- Ingresos</li> </ul>
<b>AMOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción marital</li> <li>- Vida familiar</li> <li>- Interacción social</li> <li>- Número de amigos</li> <li>- Número de contactos sociales</li> <li>- Red de apoyo social</li> <li>- Servicios sociales públicos</li> </ul>
<b>COMODIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de vivienda</li> <li>- Elementos sanitarios</li> <li>- Seguridad de propiedad</li> <li>- Coste de alojamiento</li> <li>- Accesibilidad y calidad de servicios</li> <li>- Calidad y seguridad de transporte</li> <li>- Accesibilidad y calidad de los servicios de protección</li> </ul>
<b>SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calidad de vida determina el estado de salud</li> <li>- Estado de completo bienestar físico, psíquico y social.</li> </ul>

**Fuente: Rodríguez Marin, (1995) Psicología de la salud, Madrid, Síntesis.**

Algunos científicos sociales se han preocupado de analizar la relación que existe entre calidad de vida y una serie de variables psicológicas y psicosociales, tales como:

- **Estrés**; con relación a este se constata, tiene un impacto negativo sobre el bienestar.
- **Locus de control**; se ha observado que las percepciones de control interno afectan de forma positiva el bienestar de los individuos.
- **Depresión y ansiedad**; al igual que el desempeño, depresión y ansiedad han sido conceptualizadas como medidas de resultado que están mediatizadas por otra serie de variables.

Se considera que estas variables explican un porcentaje elevado de las evaluaciones de calidad de vida percibida y por tanto deben considerarse, si se desea conocer mejor como hacen los individuos sus evaluaciones de bienestar.

En general, podemos entender que la calidad de vida es la que se dará en una situación de equilibrio ecológico perfecta, tanto en lo biótico como en lo social y cultural; Sin embargo hablar de calidad de vida no solo se refiere a la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también al estado de bienestar físico, mental y social. Así entonces la salud, se asume en un sentido comportamental y concreto de los indicadores de calidad de vida tanto al nivel de relaciones interpersonales, laborales, económicas y ecológicos.

#### E) ESTILO DE VIDA

Estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, como “la forma de vivir”; que tiene relación directa con muchos aspectos de nuestra salud.

Los hábitos comportamentales cotidianos de las personas tienen efectos importantes en su salud; todavía en la década de los 70's, se consideraba que el estilo de vida correspondía a comportamientos voluntarios individuales; sin embargo se encontró que las condiciones de vida en que se desarrolla repercute total o parcialmente su estilo de vida. Así entonces se definen los entornos de “alto

riesgo” y se diseñan estrategias de intervención para obtener el fortalecimiento de los recursos personales y sociales, (Rodríguez Marín, 34, 1995).

Para evitar los estragos de las enfermedades se debe proporcionar a las personas los conocimientos y habilidades necesarias para controlar sus hábitos y condiciones que alteran su salud, Las teorías del comportamiento individual con el marco social.

Así entonces el estilo de vida, es expresado en el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cuatro grados de control, de modo que las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte. No obstante también intervienen el apoyo y los recursos disponibles para afrontar los problemas y las limitaciones para hacerles frente.

De acuerdo con Rodríguez Marín (1995), los determinantes de los estilos de vida son:

- *Condicionamiento*; los comportamientos saludables se establecen, cambian o se extinguen, en el repertorio de la persona, sobre todo, por condicionamiento instrumental.
- *Comportamientos determinados por modelos*; es una de las maneras de aprendizaje más importantes para el ser humano.
- *Factores cognitivos*; tienen un papel importante en la adquisición y mantenimiento de conductas de protección y promoción de la salud.
- *Las conductas saludables*; están determinadas por factores sociales, el cambio personal que se produce dentro de una red de influencias sociales puede ayudar, retrasar o debilitar los esfuerzos desarrollados para conseguir ese cambio.

Los comportamientos saludables se adquieren mediante procesos de aprendizaje, por vía experiencia directa o por modelos sociales; así cuando los

comportamientos están ya instalados en el repertorio comportamental de la persona y se ejecutan de forma recurrente, tienden a convertirse en hábito (Rodríguez Marín, 35, 1995)

Romero Teresa(1988), sugiere que algunos de los comportamientos que pueden promover un estilo de vida protector de salud son:

- ❖ Comportamientos de auto actualización
- ❖ Comportamientos de soporte interpersonal
- ❖ Comportamientos de responsabilidad con la salud
- ❖ Habilidades para el manejo del estrés
- ❖ Hábitos nutricionales
- ❖ Hábitos de ejercicios

Así entonces, es necesario prestar atención a la interacción de la persona y su contexto desde una perspectiva promotora de salud, cuyo objetivo no sea solo proveer de información a los sujetos sino que además se encargue de persuadir a las personas para que se adapten a las conductas que permitan prevenir a la enfermedad y/o sus consecuencias, en los diferentes estadios: primario, secundario, y terciario.

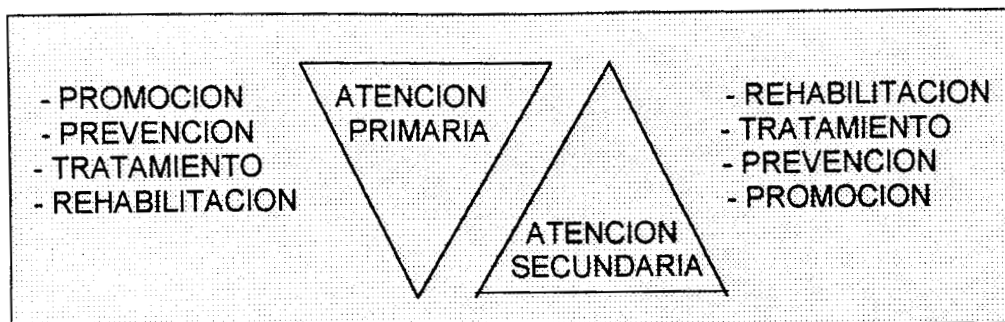
#### **2.4.5 AREAS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD**

La psicología de la salud se ocupa de estudiar los factores psicosociales como causas y consecuencias de la enfermedad; así como los aspecto psicosociales de la promoción de la salud, el origen y curso de la enfermedad.

Grau J. y Hernández E. (1999), señalan que el campo de aplicación de la psicología de la salud en los niveles de atención primaria y secundaria de la salud, no se aplican de manera aislada, sino paralela (ver figura 2), esto es, la rehabilitación, promoción y prevención son accionadas simultáneamente, de modo que la psicología de la salud estudia a las personas tanto sanas como enfermas,

lo que implica una aproximación positiva de la salud que incluye tanto su promoción, como la prevención a la enfermedad y su tratamiento.

**Figura 2** Campo de aplicación de la Psicología de la salud en la ciencia médica.



**Fuente:** Grau J. Simposium “Aspectos Psicosociales del proceso salud enfermedad” Marzo 1999.

Weinman (1990), resume las distintas áreas de la psicología de la salud dentro del estudio teórico y aplicado en los siguientes temas:

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

Así entonces, las áreas de ocupación del psicólogo de la salud, según Taylor (1986) son las siguientes:

- 1) El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
- 2) Los psicólogos de la salud, estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad,
- 3) Los psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud enfermedad y disfunciones, La etiología se refiere a los

orígenes o causas de las enfermedades; especialmente implicados en los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.

- 4) Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Lo más importante de esta disciplina aplicada son sus perspectivas de futuro que están relacionadas con la idea de salud comunitaria, el auge de la prevención primaria y la promoción de la salud. Harris (1980), propone un interesante programa de trabajo de la psicología dentro del área de las ciencias médicas (ver tabla 5), en el cual abarca los servicios de prevención, protección y promoción de la salud.

**Tabla 5 Programa de intervención, propuesta de Harris (1980)**

SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD:	PROTECCIÓN DE LA SALUD	PROMOCIÓN DE LA SALUD
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Control de presión sanguínea</li> <li>b) Planificación familiar</li> <li>c) Salud prenatal e infantil</li> <li>d) Inmunización</li> <li>e) Enfermedades de transmisión sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Control de los agentes tóxicos</li> <li>b) Seguridad y salud laboral</li> <li>c) Prevención de accidentes y control de lesiones</li> <li>d) Fluorización y salud dental</li> <li>Evaluación y control de las enfermedades infecciosas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Uso de alcohol y las drogas</li> <li>b) Nutrición</li> <li>c) Buena salud física y ejercicio</li> <li>d) Control de estrés y las conductas violentas.</li> <li>e) El fumar y la salud</li> </ul>

En general el trabajo de la psicología dentro de las ciencias médicas es fundamental por que se accede a considerar factores (sociales, psicológicos y ambientales) que en años anteriores no se consideraban relevantes, no obstante, actualmente la psicología ha demostrado que su intervención en el área es benéfica dado que pone en evidencia la necesidad de compensar con los factores psicológicos la comprensión del proceso de la salud - enfermedad, promoviendo la preparación de los pacientes en intervenciones médicas difíciles como una respuesta a la autonomía del paciente, por la necesidad de incrementar la rehabilitación socio-psicológica en muchas enfermedades que exigen un trabajo



integral (y no puramente físico-biológico), y expone la importancia de incrementar la posibilidad de investigaciones multidisciplinarias, así como la necesidad y posibilidad de profundizar en el factor humano en la búsqueda de la formación de síntomas psicopatológicos.

## **2. 5 PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD**

Una vez que se aceptó, en el ámbito de las ciencias médicas, que el concepto de salud implicaba factores de orden físico, mental y social, se inicia también la aceptación de dos áreas relevantes: la psicológica y la social, que sumadas a la biológica atendían de manera integral la naturaleza humana.

Lo relevante de este nuevo concepto de salud fue la aceptación de que los factores personales, grupales, sociales y culturales son determinantes tanto en el origen como en la evolución, y pronóstico del proceso de enfermar. De este modo, se le adjudica una gran importancia a los factores de orden psicosocial en la salud, en cuanto a su implicación en la etiología, tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas de la enfermedad, así como la prevención de la enfermedad y promoción de conductas saludables.

### **2.5.1 LA PSICOLOGIA SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.**

Como ya lo había señalado, en el primer apartado de este capítulo, al observar un aumento significativo en las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y los hallazgos epidemiológicos que enfatizaban la importancia de los comportamientos en su génesis, se iniciaron importantes investigaciones que recopilaron una serie de comportamientos de riesgo de la salud; Rodríguez Marín y García Rodríguez (1995) encontraron, entre otras, una pésima conducta alimentaria (comer en exceso, dejar de comer, comer muy rápido, no vigilar el peso, abusar del dulce o salado, etc.); la falta de ejercicio; el consumo de drogas (el hábito de fumar, el consumo de alcohol y fármacos); descuidar la higiene personal (no lavarse las manos antes de comer, no bañarse diario, descuidar la limpieza de la ropa, no cepillarse los dientes, etc.); no descansar adecuadamente (dormir pocas horas o con exceso, y trasnochar); relaciones interpersonales deficientes (discusiones, falta de comunicación, indisponibilidad para las relaciones sociales, ruptura en la comunicación con

vecinos y conocidos, relaciones poco placenteras, promiscuidad sexual, etc.) . Así entonces, el análisis de tales conductas corresponde a la psicología en general y de la psicología social en particular.

El hombre vive formando parte de grupos u define su realidad personal por referencia a condicionantes de tipo social. Desde esta perspectiva la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no puede comprenderse si se le separa de su contexto social; así también, los servicios sanitarios, tales como promotores, preventivos, curativos y rehabilitadores, se integran en organizaciones que se ajustan a determinados procesos sociales.

Así entonces la psicología de la salud, se ocupa de la etiología de las conductas de enfermedad; y por ende, su trabajo es tomar en cuenta que el cambio de dichas conductas no sólo se da en proporción a la destreza personal, sino que debe considerarse también que estas son el resultado de la interacción entre la persona y su entorno social.

De este modo, encontramos que la contribución de la psicología social, han servido y sirven para avanzar en el plano de la promoción y mantenimiento de la salud, su prevención y atención a la enfermedad, mejora al sistema sanitario y participación en las políticas sanitarias.

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

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende o se realiza en un contexto social, por lo cual un abordaje puramente individual probablemente solo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad, puesto que el contexto sociocultural determina las actividades y comportamientos del individuo con relación a la salud y a la enfermedad; este contexto es el que determina el papel social del enfermo y en muchas ocasiones la aparición de nuevos problemas de salud (como la hiperactividad), además asigna un contenido estigmatizante a ciertas enfermedades (como el SIDA) y la bondad de determinadas causas para otras.

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

De acuerdo con Rodríguez Marín (1994) la influencia del contexto social (concretamente de los grupos sociales), se puede determinar en las áreas siguientes:

1) Teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad.

Por ejemplo; la familia como unidad básica de enfermedad y salud, interviene en la interpretación de los síntomas del enfermo, en el consejo y prescripción de determinados tratamientos, puede apoyar o no la automedicación, así como la decisión de buscar ayuda profesional y cumplir con el tratamiento. Del mismo modo, influye en el seguimiento de las prácticas preventivas y la mayoría de veces, es parte fundamental del tratamiento.

2) La expresión de síntomas.

Por ejemplo, las manifestaciones de dolor, están claramente influidas por las pautas de conducta aprobadas por el grupo social, en el sentido de permitir o no la

expresión de las mismas e influyendo en la tolerancia o resistencia al dolor y otros síntomas.

3) Las conductas orientadas a la salud.

Esto, es las conductas que son reforzadas por la experiencia que pueden beneficiar o no al estado de salud, y que en el grupo social, se le manifiesta con una gratificación y represión ante tales conductas, por ejemplo en una familia el ingerir bebidas alcohólicas con exceso puede ser una conducta que se repruebe, o lo contrario, es decir que se le halague al sujeto por esta práctica.

4) Las relaciones entre profesional de la salud y enfermo.

En las que se cumplen las demandas del rol de cada uno de los participantes, establecidos por el grupo profesional, cultural, religioso, etc.; y en la que los intereses y formas de evaluar cada una de las partes pueden ser diferentes.

5) Los hábitos saludables.

Que son desarrollados por las influencias sociales y culturales que derivan de la familia y de la sociedad. Actualmente, se a fomentado un importante cambio de actitudes sociales, respecto a la conveniencia de una dieta sana, del ejercicio regular, abandono del tabaco, conductas de seguridad vial, etc.

## **2.5.2 TEORIAS Y MODELOS DE LA PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD**

El comportamiento individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento, que, al mismo tiempo, lo tiene sobre la integridad funcional de la persona.

De este modo, las teorías más funcionales en el comportamiento individual han de ser complementadas con teorías más centradas en el marco social, como

las teorías de la influencia social, de la comparación social, y otras, que explican el desarrollo y establecimiento de estilos de vida insalubres, asumiendo la hipótesis de que los comportamientos no son elementos aislados del contexto social.

Habiendo personas que adoptan transitoriamente e incorporándose a su estilo de vida, comportamientos promotores o protectores de la salud, dichos comportamientos se incluyen dentro de las denominadas conductas de salud y tienen una función básicamente preventiva, en el cual, para que una persona lleve a cabo comportamientos protectores de la salud depende de factores motivacionales ligados a su percepción de la amenaza que la enfermedad constituye para ella, la eficacia que cree que la conducta tendrá para reducir la amenaza y la que sobre ella ejercen los comportamientos.

#### MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD (MCS)

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

Esta teoría se desarrolló para explicar y predecir las conductas de salud preventivas, tales como la inmunización, participación en *screenings*, etc.

La hipótesis general de la MCS, sostiene que una persona llevará a cabo un comportamiento de salud, a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, si está se ve así misma como vulnerable y ve a la condición como amenazante, estará convencida de que la intervención será eficaz y verá pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud.

Dichas hipótesis, se fundamentan en tres hipótesis básicas:

- I) La probabilidad de realizar una acción de salud, está dada en función de la subjetividad y disponibilidad del individuo para llevarlo a cabo.
- II) La probabilidad de que la persona lleve a cabo una conducta de salud preventiva esta determinada por la evaluación que la persona hace de dicha conducta de salud en contrapeso con las percepciones, los costos físicos, económicos y de otro tipo.
- III) La percepción de la amenaza se activa, disparando el proceso de realización del comportamiento de salud, por algún acontecimiento "clave".

En el marco de la MCS se entiende que los factores demográficos personales, estructurales y sociales pueden influir en las conductas de salud; sin embargo también se considera que estas variables trabajan a través de sus efectos sobre las creencias de salud de las personas más que como causas directas de las acciones saludables.

El MCS tiene sus limitaciones sobre todo para que sea útil deben tomarse en consideración todos los factores y muy a menudo, solo la interacción permite predecir la conducta de salud. La mayoría de los estudios sobre la eficacia explicativa del MCS son retrospectivo y, por lo tanto resulta imposible determinar a partir de ellos si la creencia de salud existía antes o se genera después, de la realización de la conducta de salud estudiada.

#### LA TEORIAS DE LA ACCION RAZONADA (TAR)

La Teoría de la acción razonada (fishben y Ajzen, 1875; Ajzen y Fishben, 1980) considera que el papel de los factores cognitivos es determinante en la conducta en general, y de las conductas de salud, en particular. El supuesto básico de la teoría es que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que disponen; supone que las

personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo una conducta dada.

De acuerdo a este modelo, la intención que la persona tiene de realizar una conducta es su determinante inmediato, dicha intención, es función de dos determinantes básicos: uno de naturaleza personal (actitud hacia la conducta) y otro que refleja la influencia social (creencia que la persona tiene de que existen presiones sociales). La teoría asume que cada uno de los factores tiene una importancia relativa que hay que determinar.

Según la TAR, las actitudes son función de creencias sobre atributos del objeto de la actitud, primero y de la valoración que hace el sujeto de esos atributos, después. Esto es, si una persona cree que realizar una conducta dada lo conducirá muy probablemente a unos resultados determinados y juzga que estos serán positivos para ella, entonces tendrá una actitud favorable hacia la ejecución de tal conducta.

Subraya el papel de los factores cognitivos como determinantes de la conducta en general, y de las conductas de salud, en particular, complementa y mejora aspectos del análisis de la toma de decisiones en materia de salud, separando las creencias de las actividades y subrayando la importancia capital de la influencia de los otros significativos, sobre la interacción de actuar del individuo, el supuesto básico es que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que dispone; suponiendo que las personas consideran la importancia de sus acciones antes de decidir o llevar a cabo o no una conducta dada.

#### LA TEORIA DE LA ACCION SOCIAL (TAS)

Los antecedentes de la teoría, propuesta por Ewart (1991) se encuentran en el modelo formal descrito por Leventhal desde 1970, y en las aportaciones de Bandura, del análisis de la acción humana.



El modelo concibe al individuo, como un sistema autoregulatorio que intenta activamente alcanzar objetivos específicos y como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos en etapas, la primera a la autorregulación como una acción estado deseada, la segunda a un conjunto de mecanismos de cambio interconectados; y a la última como un subcomponente de sistemas socio- ambientales más amplios, que determinan contextualmente la operatividad de los mecanismos de cambio personal.

Hace hincapié en el contexto social, en el mantenimiento de rutina o de hábitos de salud, proporciona la estructura causal que liga los procesos de auto - cambio a los ambientes interpersonales y especifica las influencias macrosociales y ambientales que permiten u obligan el cambio social.

Según el TAS, las intervenciones preventivas implican, casi siempre, la creación de hábitos protectores en la toma de secuencias comportamentales muy rutinizadas que disminuyen el riesgo personal; así entonces el punto de partida para cualquier intervención será un análisis de las relaciones entre las conductas peligrosas o valiosas para la salud y sus efectos experimentados. Este análisis puede develar los aspectos en lo que tales conductas son más accesibles a la promoción o a la prevención, y sugerir procedimientos más eficaces para el diseño de nuevos "guiones" que protejan la salud o promuevan tasas más altas de salud.

La TAS, supone que el camino en la pauta comportamental correspondiente no se pondrá en marcha a menos que creamos que somos capaces de ejecutar la acción recomendada; Así también, los cambios en las conductas de salud que se perciban como facilitadores de proyectos, serán adoptados con mayor facilidad.

### **2.5.3 AREAS DE INTERVENCION DE LA PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD**

#### **■ Relación entre el profesional de salud y el enfermo.**

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

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

#### **■ Mejora del sistema de cuidado de salud y política sanitaria.**

Para mejorar la calidad asistencial, la psicología social aporta su arsenal metodológico y conceptual para el análisis y modificación de las actitudes de la población y de los profesionales sanitarios, respecto a los servicios de salud. Ofrece también, la explicación del como los mecanismos de influencia social, junto con el sistema socio - cultural, inciden en el estilo de vida y en el uso de los servicios sanitarios.

La psicología social aporta también las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y programas de manejo del estrés para el personal del equipo de salud, técnicas de coordinación y funcionamiento del equipo sanitario, técnicas de organización y aprovechamiento de recursos. Participa también en el estudio de necesidades de la población, con el fin de establecer prioridades y de integrarlas con las políticas de salud; así mismo, colabora en la implantación de los programas propuestos, y en su difusión a través de los medios de

comunicación social. Otro de sus focos de interés, lo constituye el estudio impacto de las nuevas tecnologías, tanto en el nivel de salud como en su cuidado.

### ■ **La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.**

Mientras que la prevención es un concepto relacionado con la enfermedad, la promoción es un concepto relacionado con la salud y se lleva a cabo básicamente mediante la educación sanitaria, que representa una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos saludables. , Además de aprender a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar individual o colectivamente las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven.

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

### ■ **Proceso de enfermedad.**

La psicología social de la salud, contribuye en este campo, estudiando la percepción de los síntomas por parte de los pacientes. La construcción social de la enfermedad y de la salud, en nuestra cultura, los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, el tratamiento y proceso de

rehabilitación, así como de las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de estos mismos procesos.

Uno de los procesos que es preciso entender para explicar el procesos de enfermar es la conducta de enfermedad, que son: todas aquellas acciones que afectan al significado social y personal de los síntomas, de la enfermedad, de las discapacidades y de sus consecuencias.

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

Así entonces la psicología social contribuye al estudio de los factores psicosociales asociados al padecimiento de la enfermedad en cada una de sus faces (etiología, diagnostico, tratamiento y rehabilitación), con el fin de mejorar la curación, rehabilitación y adaptación a la enfermedad. También estudia los factores psicosociales que promueven, mantienen o agravan el proceso de la enfermedad, sobre la base de la teoría del rol, las teorías de la reactividad, de las teorías de la atribución, de la disonancia cognitiva y de las investigaciones sobre el afrontamiento del estrés y apoyo social.

---

# CAPITULO III

*SISTEMA*

*PSICOSOCIAL:*

*LA FAMILIA.*

## **3.1 CONCEPTOS BASICOS DE LA FAMILIA**

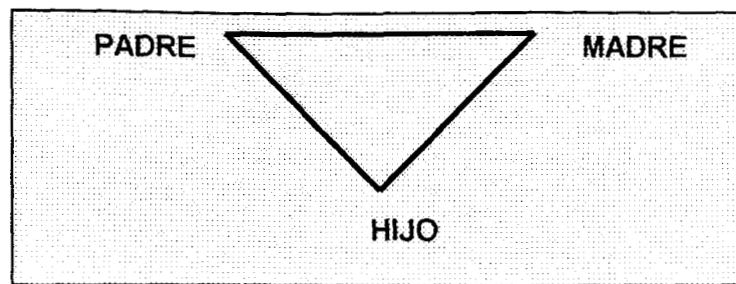
Podríamos suponer que la familia, por ser un sistema universal, posee una definición bastante sencilla y clara, sin embargo, el hacer referencia a la estancia familiar no resulta tan simple, por ello no está por demás delimitar el enfoque que al respecto asume este trabajo. Probablemente daríamos por hecho, que al hablar de familia sólo me refiero a la triada: padre, madre e hijo, sin embargo, no es tan simple caracterizar una estancia tan compleja y dinámica como lo es el ámbito familiar. Deseo por ello abordar de manera específica algunos términos que nos ayudaran a identificar las distintas formas que esta simple denominación puede adquirir.

### **3.1.1 DEFINICION**

Como célula de la sociedad, de carácter universal, la familia ha adquirido una gran importancia vital, histórica, económica y socialmente, es por ello que considero necesario hacer una distinción de sus diferentes descripciones, en cuanto al enfoque que se pretende abordar, dichos enfoques pueden ir desde lo más simple a lo más complejo del sistema familiar.

La mayoría de las definiciones proporcionadas por sociólogos o antropólogos, e incluso economistas se limitan a definir a la familia, solo por los caracteres generales de quienes la integran y su función más simplista, así entonces, lejos de ser una definición se le ha presentado como una descripción del sistema familiar, - pues incluso la mayoría la contempla como una estancia triádica, refiriéndose a la familia como el grupo formado por padre, madre e hijo, (fig. 3). Un ejemplo de ello la definiría de la siguiente forma: "Grupo que mantiene una relación parental precisa y duradera, suficiente como para garantizar la procreación y/o crianza de los hijos.

**FIGURA 3. La familia como estancia triadica**



No obstante, en algunos estudios sociológicos más exhaustivos, la familia, se define como un sistema social universal, dado que es el primer organismo con el cual entra en contacto el individuo; un microcosmos social, pues se considera una reproducción en pequeño de las relaciones sociales y formas habituales de interacciones sociales; un sistema abierto, por que mantiene relaciones con otros sistemas y al mismo tiempo es dependiente e independiente; agente socializador, por que tiene como fin la socialización de sus miembros; grupo primario, pues existe en todas las sociedades cubriendo necesidades de alimento, protección, cuidado, y vestido; una institución, ya que a través de ella adquirimos valores y creencias sociales.

Así entonces, nos encontramos con definiciones que realzan su trascendencia histórica y universal de la familia en cuanto a la dependencia del individuo hacia ella en sus primeros años de vida, así como también, la fuente de influencia en sus relaciones sociales y la construcción de valores y creencias sociales. Sin embargo esto no es suficiente, dado que la familia es un fenómeno más dinámico.

De manera particular, los matices que hacen investigadores como Raquel Soifer (1979), quien concibe a la familia como: "El grupo de personas que conviven en una casa habitación, durante un largo lapso prolongado, que están unidos (o no) por lazos consanguíneos y que se asisten recíprocamente en el

cuidado de sus vidas. Este grupo a su vez se halla relacionado con la sociedad, la que le suministra una cultura e ideología particulares, al tiempo que recibe de él su influencia peculiar”<sup>10</sup>

Siguiendo esta misma línea Orlandina de Oliveira y Salles (1989) definen a la familia como la “institución constituida a partir de relaciones de parentesco normadas por pautas y prácticas sociales establecidas”<sup>11</sup>, espacio de interacción que rebasa la unidad residencial, pero también ámbito privilegiado de la reproducción biológica y socialización primaria de los individuos.

A diferencia de las perspectivas antes mencionadas, dentro de estas dos últimas definiciones se hace alusión no sólo a las repercusiones de la familia hacia el sistema social y cultural, sino además se define la dinámica que trasciende de una instancia a otra, la cual afecta a todo y cada uno de los integrantes de la unidad familiar.

Así entonces, desde la perspectiva psicosocial, se da una relevancia a la dinámica intrafamiliar, la cual posee un carácter de matriz generadora de la sociedad y que al mismo tiempo recibe de esta su cultura e ideología, convirtiéndose, sociedad y familia, en un conjunto dinámico que está en continuo cambio; sintetizando aportes de una y otra, mismos que ayudan a construir e integrar la complejidad de ambos sistema.

En la figura 4 se puede observar de manera general del proceso de influencia entre sociedad y familia; proceso que de acuerdo al psicosocial no podemos contemplar como una serie de sistemas simplistas, debemos considerar cada uno de ellos con características propias, que interactúan entre sí, produciendo una dinámica que afecta y alimenta a todos los sistemas implicados al mismo tiempo.

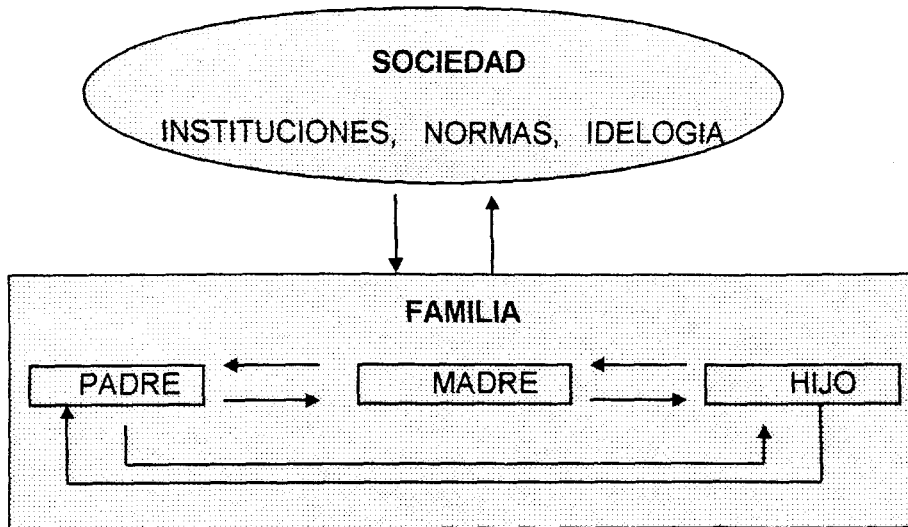
---

<sup>10</sup> Soifer Raquel (1979) **¿Para qué la familia?** Argentina: Kapeluz. P. 21

<sup>11</sup> Oliveira de, Orlandina et al (1989) **Grupos domésticos y reproducción cotidiana**, México: Porrúa, p. 14.



FIGURA 4. Proceso de influencia entre sociedad y familia



En resumen; estudiar a la familia significa analizar y comprender la vida que se desarrolla a escala microsocial, en la interacción directa entre las personas que conviven cotidianamente.

### 3.1.2 ESTRUCTURA SOCIAL

La estructura social es el conjunto invisible, de demandas funcionales que organizan y delimitan los modos en que interactúan los miembros de una familia, permitiendo que este opere a través de pautas transaccionales. (Minuchin y Fishman, 86, 1993). De este modo, las transacciones al ser constantemente repetidas fijan las pautas respecto al modo, cuando, con quienes relacionarse y son estas pautas las que modelan el sistema.

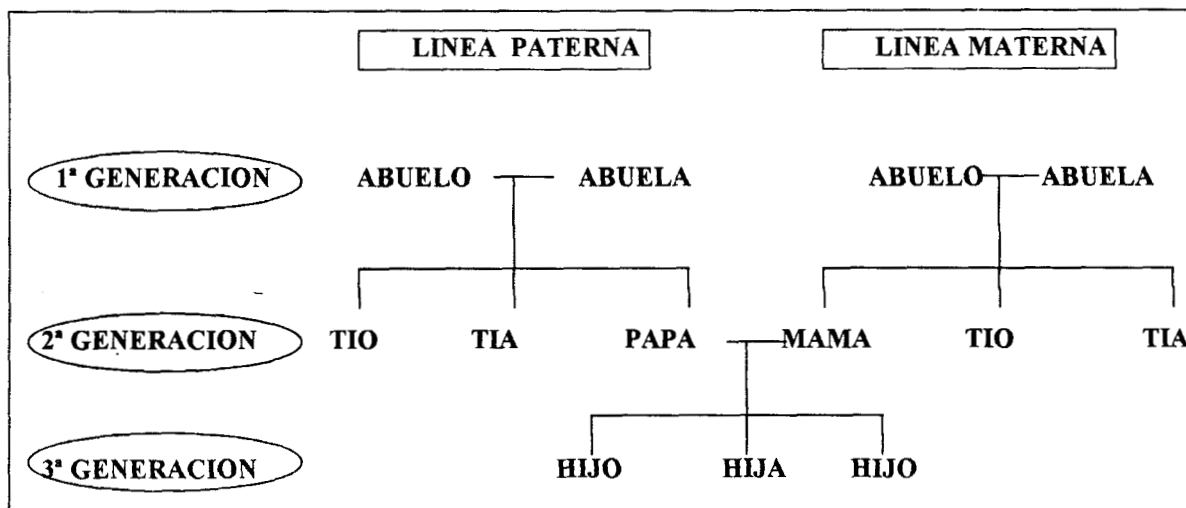
Las sociedades ordenan las relaciones sociales y estas, en la mayoría de casos, se basa en el reconocimiento del parentesco. De manera que el Hombre y la Mujer formalizar su unión bajo la denominación social del "Matrimonio", se les asigna el estatus de "esposos". Del mismo modo, El esposo y la esposa al procrear, son reconocidos como "Padre" y "Madre", dado que de manera implícita,

biológicamente, son reconocidos como progenitores y a su descendiente se le denomina "Hijo".

Las sociedades ordenan las relaciones sociales que se basa en el reconocimiento del parentesco. ¿Pero quienes son sujetos a la relación de parentesco?; son las personas con quienes sé esta relacionado por vínculos de sangre; por ejemplo: el padre del padre, o el hijo de la hija de la hermana del padre, etc.

Dichos vínculos se estructuran como relaciones consanguíneas denominadas de primer grado, al cual pertenecer Madre Padre, hermano hermana, hijo e hija; de segundo grado en donde se ubica al padre del padre, el hermano o la hermana del padre, el padre de la madre, etc. ; y de tercer grado, en donde se encuentra el hijo de la hermana de la madre. Estos grados de consanguinidad se describen también bajo la estructura de "generaciones" de acuerdo a las líneas de origen paterna y materna, (ver figura 5).

FIGURA 5 Estructura familiar por generaciones



Nota: En el árbol genealógico se describen solo los grados de parentesco respecto a la 3ª generación.

En la figura 5 podemos observar la estructura social de la familia "típica", en la que las relaciones de parentesco son relaciones sociales y no biológicas.

En la figura 5 podemos observar la estructura social de la familia "típica", en la que las relaciones de parentesco son relaciones sociales y no biológicas. Este tipo de estructura posee un carácter universal que gira en torno a la naturaleza biológica del hombre y que distingue cierta clase de relaciones sociales que se designa como "relaciones de parentesco". El parentesco se hace presente en función de los sentimientos naturales y de afecto que surgen entre los miembros del grupo biológico de los padres y su descendencia, extendiéndose a la categoría de los parientes.

Si bien, esta estructura típica posee un reconocimiento universal. No quiere decir por ello que sea la única; en efecto, existe una diversidad de formas familiares entre las cuales encontramos las siguientes:

**Familias de solitarios:** formada por voluntad o necesidad de la situación (viudos sin hijos de solitarios, etc.). Su forma de vivir se enfrenta a la falta de comprensión sobre los motivos que originaron la decisión de vivir solos puede originar un *desgaste de la persona*, en su intento de convencer a los otros acerca de las propias convicciones y en ceder a las presiones sociales que recibe por su situación; *soledad y ausencia de apoyo inmediato*, pues debe tomar decisiones y resolver problemas ella sola; *necesidades emocionales y afectivas*, que debe mantener en equilibrio por si misma o a través de relaciones que puedan ser estables o no; y establecer una vida tan efectiva como sea posible.

**Familia monoparental:** se forma por causas como la separación, el divorcio, muerte de un cónyuge, decisión de adoptar o procrear la vida del hogar sin pareja. Esta forma de vida se enfrenta a *la presión social*, por no estar en la "norma" consensualmente aceptada; *problemas financieros*, dado que debe aportar un salario que provea las necesidades familiares( el cuidar a los hijos y vivir una vida propia constituyen muchas veces objetivos irreconciliables); *ausencia de apoyo y de posibilidad de intercambio*, la persona ejecuta el rol de

padre/madre, se encuentra en una situación de soledad y responsabilidad primera y última en la crianza y educación de los hijos que puede resultar altamente estresante si no dispone de otros recursos externos que le proporcionen apoyo personal; *concentración de roles en la misma persona*, el/la cabeza de la familia monoparental debe desempeñar el rol tradicional asumido por el padre así como el de la madre, para que el niño (a) tenga un modelo de funcionamiento masculino y femenino, propio de nuestra cultura.

**Matrimonio sin hijos:** Este tipo de estructura familiar esta dado por la imposibilidad de tener hijos o por decisión de no tenerlo; en el primer caso la pareja al querer tener hijos y no poder cumplir con estas expectativas puede portar un estrés de gran magnitud en su vida de pareja y necesitara de ayuda para adaptarse a la situación: este tipo de conflictos suelen afectar la dinámica familiar por la frustración (y su intensidad depende de las expectativas puestas en la paternidad/maternidad), la alteración del autoconcepto (la pareja pude adoptar un autoconcepto negativo de si misma al no poder procrear) y desajustes en la pareja al no aceptar su imposibilidad de tener hijos. En el segundo caso la pareja pude argumentar la irresponsabilidad de tener hijos o simplemente que no les gusta los niños, y ser socialmente aceptados sin ninguna dificultad.

**Familias adoptivas:** En las que se adquiere un rango legal y real idéntico al de los padres biológicos. Los factores de estrés a los que se enfrenta este tipo de familia son los *ajustes a la paternidad/maternidad*, pues se debe tener en cuenta que se enfrentara a las dificultades inherentes a la adopción, además de las propias de la paternidad/maternidad; *cuidado del nuevo hijo/hija*, pues los padres adoptivos deberán responder a una serie de necesidades físicas y psicológicas del niño/a que ha vivido experiencias que los padres deberán tomar en cuenta minuciosamente; *decisión de informar al hijo sobre su adopción*, los padres pueden dudar de explicar o no al hijo sobre su procedencia por temor a que se sienta ajeno al núcleo biológico familiar o incluso por temor a que desee conocer

a sus padres biológicos; *miedo a las influencias genéticas negativas*, el temor a determinadas conductas no deseables causadas por las características negativas de los padres biológicas.

**Familias reconstituidas:** se forman por la unión del padre o madre a una familia monoparental ya constituida, con o sin un matrimonio legal; actualmente este tipo de familia es muy común a partir de la legalización del divorcio. No obstante, también encuentra una gran variedad de problemas tales como *la diversidad de influencias sobre los hijos*, los hijos de las familias reconstituidas pueden recibir diferentes orientaciones por parte de los adultos que se sienten responsables o con la capacidad de opinión sobre ello y sobre su educación.

En resumen, el tipo de estructura familiar ayuda a determinar la organización de las relaciones sociales más o menos íntimas en el seno del grupo familiar; así entonces, los modelos estructurales afectan en parte los procesos de tensión y ajuste entre sus integrantes.

### **3.13 TAMAÑO DE LA UNIDAD FAMILIAR**

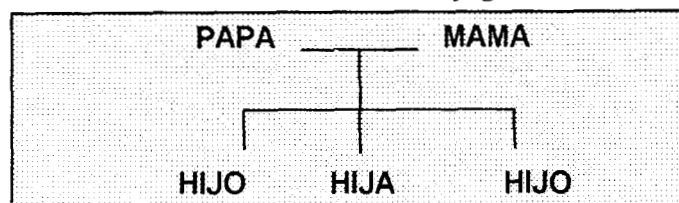
La familia a pesar de su reconocimiento y aceptación a escala universal, posee diferentes características, en cuanto a su estructura social, esto es en cuanto a su tamaño, de tal forma que según sean sus necesidades económicas, sus normas morales, sociales, y culturales se constituirá como unidad familiar.

Los estudios sociológicos que exploran el tamaño de la unidad familiar describen constantemente dos tipos: la familia conyugal o nuclear y la familia extensa o consanguínea, en esta investigación, explicaré brevemente algunas de las características más relevantes de ambas estructuras. Cabe señalar que a pesar de ser difundidas como los tipos más comunes no son los únicos.

## A) LA FAMILIA NUCLEAR O CONYUGAL.

A la familia nuclear se le define como un grupo íntimo y fuertemente organizado, compuesto por los cónyuges y los descendientes; lo cual nos remite al grupo biológico que se caracteriza por las relaciones de padre/madre, madre/hijos, hermano -a/ hermano -a. Según C. C. Harris (1986), estas relaciones constituyen los elementos de todo sistema de parentesco, a dicha familia se le denomina "*Familia elemental*"; (ver figura 6).

FIGURA 6 Familia conyugal.



La familia nuclear por su estructura simplificada se le atribuye una relevante importancia, ya que en ella se comporten actividades fundamentalmente biológicas y también cosas que se han vuelto comunes a sus miembros, durante el periodo de interacción implícita en el cumplimiento de tales actividades biológicas.

Según las culturas y el tipo de economía de las familias nucleares, varía en su estructura de poder, así entonces estas pueden ser:

- Patriarcales: familias en que el esposo es quien toma las decisiones e impone las normas.
- Matriarcales: familias en las que es la esposa quien toma las decisiones e impone las normas.

Se considera que este tipo de estructura familiar se formó en Europa Occidental y los Estado Unidos como consecuencia de la Revolución Urbano - Industrial; dado que su tamaño reducido resulta ideal para la satisfacción de los

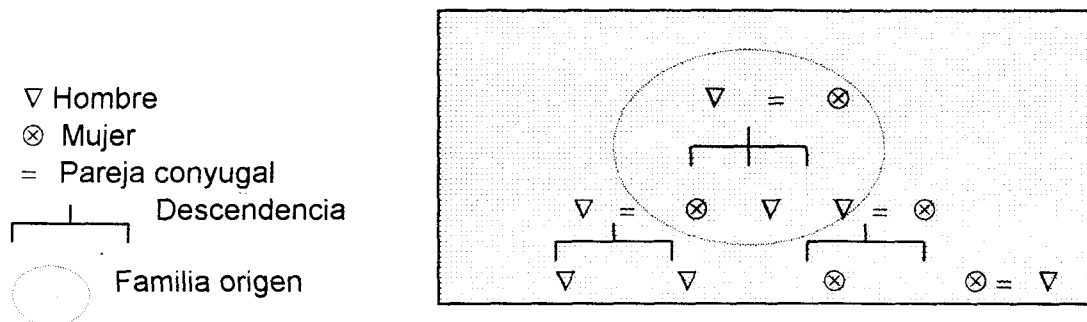
requerimientos de una sociedad industrial en cuanto fuerza de trabajo móvil y unidad de consumo. De ahí que Talcott Parsons (1970) acuñara su definición de "Familia nuclear aislada", dado que el proceso de urbanización implicaba la ruptura de la familia extensa.

No obstante Michael Anderson (1980), asevera que la industrialización y urbanización pueden ocurrir con la familia nuclear o sin ella, por lo cual considera más apropiado aplicar el término de "Familia extensa modificada", ya que descarta una ruptura definitiva con la familia extensa en el margen del proceso de urbanización pues ésta modifica su estructura original solo para fines de adaptación en el nuevo proceso de producción - consumo, pero que afectiva, moral y emocionalmente sigue dependiendo de la familia extensa.

### B) FAMILIA EXTENSA O CONSANGUINEA

La familia extensa se define como un grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos de creación social artificial ya que se cualifica la relación respecto a una línea de descendencia particular o a cierto grado de consanguinidad, (ver figura 7).

FIGURA 7 Familia extensa



Al hablar de una familia extensa se puede considerar desde dos hasta más familias nucleares dependientes de la familia origen. Así entonces, cuando hacemos referencia a la familia extensa se denotan los lazos entre miembros de familias nucleares entrecruzados. Sin embargo no todos los miembros reconocen

relaciones con todos los miembros, pero todos están vinculados, con diverso grado de proximidad en función de la cantidad de relaciones involucradas.

Bajo estos parámetros resulta conveniente usar la noción de “red de parentesco extensa”, que de acuerdo con C.C. Harris (1986), la cual es aplicable a los lazos generados entre cada individuo perteneciente en la familia extensa, procesos que crea en su conjunto un tipo de estructura en donde todos los miembros son puntos que se encuentran interconectados, esto es, cada individuo tiene conjuntos de parientes reconocidos con los cuales se interseccionan.

La familia extensa se considera propia de las sociedades pre industriales, predominante en las zonas urbanas, constituida como una unidad de producción y consumo. Esta formada por los progenitores, los hijos y otros convivientes que pueden ser parientes consanguíneos y políticos o no, en buena parte los hijos se ven como potenciales aportadores económicos al grupo.

Los integrantes de este tipo de familia viven bajo la autoridad predominantemente patriarcal, quien además asume el mando y estipula las normas que han de regir el sistema. Así entonces en su sistema de relaciones predominan las jerarquías de los padres sobre los hijos, de los viejos sobre los jóvenes, de los mayores sobre los menores y correspondía a la mujer casi siempre el papel de subordinación.

A partir de la revolución industrial se producen cambios en la estructura familiar pues el asentamiento de la industria en las ciudades y el desempleo rural se produce una afluencia masiva del campo a la ciudad, lo cual trae como consecuencia la ampliación de las relaciones de los miembros de la familia que antes había quedado limitado al círculo familiar. De esta manera el estatus del individuo no dependerá sólo del de su familia sino también de sus propias capacidades, y por consecuencia sus relaciones quedaran ampliadas.



Actualmente podemos observar que esta tipología básica del tamaño de la familia, nuclear o extensa, no es única, dado que se ha generado una gran diversidad a partir de ellas, así entonces encontramos las siguientes categorías:

- *De un solo individuo*: formadas por una sola persona, viuda, soltera, o bien formada por un par de viejos amigos; a este tipo de organización pocas veces de le reconoce como familia.
- *Simple*, compuesta ya sea por el padre o la madre y los hijos, o ya sea del viudo o de la viuda con sus hijos excluyendo a cualquier otro pariente.
- *Extensas*, compuestas además de los miembros de la familia simple, por parientes ascendentes o colaterales, es decir, por un padre o una madre o del jefe de familia o de su mujer, por un hermano o una hermana, etc. La extensión corresponda a una adición a un núcleo central conyugal de un pariente más o menos próximo.
- *Múltiples*, en las que cohabitan varias familias emparentada. Si quien dirige es la pareja de padres de más edad, y la pareja de hijos casados quienes sufren esta autoridad, nos encontramos en el caso de la familia troncal: Si solo hay familias de hermanos y hermanas casados, de la misma generación, se observa una configuración de "hermandad".

#### **3.1.4 DINAMICA FAMILIAR**

La dinámica familiar se establece de manera concreta con las múltiples relaciones intrafamiliares que se desencadenan gracias a cada uno de los integrantes del núcleo familiar. Así, de esta manera encontramos que dichas relaciones se generan no sólo como una cuestión implícita a los miembros sino además como una necesidad psicológica.

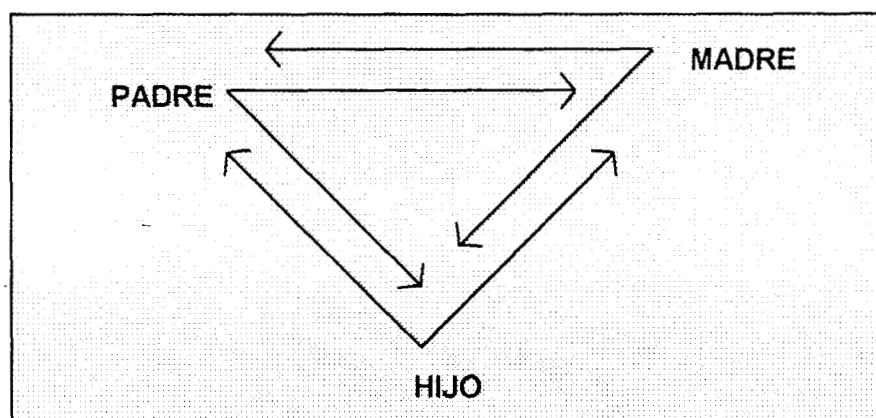
"Las necesidades psicológicas incluyen el deseo de ser aceptado, querido, sentirse competente e importante y ser productivo"<sup>12</sup>. Así entonces es importante que todo ser humano mantenga vínculos satisfactorios y sanos los cuales puede

adquirir a través de diversos grupos tales como: miembros de la familia y amigos; cuando no se pueden satisfacer estas necesidades, surgen en la persona sentimientos de inseguridad e insuficiencia.

Sin duda alguna el núcleo familiar es el primer lugar en el que se puede comenzar a satisfacer estas necesidades materiales y psicológicas, a través de diversos vínculos que se van estableciendo y desarrollando conforme a diversas etapas y procesos por los que atraviesa. La relación continua de un hombre y una mujer es la base de toda unidad familiar, pero en esta unidad se generan también otras relaciones la de los padres con los hijos y la de los hijos entre sí.

Estos vínculos que se desencadenan dentro del sistema familiar son en primera instancia el desarrollado por el esposo y la esposa, en una siguiente etapa se establece el vínculo desarrollado entre padres e hijos, y por consecuencia el establecido entre hermanos y parientes. De esta manera se desencadena una compleja red de relaciones, aun si tan sólo nos referimos a la familia nuclear, (figura 8).

**FIGURA 8 Dinámica familiar**



<sup>12</sup> Enrich Marc I. (1994) "Las necesidades psicosociales de la familia". En **Los esposos, las esposas y sus hijos**, México: Trillas, p. 9

## **A) LA PAREJA.**

La pareja se constituye particularmente por la unión del hombre y mujer. Este vínculo inicial dura un tiempo impredecible, por que es la pareja quién decide, de acuerdo a sus expectativas, si es larga, breve o se anula. Dicho vínculo es socialmente reconocido como el “noviazgo”, y algunos autores la describen como la etapa del conocimiento mutuo, en busca del acoplamiento de caracteres. Una vez que esta etapa concluye se ingresa a la siguiente que se denomina, en casi todas las sociedades como “matrimonio”, (aunque se han generado formas reconocidas como “unión libre”, que se practican a pesar de que socialmente se encuentran en proceso de aceptación); esta etapa se genera cuando el hombre y mujer deciden compartir un mismo ritmo de vida, de este modo su relación queda estructurada bajo la búsqueda de satisfacer las necesidades emocionales, sexuales y psicológicas del otro.

Una vez iniciada esta nueva forma de vida, tanto para el hombre como para la mujer es absurdo hablar de unión en términos de sacrificio o de compromiso, ya que todo se hace con gran facilidad en pro de la pareja. En la nueva relación, tanto él como ella comienzan a vivir un ciclo de adaptación, ya que dentro de la convivencia que comienzan a experimentar, ambos asumen roles y responsabilidades, que en gran medida van aprendiendo uno del otro; así pues juntos comienzan a construir las normas que regirán, de manera particular, el nuevo sistema familiar. De esta manera ambos construyen su propia intimidad, su propio estilo de vida.

Cuando la pareja decide tener hijos, la relación inicial (esposo - esposa) cambia drásticamente y se asume un nuevo rol: el de padres. La falta de experiencia y practica hace que se genere un considerable desequilibrio en él y ella, de manera que puede correrse el riesgo de dedicar menos tiempo del

habitual a la pareja y que ante tal situación el ser padre adquiriera prioridad, en tal magnitud que se hace a un lado la relación de pareja.

Así entonces, durante la mayor parte del tiempo la relación esposa - esposo se torna secundaria respecto a la ejecución de los roles padre - madre, e incluso se llega a experimentar un alejamiento entre ambos. Es entonces, cuando ambos experimentan un desequilibrio en cuento al estilo de vida creado en un inicio. Es por ello fundamental que la pareja aprenda no sólo a ser esposo - esposa y padre - madre, sino también a ser amigos y aliados para afrontar y superar cualquier desajuste que traiga consigo la dinámica familiar.

## **B) LOS PADRES**

La función de los padres, como progenitores, es la de enseñar las distintas nociones destinadas a la defensa de la vida, las cuales constituyen las aptitudes psicofísicas que van formando a la mente en su desarrollo evolutivo hasta la etapa de la madurez. La protección que el padre puede proporcionar a la madre e hijos implica, no sólo el ser sustento económico, sino además ayudarlos cuando resulte necesario, de las situaciones emocionales y reconectarlos con la realidad, a la vez que ampararlas de las contingencias penosas toda vez que ellos no puedan lograrlo.

Compete al padre colaborar con la madre en la enseñanza a los hijos de distintas aptitudes, velar por el mantenimiento económico de la familia, utilizar su mayor capacidad lógica,. Ejercer con mayor precisión el principio de autoridad, en el cual colabora la madre, y cooperar con ésta en el cuidado del hogar, a la vez que proteger física y emocionalmente a su familia.

Ahora bien, La mayor capacidad de intuición y comprensión psicológica inherentes a la condición femenina, convierten a la madre en la principal reguladora de las emociones en el hogar. Es ella quien entiende lo que cada cual

esta sintiendo, o por lo menos se esfuerza por hacerlo y traduce a los demás lo que ha percibido tomando inteligiblemente para todos la conducta del otro.

La capacidad de gestar y criar a los hijos está íntimamente relacionado con las labores domésticas que requieren igual potencial de paciencia, intuición, captación, ensoñación, creatividad y comprensión. (Raquel Soifer, p 58). Las enseñanzas de la madre se centran en el cuidado físico (alimentación, higiene, etc.), en la elaboración de los afectos, y muy especialmente en el juego, las actividades recreativas, escolares y domésticas.

En síntesis la función de la madre es gestar, criar y educar a sus hijos, favorecer su relación con el padre y hermanos, velar por el mantenimiento de los vínculos cariñosos entre todos, refrendar la autoridad del padre, cuidar el aseo, la alimentación, la vestimenta y el bienestar del hogar.

Los padres respecto a los hijos, adquieren una serie de responsabilidades (que en algunos casos no se asume como tal) cubren necesidades fundamentales en el desarrollo de los hijos son: el adquirir seguridad, confianza en sí mismo, manejar sus emociones, desarrollar habilidades intelectuales; ya que la estabilidad social y emocional del niño tiene origen en sus primeras relaciones interpersonales dadas en su relación con sus padres y hermanos.

### **C) LOS HIJOS**

Los hijos durante su infancia dependen de los padres para sobrevivir, ya que requieren de alimento, protección seguridad y amor. Estos elementos desembocan en la creación de una relación bastante intensa entre padre - hijo. Así al llegar a formar parte de la pareja, el hijo, obliga a los esposos a ejercer un nuevo rol: ser padres. La ejecución del nuevo rol es complicada dado que se desconocen las normas y pautas de este, esto es, no es el igual de práctico y significativo el observarlo en otras personas que el practicarlos en la vida propia.

La relación madre /hijo que podría considerarse como la más natural aparece fuertemente marcada por las fuerzas sociales y culturales de cada época.

Después del nacimiento, la madre y el niño establecen un lazo emocional intenso que puede engendrar un proceso conflictivo. Es necesario que el niño adquiera los elementos de su desarrollo psicológico y motor, y que supere la relación madre/hijo, para continuar desarrollando su personalidad.

El niño deja la esfera parental hacia los 3 – 4 años para conocer otras instancias de socialización, el grupo de edad y, sobre todo, la escuela. Entre los cuatro y los doce años, más o menos, adquiere determinados rasgos que caracterizan su personalidad. Los padres tienen que ayudar al niño a pasar ciertas etapas asegurando el desarrollo de su personalidad y entre sus múltiples rasgos, puede citarse el acceso a la autonomía, el control de la agresividad, la individualización del sexo y la formación de la identidad.

Las relaciones pueden volverse tanto más complejas cuando el niño se vuelve adolescente, esta relación también concierne a la participación de la vida del grupo doméstico; su lugar en las decisiones relativas al trabajo en casa, las vacaciones, el lugar de comunicación que debe mantener en equilibrio entre su rincón secreto y una dosis razonable de interacción.

Los hijos en el momento de su desarrollo y crecimiento tienen un cuidado especial: y cuando en el núcleo familiar hay dos o más los padres aprender que la imparcialidad es sumamente importante; esto es, el tratar de favorecer a uno de los hijos más que a los otros puede traer consigo consecuencias evidentes en los hijos (rebeldía, resentimiento, etc.) ya que todos necesitan atención, amor y entendimiento.

Así pues los padres, “ son las personas más importantes en la vida de un niño; sin su aceptación y aprobación, el niño estará seriamente limitado”<sup>13</sup>. El sentirse seguro en la vida le permite al niño afrontar situaciones nuevas y difíciles, así también podrá manejarse ante situaciones frustrantes o ante desilusiones, y a través de ellas hacer crecer su personalidad y desarrollarse apropiadamente.

Dentro de la relación que se inicia (padres - hijo) podremos encontrar diversas modalidades de atención y demostración de afecto e incluso, una gran variedad de regaños y sanciones, todo ello con una sencilla finalidad: “educar a los hijos”.

La función de los hijos es esencialmente la de aprender y un requisito indispensable para su educación es la obediencia, es importante resaltar que la necesidad y el impulso a crecer se imponen al deseo de aprender, por lo tanto sin crecimiento no hay supervivencia y por ende el niño se presta a recibir las enseñanzas, es decir, obedece por instinto de vida.

Así entonces, la función de los hijos se podría definir de la siguiente manera: es el papel que desempeñan quien, por su desprotección y su impulso a crecer y sobrevivir, realizan el aprendizaje de las habilidades motrices y de las correspondientes funciones mentales, este aprendizaje, que les es brindado por quienes se han hecho cargo de su cuidado y enseñanza, incluye determinadas características psicológicas y culturales.

Los hijos, con su ingreso a la escuela, comienzan a traer información al hogar, muy esporádicamente al principio y con el paso del tiempo se vuelve más frecuente, hasta llegar a la edad adulta, es entonces cuando el aprendizaje y la enseñanza se alternan entre padres e hijos.

---

<sup>13</sup> Enrich Marc. I. **Idem.**

#### **D) LOS HERMANOS**

A medida que el niño crece, la presencia de hermanos y hermanas desempeña un papel muy importante en su socialización y en el desarrollo de su personalidad (Erich Fromm, p 12). Los hermanos mayores le proporcionan no solo los objetivos, sino también los modelos de comportamiento perfectamente comprensible por él y al alcance de sus capacidades.

La presencia de hermanos mayores y menores da, al niño que se desarrolla, una buena ocasión para el ejercicio simultáneo de su capacidad de dominio y sumisión, con sus hermanos mayores y con sus hermanos menores, respectivamente.

Los hermanos mayores no pueden imponer por la violencia o la recompensa pautas de sumisión completa del modo en que lo hacen los adultos. Los hermanos menores pueden resistirse a la dominación en un grado que hace posible el desarrollo del sentido de poder que un niño puede adquirir. De esta manera encontramos que el grupo de hermanos, es en muchos sentidos un microcosmos de la sociedad adulta.

Los hábitos de dependencia mutua y los vínculos de afecto desarrollados entre los hermanos sigue operando incluso después de haberse casado y de haber asumido posiciones centrales en nuevas familias conyugales.

#### **3.1.5 FUNCIONES DE LA FAMILIA**

La familia, posee un carácter plurifuncional, con relación a las demás instituciones existentes (religiosas educativas, etc.); sin embargo sus funciones han sufrido cambios importantes, por tal motivo considero pertinente hacer una



distinción entre las funciones tradicionales y las funciones contemporáneas; así entonces algunas de las funciones tradicionales son:

**1.- Función productiva:** era reconocida como unidad económica única, fue centro de producción y consumo, hasta antes de la revolución industrial, producía todo lo que necesitaba, se abastecía no sólo de los elementos necesarios para el consumo (alimentos, vestidos, utensilios de trabajo) sino también de los que podía cambiar.

La industrialización transformó las funciones económicas de la familia al crear nuevas formas de trabajo y nuevos tipos de producción, con la fábrica apareció el obrero asalariado, el trabajo fabril separó a los miembros de la familia rompiendo así la unidad económica que tenía el grupo.

**2.- Función educativa:** tarea de transmitir los conocimientos y habilidades y patrones culturales. Durante mucho tiempo la educación familiar fue la única forma de educación conocida, Tanto la formación de hábitos y patrones de conducta como la transmisión de conocimientos técnicos de trabajo era ejercida por los padres. Cuando apareció la escuela desplazó en alguna medida a la familia en su antigua función educativa. La nueva institución tenía un carácter formal y sistemático con la finalidad de preparar nuevas generaciones.

**3.- Función religiosa:** era el centro de la educación religiosa. En la época actual la religión deja de ser doméstica. La Iglesia a través de sus representantes se encarga de atender en forma colectiva las necesidades espirituales de la familia y los templos públicos sustituyeron las capillas privadas.

**4.- Función recreativa:** a partir de las cuales los individuos se proporcionaban entretenimiento mutuo, la ciudad ha permitido y fomentado la formación de centros recreativos de diverso género. Los cuales han contribuido a que los miembros de la familia busquen alegría y esparcimiento fuera del hogar. Los

cines, clubs, cafés, hipódromos, estadios, piscinas, centros deportivos y otros lugares de recreo que ejercen una extraordinaria atracción en la población urbana.

**5.- Función protectora:** La familia era la institución protectora por excelencia, el refugio material y moral de sus componentes; proporcionaba no solamente techo y abrigo sino afecto, apoyo, seguridad física y espiritual. El padre como jefe absoluto tenía el papel de proteger, sancionar y cuidar a las personas que de él dependían. La aparición y desarrollo de las instituciones protectoras colectivas (como son la policía y el ejército), bajo las cuales el Estado ha reclamado el privilegio de proteger socialmente a la familia.

Aunque en mayor o menor medida la familia continua algunas de estas funciones, con ciertos cambios de forma e intensidad, la industrialización, urbanización y secularización creciente han ido privándola de la mayoría de ellas, produciéndose cambios en su funcionamiento que han afectado tanto a la estructura familiar como a sus integrantes (Novel G; 72, 1995). De esta manera encontramos que las funciones que continúa desarrollando la familia son:

**1.- La función biológica:** La familia posee el reconocimiento social de la procreación; esto es, por su naturaleza biológica hombre y mujer en su unión sexualmente reproductora han dado lugar a la preservación de la especie humana. Sin embargo esta forma privilegiada de reproducción para los seres humanos, ha sufrido cambios pues ya no se considera tan exclusiva de la pareja; los avances científicos y tecnológicos hoy en día han creado técnicas de reproducción tales como: la reproducción in vitro, inseminación artificial; así como también el hecho de que hombre y mujer se unan no implica su deseo de procrear.

**2.- La función socializadora:** La formación de la personalidad en las personas se desarrolla desde la niñez a través de la interacción que establece en el núcleo familiar, Con el cuidado y atenciones que recibe en sus primeros años de vida se le brinda de manera implícita una serie de enseñanzas que orientan al niño en una determinada línea de comportamiento, en un modo específico de actuar y amolda actitudes, fines, valores propios de la sociedad en que se encuentra inmerso. Así entonces, la identificación del individuo con los distintos roles sociales, genera y reproduce familias como imagen - espejo del contexto social en el que vive.

**3.- La función afectiva:** El grupo familiar a pesar de estar cada individuo sujeto a él de manera involuntaria por orden de la naturaleza, desde un principio de adhiere por lazos de afecto. Esto es, dentro del núcleo familiar se experimentan sentimientos de afecto entre sus miembros de acuerdo a las distintas etapas por las cuales se atraviesa.

De acuerdo a algunos expertos en el tema, en primera instancia se experimenta el "amor romántico", iniciado con el "enamoramamiento", al establecerse como pareja el hombre y la mujer se atraviesa por el "amor conyugal", relación que incluye el compañerismo, la amistad, la costumbre, la igualdad de valores y la probabilidad de contar con otra persona en determinada situación. Esta variedad de sentimientos son fundamentales para una adecuada relación familiar.

Dentro de esta función afectiva se incluyen también las relaciones sexuales, así como también el mutuo cuidado de los hijos e identificación de los padres con ellos, y sensación de seguridad frente a posibles peligros externos al núcleo familiar.

## **3.2 FAMILIA URBANA**

El ritmo de urbanización latinoamericano es uno de los más rápidos del mundo. En 1950 cerca de 61 millones de individuos habitaban en localidades de más de 2 000 personas; diez años después en 1960, las estimaciones indican poco más de 95 millones de habitantes en las mismas condiciones: El incremento fue, pues, superior al 50%.

El fenómeno de urbanización pondera sus efectos no solo en la economía a nivel mundial sino además en los procesos sociales, generando así nuevos fenómenos, entre ellos el hacinamiento humano, que trae consigo una serie de procesos sociales tales como: la delincuencia, el suicidio, entre otras, a las cuales los sociólogos les denominan trastornos sociales. Estos procesos no se dan en el vacío social de la gran urbe, se localizan específicamente en núcleos sociales, uno de los cuales es el ámbito familiar; de manera que el proceso urbano también repercute en la estructuración familiar, al paso del tiempo parecería que la familia se ha distorsionado y ha adquirido un carácter de irrecuperable, pero en este apartado pretendo exponer una serie de condiciones que han generado el estado actual de la "familia moderna", y que por cierto, está, no por haber perdido su estructura tradicional ha perdido su funcionalidad y deleite para con sus integrantes.

### **3.2.1 EL FENOMENO DE LA URBANIZACION**

Antes de introducirnos al ámbito de la familia urbana considero pertinente, hacer una breve reseña del fenómeno social que favoreció su aparición, no con ello, pretendo afirmar que no hubiese existido en épocas anteriores, pero sí que, permitió en gran parte su propagación, incluso hasta nuestra época actual.

El fenómeno social al cual me refiero es denominado Revolución Industrial; este tuvo origen en Inglaterra a finales del siglo XVII y principios del

XVIII. Esta práctica innovadora de producción transformó, no sólo el proceso económico en general, sino además los volúmenes de ganancias, las condiciones de trabajo, la población económicamente activa, las estrategias de explotación del trabajo y por supuesto las relaciones sociales.

La invención de la máquina de vapor, favoreció la producción en masa y la concentración puntual, esto es, la agrupación de las factorías en lugares determinados. Lo que trajo como consecuencia el fabuloso crecimiento de las grandes ciudades industriales. Dentro de estas ciudades miles de emigrantes, quienes atraídos por el desarrollo industrial se sumaban a la gran urbe; así fue como crecieron las primeras grandes ciudades, (Manchester, Liverpool, Londres, Hamburgo, Amberes, Nueva York, Baltimore, entre otras.)

El nuevo sistema de producción en masa reclamaba el suministro de trabajo humano; y cuanto más desvalido y miserable mejor, ya que podía contratarse su trabajo en condiciones más favorables para el patrono. Con las factorías y sus establecimientos se fundan los llamados barrios obreros, construidos por la ineludible necesidad de albergar a la mano de obra; sin embargo, estos eran construidos en deplorables condiciones para la vida humana.

Los que habitaban esas zonas no tenían derechos civiles, ni instituciones ciudadanas de ninguna clase y vivían sujetos a la tiranía de algún agente de la compañía. De este modo la concentración de la población en algunas ciudades, dio a lugar a la secases de viviendas y al descenso de las condiciones de vida.

En el año de 1864, se funda la "Trade Unions", organismo que convoca a luchar por los derechos de los obreros, hasta que aquellas condiciones inhumanas fueron transformándose a otras más benignas.

El gran desarrollo de las ciudades y de las formas de vida es uno de los fenómenos que caracteriza a nuestra civilización, de manera que, la población predominantemente rural, ha emigrado a las grandes urbes, y se ha ido convirtiendo en predominantemente urbana. En esta transformación, encontramos que se ha ido acumulando una población constante de emigrantes que se distribuyen en las franjas más miserables y abandonadas, e invaden propiedades ajenas o zonas de inadecuadas condiciones urbanas. Así, entonces encontramos que, la transformación industrial es incongruente por que el ritmo de crecimiento es muy superior a las posibilidades de previsión de las autoridades, a su capacidad de controlar y asimilar los problemas, y generalmente a su escaso crédito.

El crecimiento urbano en América Latina no posee un avance proporcional a la moderna industria pues pese a que existe un aumento en los servicios de utilidad pública, tiene como contrapartida el escaso desarrollo en el ámbito de la enseñanza y la salubridad.

La congestión, las condiciones de vida más precarias en las ciudades modernas, sobre todo en las fuertemente industrializadas, invadidas por el humo de las fábricas. Amenazados por los peligros de una circulación intensa, sin tranquilidad por la ruidosa civilización social a propiciado la difusión de focos de infección y por consecuencia a la propagación de enfermedades contagiosas.

Otras de las consecuencias del fenómeno urbano - industrial es que las grandes urbes contienen una porción de la población que no goza plenamente de las mieles del urbanismo, y es dentro de este grupo que encontramos a aquellos emigrantes que día a día siguen llegando a la gran urbe; su poca o nula experiencia en el medio les imposibilita ser enlistados de manera inmediata en las filas de producción industrial, causa por la cual para poder mantenerse dentro de esta área, buscan medios alternativos de subsistencia, tales como; ocupaciones

manuales, o el subempleo, ambos calificados y devaluados por el mercado laboral urbano.

Así entonces la mayoría de las personas que se desplazaban a las zonas industriales encontraban empleo no en las plantas modernas de alto rendimiento y eficiencia, sino en empresas industriales medianas y pequeñas, en la artesanía o en general en la industria doméstica. De este modo, si consideramos el crecimiento desequilibrado del empleo acompañado de cierta inestabilidad económica, no es difícil comprender la situación de empleo muy generalizada. (CEPAL, 56, 1966).

Tanto los trabajadores calificados como los no calificados, trabajan a trato por jornada y no están adscritos a organizaciones públicas o privadas de ninguna índole, por otro lado encontramos que su rol como consumidor es limitado por su bajo nivel de ingresos y sobre todo por la inestabilidad de sus fuentes económicas, de modo que estas personas participan en forma marginal en la economía industrial dominante (Larissa Adler de Lomnitz, 16, 1975)

El proceso de adaptación de la ciudad tradicional a las nuevas condiciones creadas por el crecimiento masivo de la población se caracteriza por cuatro mecanismos típicos que permitieron a las grandes concentraciones urbanas ofrecer alguna salida a la demanda ocupacional de una población en acelerado crecimiento:

*1) La supervivencia de gran parte de las estructuras productivas y comerciales tradicionales.* Las estructuras económicas de la ciudad tradicional se adoptaron a las nuevas condiciones; en el sector industrial fueron las medianas y pequeñas empresas las que mostraron mayor capacidad para dar alguna ocupación a la mano de obra redundante. Estas unidades productivas poco eficientes se multiplicaron y tendieron a aumentar su capacidad relativa operando sobre bases tradicionales.

*II) La expansión de la población ocupada en la prestación de servicios.* Los mayores porcentajes de empleo en el sector, lo constituían los servicios comerciales y personales; las actividades comerciales alcanzan una proporción muy elevada de la población activa urbana, e incluye un alto número de pequeños comerciantes y vendedores ambulantes, lo cual explica el bajo nivel promedio de los ingresos en el sector, así entonces, la porción comercio estaba sustituida por la población económicamente marginal. El rubro servicios personales estaban compuestos por sirvientes domésticos. El área de servicios en comunicaciones, transportes profesionales y de bienestar social, proporcionaron empleo a un número mucho menor de personas que los totales ocupados en los dos rubros anteriores.

*III) El mantenimiento de muchos de los patrones familiares y tradicionales.* El mantenimiento de ciertas pautas tradicionales de comportamiento familiar contribuyó a atenuar el desempleo urbano; pues el mantenimiento de lazos primarios de parentesco fue una estrategia generalizada para la supervivencia individual en grandes ciudades. El familismo como modelo latente o manifiesto de organización de las relaciones humanas penetraron de manera profunda en la mayoría de los nuevos sistemas institucionales. No obstante es evidente que el crecimiento urbano contribuye a la modificación de normas y valores de la organización familiar tradicional.

*IV) La expansión de las poblaciones urbanas marginales.* La formación de una población marginal y submarginal, a menudo en los límites de los niveles de subsistencia, fue el costo que las grandes ciudades latinoamericanas hubieron de pagar para conciliar las altas tasas de crecimiento en su población con los bajos niveles de productividad de su estructura económica. En tales núcleos de población una compleja red de relaciones primarias e informales, esto es, espontáneas y no organizadas proporcionan el indispensable soporte mínimo a la integración. (CEPAL, 71, 1966).



### **3.2.2 EFECTOS DE LA URBANIZACION EN LA FAMILIA**

El proceso de urbanización descrito en el apartado anterior, en la actualidad, esta muy marcada en los países en desarrollo, y a fines del siglo, el número de habitantes en las zonas rurales por primera vez en la historia de la humanidad (Wolff B. 1, 1994). La concentración urbana a dado origen en nuestras sociedades a nuevas estructuras sociales, por supuesto a estas estructuras corresponde nuevas formas de pensamiento y de conducta. La industrialización rompió la homogeneidad cultural y también las concepciones tradicionales de la vida, las concepciones que las han sustituido cambiaron, y por consecuencia, la orientación de las instituciones sociales, en particular la familia.

El establecimiento de una economía de grandes mercados y la invención de medios de transporte modernos, estimuló el crecimiento de las ciudades y el aumento de la demanda de alimentos para la subsistencia de la población. Los descubrimientos de esta época industrial, comenzaron a penetrar en los hogares, convirtiéndose así en sustitutos de los artículos fabricados en casa, lo cual produjo una considerable reducción y ahorro en la cantidad de energía y tiempo que se dedica a las tareas económicas en casa.

Por supuesto, como ya lo había mencionado, las relaciones sociales también se transforman y con ellas la estructura y función familiar; muchas de las funciones que cubría el núcleo familiar son traspasadas a la comunidad. La división obliga a la familia a delegar gran parte de sus funciones a otras instituciones, quedando así reducida a una función personalista, es decir quedando responsable solamente en el orden afectivo, sexual y de reproducción.

En busca de nuevas y mejores condiciones de vida las familias nucleares se desplazan a las zonas urbanas, así entonces, se reduce al tipo de familia

conyugal, pues abandona a la familia extensa en su lugar de origen para trasladarse a la gran urbe con la ilusión de integrarse a un estilo de vida más satisfactorio, gozando de los múltiples servicios que se producen ahí.

Los individuos, una vez estando menos sujetos al dominio parental y demás formas de presión social (ejercidos sobre ellos por la familia extensa), ejercen una mayor autonomía tanto hombres como mujeres. Eligen sus profesiones y administran sus sueldos, independientemente y los padres pasan a ocupar un lugar secundario, no determinante, en la dirección y dominio de su vida.

Las mujeres adquieren un nuevo estatus legal y político, han logrado su independencia, de manera que pueden ser propietarias, profesionales u obreras,; La urbanización influye también en la reducción de la tasa de natalidad, y por ello el tamaño de la familia urbana, en promedio, es inferior a la de la familia rural; de este modo sucede que, el tamaño de la familia se reduce al grupo de los padres y los hijos menores.

Uno de los efectos de la urbanización, que ha sido calificado como desastroso para la integridad de la célula familiar, es que esta ha perdido su antigua cohesión debido a que esta en constante competencia frente a las demás instituciones que buscan satisfacer las necesidades que solo ella estaba "autorizada socialmente" para ejercer.

Hesse y Gleyse (1979), señalan que el proceso de urbanización a diseñado un modelo moderno de familia la cual a pesar de haber sido centro del saber religioso, económico, gubernativo, y educativo ha sido desplazado por aquellas instituciones que no sólo han promovido estos ámbitos como una especialidad propia, sino que se han convertido en una forma particular de vida: religiosa, política y social; que se desenvuelve fuera de ella. La familia, a pesar de

ser despojada de estas funciones su especialización se centra en los ámbitos sentimental y moral, definiéndose así, como un foco de vida afectiva en donde se endulzan y humanizan las relaciones sociales.

En resumen las funciones de la familia han variado fundamentalmente a partir de la Revolución Industrial, Corredor (1962) realiza una comparación de las características predominantes en la familia patriarcal (familia extensa) y la familia moderna (familia nuclear), de clase media, (ver tabla 6).

**Tabla 6. Cuadro comparativo de la familia patriarcal y moderna.**

<b>FAM ILIA PATRIARCAL</b>	<b>FAMILIA MODERNA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Tener muchos hijos (10 a 15) y educarlos</li><li>◆ Tener casa grande (dos o tres patios) y 20 o más piezas.</li><li>◆ Producir todo en la casa (alimentos, vestido, medicinas, etc.)</li><li>◆ Tener una servidumbre numerosa</li><li>◆ Hacer vida en común, reunirse toda la familia a las horas de almuerzo y comida.</li><li>◆ Educar a los hijos con profesores en casa.</li><li>◆ Tener reuniones familiares frecuentes con fines recreativos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Tener pocos hijos (uno o dos), hacerlos educar (Kinder Garden)</li><li>◆ Tener casas pequeñas, departamentos (dos o tres piezas).</li><li>◆ Comprar todos los productos alimenticios afuera</li><li>◆ Tener uno o dos empleos o ninguno.</li><li>◆ La vida en común no se practica</li><li>◆ Los hijos reciben educación en colegios o internados.</li><li>◆ Las reuniones familiares son poco frecuentes. Las actividades recreativas son fuera de casa.</li></ul>

**Fuente:** Oscar Alvarez Andrew, en Corredor Bertha *La familia en América Latina*. Bogotá. p. 23

Las familias urbanas suelen ser menos fecundas que las rurales, ya que adoptan con mayor frecuencia la limitación voluntaria de la descendencia. No obstante se advierte cierta tendencia a extender los lazos de solidaridad familias más allá del círculo de parientes propiamente; en efecto en muchas familias, perteneciente no sólo a los sectores bajos del medio urbano, la supervivencia del grupo parece haber dependido de los partes individuales a la economía colectiva de la unidad familiar, lo que muy frecuentemente significa que dos o más familias compartieran una misma unidad habitacional.

En muchas de las ocasiones, las relaciones de tipo familística tendieron a reemplazar las notables deficiencias de las estructuras institucionales organizadas y dadas las condiciones, creadas por la variedad de urbanización, ocurrió que en la mayoría de los países, el mantenimiento de algunas normas sociales apoyadas en valores tradicionales de solidaridad familiar tuvo una considerable importancia en situaciones de subempleo, así como en el ascenso y conservación del estatus individual.

### **3.2.3 EL FENOMENO URBANO EN LA CIUDAD DE MEXICO.**

A finales de los años cuarenta, las ciudades todavía eran pequeñas, habían pocos edificios altos y unos cuantos automóviles; la gente se transportaba en camiones y en tranvías, Los viajes largos se hacían en ferrocarril, a partir de 1950, en autobús.

Los aviones, que eran de hélice, se usaban sólo cuando había emergencias, pues su desarrollo comercial era aún incipiente. Bajo la presidencia de Miguel alemán Valdés (1946 – 1952), México vio crecer su industria rápidamente. Muchas ciudades se expandieron y modernizaron a un ritmo acelerado. Se construyeron carreteras y aeropuertos, se incorporaron nuevas técnicas en la agricultura y el turismo comenzó a ser una actividad económica importante.

El crecimiento de la industria cambió la vida del país; la población empezó a concentrarse en las ciudades, por que en ellas estaban las fabricas, muchos negocios, las dependencias oficiales y había más oportunidades de trabajo. Durante los años cincuenta y sesenta, México se fue transformando en una sociedad urbana, cada vez más gente vivía en las ciudades que crecía con un

ritmo vertiginoso. Había trabajo, educación, la esperanza de vida aumento, aunque seguía habiendo pobreza.

Cada vez hubo más gente con radio y en 1950 se iniciaron las transmisiones de televisión; se comenzaron a edificar escuelas, hospitales y centros de salud: Las campañas para mejorar la alimentación y terminar con las epidemias dieron origen a la disminución de la mortalidad infantil.

Durante estos años el gobierno de México sostuvo el plan económico denominado "Desarrollo estabilizador", que puso en práctica durante la presidencia de Adolfo Ruíz Cortines (1952 – 1958) y Adolfo López Mateos (1958 – 1964). En la misma época se nacionalizó la industria eléctrica, se creó la Comisión Nacional para los libros de Texto Gratuitos, y se completó la nacionalización de los ferrocarriles.

En los años cincuenta, las ciudades experimentaron tal crecimiento que fue necesario planificar su expansión. Se construyeron los primeros multifamiliares y las primeras vías rápidas en la ciudad de México. A principios de los sesenta, el país se había transformado en el México que conocemos hoy.

La industrialización y las tecnologías en el siglo XX declaran el nacimiento de un México moderno, capitalista, industrial, y urbano; así también se formaliza la creación de clases medias y la imposición de modos de vida internacional.

En la segunda mitad del siglo XX es la modernización del país. La brusca y forzada transformación de un México preindustrial, rural, campesino y con poderosas atmósferas indígenas, aparentemente aisladas de la vida occidental y arraigado en modas tradicionales y más o menos pintorescas de vida, en un país industrial y urbano.

En el caso particular de la Ciudad de México, el Distrito Federal, es una unidad política creada en 1928, que internamente esta dividida en 16 unidades político administrativas llamadas delegaciones, (Miguel hidalgo, Benito Juárez, Cuahutemoc, Venustiano Carranza, Tláhuac, Alvaro Obregón, Coyoacan, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero. Tlalnepantla e Iztapalapa.

Durante el periodo comprendido entre los años de 1930 y 1970, la política pública actuó para concentrar aún más la producción industrial en la ciudad de México, la que resulto favorecida por su acceso a la generación de electricidad, petróleo y otras fuentes de energía y productos para las industrias petroquímicas, la provisión de instalaciones de agua potable y drenaje, y por último la inversión en programas de construcción de carreteras. (Ward. 47, 1991)

Las actividades industriales más importantes que se realizaron en la ciudad comprenden: la manufactura de ropa, muebles, publicaciones, producción de artículos de hule, plástico y metal, así como el ensamble y reparación de artículos eléctricos. También hay industrias de transformación orientadas al mercado local (bienes de consumo duraderos y no duraderos, (Ward, 1991).

Las ventajas que se adquieren, desde el punto de vista económico, en el D. F., es que este, es el lugar en donde se concentran factores locacionales que atraen el establecimiento de todo tipo de empresas industriales, comerciales y de servicios: la mano de obra especializada, mercado financiero desarrollado, disponibilidad de insumos industriales, lo más desarrollada infraestructura del país, facilidades de transportación, economías externas y de urbanización, gran mercado de consumo, establecimiento del gobierno federal y toma de decisiones.

Las desventajas que se han generado, en cuanto al crecimiento de la población en la zona urbana, son entre otros:

- El aumento de los costos y tiempos necesarios para transportarse a los lugares de trabajo o a otros sitios, a causa del aumento de las distancias a recorrer y el congestionamiento de vehículos.
- El hundimiento de la ciudad, que se manifiesta en el cuarteamiento de construcciones, hundimiento de redes de agua y drenaje, desperfectos en aceras y pavimentos, edificación costosa y técnicamente compleja.
- La necesidad de desalojar las aguas negras, ha forzado a construir varios emisores profundos, lo cual además a representado una gran inversión.
- Existe una considerable escasez de agua para cubrir las necesidades básicas en el presente y también para el futuro, lo cual exige un mayor costo, por m<sup>2</sup> de agua.
- Altos costos sociales, pues se han generado una proliferación de la delincuencia, anonimato individual y problemas de vivienda.
- A pesar de que posee el mercado de trabajo más grande del mundo, los trabajadores reciben salarios muy bajos y aproximadamente el 37%, están clasificados dentro del “*sector informal*” y no son cubiertos por el Seguro Social u otras formas de protección social. (Ward. 50, 1991)
- La contaminación atmosférica, es calificada como de las más graves de las grandes metrópolis del mundo. Este fenómeno es uno de los costos sociales más importantes que tiene que pagar la colectividad en términos, sobre todo, de enfermedades del aparato respiratorio.
- A pesar de vivir en una zona en la que la difusión de información es instantánea, y que constantemente estamos bombardeados por los distintos medios masivos de información, que cada día están más al alcance de todas las manos, nos sentimos aislados unos de otros; esto es, que se genera el síntoma de la soledad. (Lafarga Corona, 1997).

El progreso, al que es incorporado México al mundo capitalista, se lleva entre destrozos y atropellos muchísimos modos de vida y a millones de personas que dan así el espectáculo trágico en el proceso. El costo de la modernización es,

por ello, uno de los grandes trazos de la cultura mexicana moderna, de la violencia de las masas, de la provincia perdida, de la transparencia capitalina en el Distrito Federal antes de las grandes industrias y a la explosión automovilística y el atropellado modo de vida que surge.

La aparición abrumadora del siglo XX industrial capitalista, homogeneizador en una misma cultura occidental tecnológica y de consumo urbana y moderna, y las técnicas modernas traídas a México lo parecen descoyuntar y transformar todo.

#### **3.2.4 LA FAMILIA EN EL MEXICO URBANO.**

La formación y estructura de la familia se deriva de las necesidades del sistema y de la lucha familiar para sobrevivir en él, de manera que, los miembros de la familia se definirán a través de la convivencia (vivir juntos y vivir con amistad y armonía) y la solvencia económica compartida. Henry hace una clasificación de las unidades familiares de acuerdo a los parámetros de estructura y organización económica, que se presentan con mayor frecuencia en la zona urbana:

- *Unidades familiares de una sola persona:* estas apenas pueden mantenerse, pero vivir sólo resulta casi imposible en la Ciudad de México, entre las clases populares, además de la tristeza de vivir en soledad sin el apoyo psicológico y moral de la familia. En 1989 el 40 % de estas estructuras estaban formadas por mujeres solas.
- *Unidades familiares matrifocales:* se definen como aquellas formadas por una mujer y sus hijos, sin que viva un hombre adulto en la casa; un 44% esta encabezado por viudas y un 14% por mujeres que declararon no haberse casado, 17 % mujeres abandonadas y 10% mujeres divorciadas, estos datos se registran hacia el año de 1989. Estas mujeres con frecuencia son apoyadas por sus hijos u otros parientes.



- *Unidades familiares nucleares:* De todos los tipos de familias, esta es la más frecuente. La experiencia y formación de cada mexicano se desarrolla dentro de la familia nuclear, por lo que resulta casi universal en la sociedad mexicana.. Se puede considerar que entre el 98 y 99% de estas tienen a un hombre como jefe, aunque en edad promedio son muy jóvenes; de 39 años hacia 1989.
- *Unidades familiares lineales y extensas:* constituidos por uno o los dos padres, uno o dos hijos casados y los hijos solteros de las dos generaciones. Estas familias suelen ser más organizadas, en cuanto a la inserción de miembros en la fuerza de trabajo, para ganar mayores ingresos.

En general, estas son algunas de las características propias de la familia urbana mexicana, que con astucia, en cuanto a estrategias de organización, despliegan sus pocos recursos disponibles, predominantemente humanos, para sobrevivir.

Sin duda alguna su principal preocupación es la supervivencia día con día, y el medio familiar se vive como aquella alternativa que permitirá alcanzar la seguridad, la gran urbe ha modificado la vida de las familias con bajos recursos económicos, generando una nueva categoría: las familias marginadas, las cuales son excluidas por el sistema, en la mayoría de casos por su bajo nivel de escolaridad, lo cual trae como consecuencia que ejecuten actividades ocupacionales no relevantes al sistema y que por lo tanto, sean víctimas de la explotación, excluidas de posibles relaciones con instituciones de la comunidad, sin ninguna garantía de ninguna especie.

Para los mexicanos, la familia constituye el centro psicológico y social de la vida cotidiana, y su supervivencia depende de está, defenderla y desarrollarla, por lo tanto, representa una prioridad (Henry A. 147, 1994). Sin embargo en la sociedad mexicana contemporánea, las creencias acerca de la familia han devenido en una serie de mitos y estereotipos estrechamente interrelacionados entre sí, dichas creencias han generado una visión idealizada de la realidad

familiar que se vive en el país. De este modelo tenemos que, la ideología que rodea a la familia provoca la conformación de prejuicios que establecen lo que es “correcto” y lo que es “indeseable” en las relaciones familiares. Las diferentes imágenes acerca de la familia se sustentan en una mezcla de realidades e ilusiones, hechos y fantasías. En torno a la familia, se han acumulado una serie de creencias y mitos que están profundamente arraigados en la memoria colectiva, entre los cuales tenemos los siguientes:

- ◇ **El mito de la familia estable y armoniosa del pasado:** a este mito de se le añade la creencia de que los hogares de épocas pasadas se caracterizaba por reunir a sus miembros, emparentados entre sí de tres o más generaciones, cobijándolos bajo un mismo techo.
- ◇ **El mito de los mundos separados:** que trae consigo la creencia de que sólo en ella los individuos pueden satisfacer sus necesidades vitales de amor y protección, lo que les conduce a glorificar y privilegiar a la familia, ante un mundo público, impersonal, frío, deshumanizado y despiadado.
- ◇ **El mito de la experiencia familiar indiferenciada:** producto de una falsa universalización, que supone que los miembros de la familia tienen necesidades e intereses comunes. Sin duda alguna la familia es vivida y sentida de manera diferente según el género, la edad y la posición que los individuos guardan con relación al parentesco.
- ◇ **El mito del consenso familiar:** que conduce a la creencia de que las familias viven cotidianamente en un cuadro de felicidad y armonía, negando las múltiples contradicciones que son intrínsecas a la vida familiar. Sin embargo la desigualdad entre sus miembros y la dinámica emocional de las relaciones familiares son un hecho que se mantiene latente y llevan consigo dosis de conflicto y hostilidad.
- ◇ **El mito de la virginidad:** el matrimonio, tradicionalmente, ha sido concebido como ámbito exclusivo y privilegiado para la expresión de la sexualidad y la experiencia sexual regular de hombres y mujeres. Sin embargo el promedio de edad de las mujeres al momento de su primer encuentro sexual es de 17:3

años, mientras que la de los varones es de 16.2; y en ambos casos ello no implica un haberlo experimentado dentro del matrimonio, ni tampoco como consecuencia un embarazo que los obligue a contraer matrimonio.

- ◇ **El casado casa quiere:** creencia ampliamente relacionada con la autonomía requerida por los procesos de individualización, concepto de la sociedad moderna. Basada también en la creencia de la separación de la familia nuclear, en su independización de la familia extensa. Sin embargo las posibilidades económicas no siempre hacen posible este mito.
- ◇ **La familia nuclear conyugal monolítica:** uno de los mitos más comúnmente difundidos en torno a la naturaleza de la familia conyugal es su aparente estructura rígida, fija, inmutable y uniforme. Que se estructura por los padres e hijos, como una unidad separada e independiente del parentesco.
- ◇ **El mito hasta que la muerte nos separe:** La disolución conyugal, hasta hace unas décadas era injustificado ante la sociedad, sin embargo, actualmente, la frecuencia del divorcio y separación se ha multiplicado y ocurre cada vez más temprano después de iniciada la unión o el matrimonio.
- ◇ **El hombre tiene la última palabra:** antes era tomada como ley en el marco de la cultura patriarcal, actualmente se resignifica en distintos escenarios: La creciente inserción de la mujer en la actividad económica ha ampliado sus aportaciones monetarias dirigidas a satisfacer las necesidades de consumo básico de los hogares.
- ◇ **De tal palo tal astilla:** destaca la repetición de rasgos de personalidad entre padres e hijos, así como otros elementos (maneras de vivir, de comportarse, desempeño en el trabajo, etc.)
- ◇ **Fidelidad recíproca:** La familia nuclear conyugal se funda en vínculos matrimoniales concebidos por lo general dentro de un sistema monogámico basado en la fidelidad recíproca. Sin embargo en una encuesta realizada en el D. F. se revela que el 57% de los entrevistados han sido infieles a su pareja alguna vez. (V. Salles, R. Tuirán, 1997)

Todos estos mitos, que son sostenidos por un gran número de creencias, han traído como consecuencia la construcción del mito de “*La familia ideal*”, a la cual se le atribuyen como características particulares todos los mitos anteriormente descritos. No obstante, esta no existe, y no puede existir sino como un conjunto de criterios o una pauta a partir de la cual cada familiar puede juzgar sus emociones y conductas” (Henry A. 1994, p.100).

Henry A. señala que la familia ideal, en las clases populares tiende a funcionar bajo los siguientes parámetros:

- ⇒ PADRE: es de quien depende la organización, tiene la autoridad y el respeto, es trabajador (de tiempo completo) y no bebe demasiado, todas las quincenas entrega su sueldo integro a su esposa.
- ⇒ MADRE: abnegada, sufrida y altruista, inspira lealtad a sus hijos; su obligación es organizar y mantener su sueldo integro a su esposa.
- ⇒ HIJOS: cooperan y ayudan a la casa desde muy chicos, obedecen a los padres, son tan altruistas como la madre y se doblegan ante la autoridad paterna, no ocasionan gasto en efectivo para su educación superior, pues siguen el patrón “trabajar y estudiar”.

De este modo, tenemos que en la familia ideal hay armonía y respeto, la casa es el dominio de la mujer y el exterior pertenece al hombre, el matrimonio de los hijos es marcado de acuerdo a su lugar de sucesión, y cuando asumen el matrimonio, los padres se conforman y se ponen de acuerdo para buscar una casa. La ideología de la familia ideal presupone que los intereses del padre de la familia son los mismos que los de los hijos, lo cual esta lejos de ser cierto (Henry A. 106,1994,)

Para que la familia pueda ser fuente de, y adaptarse a, los cambios provenientes del medio sociocultural y económico, esta debe sustentarse en relaciones reales, no ficticias o ideales, y democráticas. Las políticas públicas

con incidencia en los espacios familiares deben contribuir a crear las condiciones propicias para que las familias puedan potenciar y articular sus recursos materiales, humanos, y culturales, (V. Salles y R. Tuirán, 1997). Canalizándolos hacia la cristalización de proyectos familiares que estén fundados en distribución equitativa de derechos y responsabilidades de sus miembros.

### **3.3 EL PROCESO DE SALUD - ENFERMEDAD EN LA FAMILIA URBANA**

La familia dentro del proceso salud - enfermedad adquiere una vital importancia, dado que según sean sus orientaciones y características podrá ser facilitadora de enfermedades o impulsora del estado saludable de sus integrantes, como ya hemos podido recorrer teóricamente, el ámbito familiar esta integrado por necesidades biológicas, físicas y psíquicas, de manera que según sea desarrollada la dinámica dentro de sus integrantes, esta podrá generar cierto estado de salud; de este modo J. T. Litman (1974) asevera que la familia es el contexto más importante dentro del cual la enfermedad se presenta o se resuelva, (citado en Donati P., 185, 1994).

Los aspectos físicos, económicos, sociales y culturales de la vida en el mundo urbano, tienen una importante influencia en la salud; a través de procesos tales como los movimientos de población, la industrialización del entorno arquitectural y físico, y de la organización social. Las necesidades de salud, actualmente, son mayores en las ciudades del Tercer mundo, entre cuyos problemas figuran tanto las enfermedades infecciosas y la mal nutrición, como las enfermedades no infecciosas vinculadas al desarrollo, tales como: enfermedades cardiacas, no infecciosas, accidentes, drogadicción, trastornos mentales y además el SIDA.

La mala salud es muy frecuente en las zonas marginales, ya que dentro de su ambiente es muy probable que la nutrición, la higiene, y la vivienda estén fuera de su alcance y puedan ser explotadas cuando tratan de satisfacer sus necesidades fundamentales. El desempleo y las diversas formas de inseguridad afectan a la resistencia de estas personas a las enfermedades. Entre las condiciones ambientales que favorecen la difusión de las enfermedades transmisibles figuran: la insuficiencia e inseguridad de los suministros de agua,

las malas condiciones de saneamiento, la evaluación inapropiada de desecho sólidos, el drenaje insuficiente de las aguas superficiales, la mala higiene personal y doméstica, la vivienda insalubre y el hacinamiento.

### **3.3.1 LA FAMILIA URBANA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD**

La vida familiar es sin duda un núcleo de gran influencia en la transmisión de tendencias nocivas, pues es dentro de ella en donde se enseñan y aprenden malos hábitos, que gracias a la práctica diaria, se arraigan en el modo de vida. La salud, también se afecta, cuando las personas no reciben instrucción hasta un nivel que les permita mejorar sus ingresos y condiciones de vida, comer correctamente y protegerse así mismos y sus familias contra numerosas amenazas que pesan sobre ellos. Los estudios efectuados han demostrado que los habitantes de las ciudades se enferman con la mal nutrición, la vivienda inapropiada, las malas condiciones de saneamiento, la contaminación, el transporte público insuficiente y el estrés psicológico y social debido a la privación económica.

Las creencias y actitudes frente a la salud y la enfermedad que el sujeto posee son determinadas en gran medida por su núcleo social de origen y el estilo de vida, así como sus hábitos también se construyen a medida que esta lo permita y facilite. Así entonces a medida que la familia tenga influencia sobre el individuo, este responderá de manera favorable o desfavorable.

Por ser un núcleo que goza de una gama de relaciones y contacto interpersonal, la familia, ha sido considerada como foco de transmisión de enfermedades infecciosas. De este modo, Meye y R. Haggerty (1962), han puesto en evidencia que la susceptibilidad a las enfermedades por estreptococos está relacionada no sólo con variables físicas como la edad, la estación, la proximidad del contacto, sino también a factores psicosociales de estrés agudo y crónico,

tanto en los individuos como en el "*clima familiar*". Así también W. B. Neser (1975) ha encontrado que la susceptibilidad al infarto esta altamente relacionada con la fragmentación y desorganización de la familia, definida por situaciones tales como el divorcio, la separación, niños que viven con un sólo padre, niños que viven sin padres, y otras situaciones problemáticas que podrían ser definidas como: "*Calidad de Relación*".

De acuerdo con Casel (1974), las enfermedades tienen mayor incidencia durante los periodos de estres en aquellos individuos que tienen poco o ningún apoyo, en particular familiar, y en las investigaciones epidemiologicas los censos y los estudios se demuestra que las tasas de mortalidad y morbilidad son superiores entre las personas que tienen situaciones familiares más débiles, colectivas, fragmentadas, o que, en cualquier caso no puedan contar con una familia disponible como "*recurso*".

Por lo anteriormente mencionado, es evidente que las situaciones familiares más difíciles y problemáticas, combinadas con la ausencia o insuficiencia de apoyos, son un factor de crecimiento de la susceptibilidad (o riesgo) de enfermedades, tanto físicas como psíquicas, así entonces, la familia, no solo contribuye a causar la enfermedad, sino que, incluso en algunos casos puede ser ella misma la enfermedad latente en el transcurso de la vida de las personas, o según sea el caso puede ser un factor amplificador de las patologías, de tal forma que la familia adopta un papel de reforzador que contribuye a agravar la enfermedad del individuo.

En México, en el año de 1979, como parte del estudio Public Intervención, Housing and Land Use In Latin American Cities (PHILU), se entrevistaron 630 núcleos familiares, aproximadamente, en seis asentamientos irregulares de bajos ingresos, en la periferia de la ciudad, con respecto a temas relacionados con la salud familiar, se les preguntaba acerca de las enfermedades familiares ocurridas



durante los últimos doce meses, el tratamiento recibido y su opinión respecto a la calidad de atención médica recibida.

Se encontró que más de la mitad de los jefes de familia entrevistados declaró que al menos un miembro de su casa había estado enfermo; en su mayoría la persona referida era la esposa (36%) o un hijo (42%). El organismo al cual se acudió al tratamiento al parecer se relacionaba con dos consideraciones: si el individuo estaba sujeto a algún servicio de seguridad social y que por lo general se optaba por seguir tratamientos indicados por el sector privado en un 40% de los casos, a pesar de tener acceso a servicios menos costosos.(Ward. 222, 1991).

De acuerdo a las estadísticas, el índice de mortalidad del Distrito Federal fue de 54 981, en el año de 1990; y de 56 436, en el año de 1994. Así también muestran las causas de defunción, de donde se observa lo siguiente:

**Tabla 7 Enfermedades con alto índice en los años 1980, 1990 y 1996**

AÑO	TOTAL	ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	ENFERMEDADES DE LAS GRANDULAS ENDOCRINAS	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
1980	434 465	71 376	30 947	25 285	30 947
1990	422 803	83 833	33 238	45 575	33 238
1996	436 321	100 106	38 672	54 736	38672

Fuente : los datos son del Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1997, INEGI. p. 31

En la tabla 7 se observa un alto índice en las enfermedades del aparato circulatorio, una enfermedad del tipo no contagiosa, con un alto nivel de incidencia. Se presenta a todas las edades, es decir desde menores de un año, padecen este tipo de enfermedades, hasta mayores de 35 años. Por supuesto es mucho más frecuente en personas de 25 años en adelante.

En los últimos años, en las causas principales de mortalidad por enfermedad, figuran en primer lugar las enfermedades del corazón, seguidas por

tumores malignos, después y en tercer lugar se colocan las causadas por accidentes.

En los hombres, como causa de muerte, se colocan en primer lugar los accidentes, en segundo lugar las enfermedades del corazón, en tercero los tumores y en cuarto la cirrosis. Mientras que en las mujeres en primer lugar se colocan las enfermedades del corazón, en segundo los tumores malignos, en tercero la diabetes mellitus y en cuarto las enfermedades cardiovasculares. Como se ha señalado en el primer capítulo de este trabajo, son enfermedades que muy bien se pueden manejar en miras de la prevención y promoción de la salud, no obstante, al parecer las pocas campañas que se han lanzado a través de los medios masivos de comunicación no han sido del todo suficientes ni muchos menos efectivas, dado que las enfermedades con mayor incidencia, cada día aumentan su índice de incidencia.

Otro dato muy peculiar que arrojan, las estadísticas de nuestro país, en el caso particular del Distrito Federal, nos muestra el estado civil de personas mayores de 12 años y más, que fallecieron, por causas generales.

**Tabla 8 Índice de defunciones según estado civil.**

AÑO	TOTAL	SOLTER O	CASADO	U. LIBRE	SEPARAD O	DIVORCIAD O	VIUDO	NO ESP.
<b>1990</b>	37 990	6 837	16 575	1 476	519	1 276	10 358	949
<b>1994</b>	40594	7505	17373	1713	610	840	11499	1054

**Nota:** Los datos de 1990, son del Cuaderno # 4 Estadísticas demográficas(1993). México, INEGI, p.2334 y los datos de 1994 son del Cuaderno # 7, Estadísticas demográficas (1996), México, INEGI, p. 164

En la tabla 8 se puede observar que particularmente, que el índice más alto de defunciones se presenta en personas casadas, seguidas de personas viudas, estos datos parecen ser alarmantes, dado que supondríamos que las personas casadas tienen mayor tendencia a conservarse con vida, no obstante no podemos inferir con exactitud a cual, con las principales causas de muerte de estas

personas, por que el dato estadístico, manejado, sólo señala que son defunciones en general, esto es, no se especifica si fue por enfermedad, o por accidente; sin embargo, cabe señalar que si estos pertenecían a algún núcleo familiar, de donde cabría preguntarse si en algún momento dado, o en cierta medida esta jugo un papel importante en la vida del sujeto, hasta el momento en que llegara el tiempo de su defunción, ya sea por enfermedad o por accidente.

Sin duda, la importancia de la familia como generador de la salud, en realidad ha sido poco estudiada, y esto es muy claro, a través de los distintos modelos que han surgido para el abordaje de la salud en el individuo; Donati P. (1994) describe cuatro tipologías a partir de las cuales se ha abordado a la familia, dentro de los sistemas de salud, y son los siguientes:

**El modelo higienista:** en este la salud significa no entrar en contacto con quien es portador de agentes patógenos, el enfermo debe ser aislado de la familia, por lo tanto, esta es alejada de la escena médica, justo por sé considerada como un factor negativo de difusión. Este modelo, más adelante dará paso a la llamada "medicina comunitaria", la que le da una gran importancia a la familia, a pesar de que solo lo hace desde un marco cultural y operativo de tipo medicalizado y ambientalista. En el siglo XIX; en nombre de la salud del niño, lo sustraía de su madre en determinadas familias para hacerlo educar en una institución colectiva, bajo la supervisión de expertos: aunque se buscaba su bien, el niño era privado de su ambiente familiar e inmediatamente se descubría que, a pesar de ser imperfecto, todavía era mejor que la mejor de las instituciones, incapaz de prodigar una relación afectiva.

**El modelo Técnico - burocrático- industrial:** adopta una definición esencialmente bio-orgánica de la enfermedad, y sin embargo elabora una aproximación en términos de desequilibrios y desadaptaciones del individuo y del ambiente físico, que lleva a enormes progresos científicos - técnicos en el campo

terapéutico y sobre los aspectos biológicos de la vida. La familia sume aquí, una nueva relevancia, pero como objeto de estudio y de intervención para una acción médica más incisiva y como recurso práctico, instrumental y subordinado a la acción médica, la cual tiene su punto de referencia en las grandes instituciones médicas y en las organizaciones sanitarias de mercado (laboratorios, etc.)

**El modelo relacional preventivo:** en la base de este modelo. Se encuentra la idea de que la salud es un hecho global, de carácter procesal y relacional, que implica los aspectos de la existencia humana de forma interrelacionada: La salud es mucho más una cuestión de "calidad de vida" que de posibilidad de disponer de servicios médicos cada vez más generalizados y especializados. La familia se convierte en el "Locus" y en el sujeto de un comportamiento no pasivo e instrumental, sino activo, expresivo y tendencialmente simétrico, basado en dinámicas de participación en el proceso de mantenimiento, promoción y recuperación de la salud, mediante conexiones y colaboraciones significativas con el sistema formal de los servicios

Por otro lado, tenemos que, la filosofía de la Salud Pública en México se concentra en los servicios de salud individualizados más que en programas colectivos para el mejoramiento general de las condiciones de vida (Ward, 213, 1994). La cobertura de los servicios de Salud Pública y Seguridad Social, se han ampliado por razones políticas, ya que este tipo de acciones fortalece la ideología popular de que se están atendiendo los "intereses de los pobres"; pero solo ha sido utilizado como estrategia política para obtener su apoyo popular a su favor.

El acceso a los servicios de salud en México se divide en 3 categorías:

- Organizaciones de seguridad social, que se limita al tratamiento médico no especializado y no incluye los cuidados de maternidad en el IMSS, y ofrece un paquete de seguridad social y salud amplio y generoso en el ISSSTE

- Sector gubernamental: Es la que menos recursos posee y que sin embargo, representa un sistema de vital importancia para muchos pobres (SSA y DDF)
- Sector privado: Aunque limitadas en el número y el alcance son los servicios ofrecidos, las instituciones a menudo son la “base” de la provisión de servicios de salud (Cruz Roja, Cruz Verde, entre otras)

La Secretaria de Salud, creó programas de educación en torno a problemas de salud y trabajo en las delegaciones y se abrió un nuevo departamento para atender las zonas “marginales”; sin embargo, la falta de fondos provocó que para 1979 sólo se hubiesen establecido 59 centros de Salud Locales, de los 7000 requeridos, (Ward, 217, 1994)

### **3.3.2 ALGUNOS ABORDAJES DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA**

Las investigaciones de la familia en la transmisión de las enfermedades infecciosas, no se limitan al simple hecho de que dentro del ámbito familiar existe mayor contacto y cercanía y que por consecuencia favorece a la transmisión, sino además puede propiciar la incidencia y generación de la enfermedad.

J.H. Dingle y otros tuvieron un seguimiento de 60 familias, por un periodo de tres años y constataron que la incidencia acumulativa de las enfermedades más comunes del aparato respiratorio varían según la intensidad y magnitud de las relaciones familiares. Meyer y R; Haggerty, han puesto en evidencia que la susceptibilidad a las enfermedades por estreptococos está relacionada no sólo con variables físicas como la edad la estación o la proximidad del contacto, sino también a factores psicosociales de estrés agudo o crónico , tanto en los individuos como en el clima familiar. W. B. Nesor, ha puesto en evidencia que la susceptibilidad del infarto esta altamente relacionado con la fragmentación desorganización familiar; situaciones tal es como el divorcio, la separación, los

niños que viven con un solo padre, niños sin padres, entre otras; J. Cassel, ha formulado el supuesto de que las enfermedades tienen una mayor incidencia durante los periodos de estres en aquellos individuos que tienen poco o ningún apoyo, en particular familiar, (J.H. Dingle, 1964; Meyer y R. Haggerty, 1962; W.B. Naser, 1975; J. Casse (1974), citados en, Donati P. 1994, 187).

Sin embargo, a pesar de que la estructura y el estilo de vida familiar afectan al sujeto, en su estado de salud, no hay que olvidar los factores de tipo individual que entran en juego. No obstante la familia es decisiva en los efectos de la aparición de la enfermedad, en cuanto sistema y contexto relacional, en tanto se refiere a su interior como al exterior,

Todas las investigaciones epidemiológicas, los censos y los estudios demuestran que las tasas de mortalidad y morbilidad son superiores entre las personas que tienen situaciones familiares más débiles, conflictivas, fragmentadas, o que, en cualquier caso no pueden contar con una familia disponible como "recurso". Así entonces, tenemos que, es evidente que las situaciones familiares más difíciles y problemáticas combinadas con la ausencia o insuficiencia de apoyos, son un factor de crecimiento de susceptibilidad de riesgo hacia las enfermedades, tanto físicas como psíquicas.

La epidemiología, de carácter social, se ha ocupado de estudiar la generación de enfermedades, de donde se ha encontrado que "la familia no sólo es una contribución a las causas de enfermedad, como conjunto de factores intervinientes, desencadenados o colaterales, sino que en algunos casos casi puede ser ella misma la enfermedad subyacente al transcurso existencial de las personas, o en todo caso el factor estructural de amplificación de las patologías".<sup>14</sup> De ahí que se considere que el papel patológico de la familia, es un papel de refuerzo, esto es, el sistema de respuestas que una familia da

cuando surge una enfermedad en su seno se puede contribuir a agravar la enfermedad y la situación en su conjunto; y es allí donde la familia resulta ser incompetente e incapaz de producir respuestas saludables, por lo tanto se considera que esta es fuente de una condición de vida "estructuralmente enferma"

Un ejemplo muy ilustrativo de la reacción de la familia ante una enfermedad, es sin duda la reacción de los padres ante la noticia de que su hijo, recién nacido, posee Síndrome de Down, Mal formaciones o Deficiencia Mental, a estas reacciones, Benjamin Barbane (1988) las denomina "*Sentimientos naturales de conflicto*", y los caracteriza de la siguiente manera:

- Choque: sentimiento de indiferencia en el que no se sabe lo que se quiere decir, pero en realidad no se siente nada, esta etapa puede ser breve o prolongada.
- Negación: son manifestaciones de escape que se experimentan al no aceptar que se encuentran involucrados en una situación como tal; niegan que existe el problema, por que no pueden afrontarlo.
- Culpabilidad: se experimenta una culpa mayor a la que se puede soportar; se transfiere la culpa a alguien: Tratan de buscar el origen del problema, sin lograr encontrarlo.
- Enojo: sentimiento de ira que tiene como finalidad generar energía para actuar, este puede ser canalizada de manera negativa (agrediendo a quienes lo rodean), o de forma positiva (impulsada hacia la búsqueda de soluciones posibles)
- Aceptación: acepta las cosas tal como son y esta dispuesto a superar los problemas que se presenten.

Ciertamente, estos estado emocionales naturales pueden vivirse en un proceso de etapas, y en cada una podemos advertir un estado emocional poco

---

<sup>14</sup> Donati P. (1994) "La familia en el sistema de los servicios para la salud". En **Manual de sociología de la salud**. España: Díaz de Santos. p.190.

al condicionante social, el sujeto también influye en su modo de vida, condicionando, por supuesto, su personalidad, experiencia y cultura.

Entre las actividades importantes que el sujeto ejecuta en su vida cotidiana se encuentran, entre otras, las actividades relacionales, de amistad, amorosas, familiares, de trabajo, etc.; en estas la comunicación sana, auténtica y espontánea, son un requisito esencial en su funcionamiento, de igual modo, estas poseen una gran relevancia en la salud humana.

A medida que el sujeto es más sano, tendrá una mayor tendencia a implicarse en distintas actividades y relaciones, y ante cualquier vivencia negativa o contradicción, el sujeto las enfrentará, procurando superar los efectos; sin embargo si este participa constantemente en un sistema no sano, experimentará una elevada tensión psicológica que activará sus sistemas de defensa, que pueden en cualquier momento, llegar a ceder, convirtiéndose en “*distres*”.

La familia es un grupo social, donde el hombre expresa su mayor intimidad y espontaneidad, y tiene amplio margen de libertad para definir su propio sistema de norma, estilo de vida, etc.; no obstante esta se encuentra medida por la sociedad.

La familia puede ser un elemento importante para preservar, promover y recuperar la salud, pero a pesar de ello, es mucho más común que esta se considere como un factor de propagación de la enfermedad, ya que es el medio en donde existe con mayor frecuencia el contacto físico que facilita la transmisión de los virus, Por lo tanto su función resulta ambivalente, dado que puede fungir como motor que impulse la enfermedad y al mismo tiempo la salud.

González (1995) señala algunos aspectos esenciales de la vida familiar que juegan un papel relevante en la salud son:



**1.-** Es vía primaria y esencial de la educación afectiva de los sujetos durante los primeros años de vida., la cual descansa fundamentalmente en el valor afectivo de las relaciones familiares.

Las relaciones familiares son una fuente permanente de desarrollo de las emociones humanas, y en los primeros años de vida son esenciales para la formación de sentimientos y sensibilización y capacidad general del amor. Las deformaciones de las relaciones humanas, son fuente de agresividad, timidez y múltiples trastornos en la conducta. Dentro de la familia, se desarrollan también patrones de respuesta emocional, sentimientos positivos y expectativas felices, decisivas en el desarrollo sano de la personalidad.

**2.-** La vida familiar tiene un papel decisivo en la formación de hábitos adecuados, entre los que destacan, los higiénicos, los alimenticios, la cultura física. de descanso, etc.

La ausencia de hábitos adecuados en la vida cotidiana, da a la función reguladora de la personalidad en muchas ocasiones las "*innumerables ocupaciones*" del adulto absorben el tiempo que se pudiera dedicar a la supervisión de los comportamientos sanos del sujeto, por consecuencia, se educa dentro de un régimen caótico e irregular, sin parámetros estables de orientación.

**3.-** La educación moral para la salud en la vida familiar.

La educación moral y afectividad van unidas a lo largo de la educación de la personalidad. Sin embargo, si esta educación moral no va acompañada de vivencias y se basa en el autoritarismo y falta de comunicación, es fuente de múltiples contradicciones que repercutirán en la personalidad, afectando así a la salud, de manera que sólo una moral de carácter recíproco en su orientación (vívida) será característica de una personalidad sana; elemento que desembocara en un nivel adecuado de integridad para reconocer y asumir sus contradicciones y conflictos.

Un aspecto fundamental que no se debe hacer a un lado, es que la familia tiene una profunda influencia en los primeros años de vida del sujeto, y así mismo, en las etapas posteriores, tales como el periodo escolar, la adolescencia, la madurez, el comienzo de la vida laboral y el matrimonio.

Ahora bien, para un enfermo, la familia, no solo es algo inevitable, pero no por ello la única que influye en su estado de enfermedad, esto es, se trata, además, de un fenómeno - suceso - proceso que circula en todo el sistema social en el que la familia este involucra, en la que ella no sólo es causa sino también es blanco de los procesos patógenos (Donati P. 193, 1994)

No obstante, debemos de tomar en cuenta el hecho de que la familia, bien organizada, es capaz de afrontar con competencia y serenidad sus problemas, y por lo tanto puede prevenir muchas enfermedades, así como acelerar y mejorar los procesos de curación y rehabilitación. Se ha evidenciado en qué medida el programa de rehabilitación de personas afectadas de infarto puede ser favorecidas por el grado de empatía de los familiares del enfermo, y de igual modo el refuerzo y apoyo que se da a quien esta aflijido por su invalidez en el proceso de recuperación total o parcial, (E. K. Robertson, 1968; T. J. Litman, 1966, citados en Donati P. 194, 1994).

Bajo este contexto, M. Grosso (198?), basándose en la capacidad de las familias para "construir sus salud", distingue seis tipos de orientaciones culturales en caminadas al bienestar psico - físico, como categorías de abordaje para su estudio, estos son: Tradicionalista defensiva; Modernista y delegadora; Modernista participativa; Epidemiológico - socializante; Pluralista y pragmática; Sistemica y Autogestionaria. (Donati P. 203, 1994)

Dentro del núcleo familiar existen diferencias tales como el sexo, la edad y la estructura del núcleo, las mujeres en general tienen una carga mayor, y es al mismo tiempo un factor clave para la promoción de la salud. El papel del cónyuge, del padre hacia los hijos y otros familiares que eventualmente presentes en el núcleo, así como su asistencia de actitudes y comportamientos, resulta esencial para favorecer los programas de prevención.

Así, entonces, la familia resulta ser un recurso básico en la promoción de la salud; a pesar de que no siempre exista bajo la estructura tradicional e incluso ideal que se ha plasmado, es decir a pesar de las diferencias por su edad, sexo y tipo de estructura bajo el cual se haya construido. De esta manera, tenemos que, la familia se convierte cada vez más en un sujeto de prevención, curación y rehabilitación, a pesar de que sus modelos culturales y estructurales son diferentes, a pesar de estos en definitiva su organización y su "cultura de salud", influyen sobre el tipo y grado de susceptibilidad a la enfermedad, así como sobre la capacidad de evitar enfermedades y ayudar a la curación cuando estas surjan, por lo tanto estos son los ejes sobre los cuales debemos de ocuparnos para potenciar las condiciones de salud familiar.

#### **3.3.4 ESTRATEGIA DE VIDA SALUDABLE: RED SOCIAL.**

La marginalidad urbana existe debido al desplazamiento de ciertas capas sociales por la mecanización y automatización de los medios de producción. Estas poblaciones numéricamente crecientes pierden toda esperanza de ser absorbidas por el mercado de trabajo y se vuelven cargas permanentes de los servicios de previsión social. De hecho no representan un proletariado de reserva, sino más bien una "población sobrante", subproducto indeseado del sistema (Lomnitz, 87, 1994).

Esta situación se agrava en los países subdesarrollados, en que el ritmo y el patrón de desarrollo industrial son dictados desde el extranjero (Quijano, 1970, en Lomnitz, 87, 1994). La dependencia económica de estos países introduce un factor de inestabilidad, que causa una hipertrofia de las grandes ciudades a expensas del campo, la disponibilidad de materia prima y de fuentes de trabajo barato atrae un rebalse de capital hegemónico a las antiguas sociedades preindustriales. Así se produce:

- a) Un desnivel cada vez mayor entre las ciudades "Modernas" rodeadas de inmensos cinturones de miseria, y las áreas rurales "tradicionales" sumidas en la pobreza.
- b) El monopolio de las nuevas técnicas industriales por una elite laboral relativamente reducida.
- c) La modernización superficial que estimula la explosión de población y anula los esfuerzos por absorber gradualmente a los marginados en la fuerza de trabajo regular.

En las capas urbanas marginadas de la ciudad de México encontramos las siguientes características:

- ❖ Desempleo, falta de ingresos estables, nivel económico bajo, generalmente el más bajo entre la población urbana. Este numerosos grupo carece de seguridad económica y prácticamente tampoco recibe apoyo de los organismos de previsión social.
- ❖ La aceleración del ritmo de crecimiento ha traído como consecuencia la aparición de grandes concentraciones humanas en condiciones deplorables de higiene y seguridad formadas en lo más interno de los mayores centros urbanos.

- ❖ Los problemas sociales resultantes de la mala calidad de vivienda son de diferente naturaleza a los que surgen de la insuficiencia o la mala calidad de cualquier tipo de producto.
- ❖ La falta de alimento o vestido puede dar origen a condiciones de mala salud y pobreza, pero los efectos se limitan en gran parte a determinadas personas y familias.
- ❖ La mala vivienda también es perjudicial ya que el espacio destinado a la vivienda es pequeño, o los edificios están mal contruidos, o se encuentran en estado de abandono, o cuando los ocupantes son demasiados, surgen problemas de seguridad pública, de higiene y moralidad que afectan a todo el vecindario.

Ante toda esta serie de limitaciones se genera un estilo de vida a partir de la reciprocidad que estos practican con sus parientes y amigos (vecinos), de este modo aseguran su supervivencia entre los lagos y frecuentes intervalos de cesantía, a pesar de que el mercado proporcione todos los recursos económicos. Si estos recursos son intermitentes se comparten entre seis, ocho o diez personas, así el grupo sobrevivirá allí donde el individuo sucumbiría.

Si bien, los sistemas de intercambio de mercado maximizan recursos tangibles, la red de reciprocidad maximiza la seguridad indispensable para la supervivencia individual. Se estima que la población urbana marginal en la ciudad de México puede llegar a cerca de cuatro millones, es decir, una parte considerable de la población urbana del país, (Lomnitz, 92, 1994); por tanto, si el intercambio de mercado constituye el modelo dominante de intercambio en las ciudades, entonces no existen suficientes mecanismos de redistribución pública o privada para satisfacer las necesidades mínimas de la población marginal su supervivencia depende de la capacidad para crear un sistema de intercambio

completamente diferente de las reglas del mercado: un sistema basado en sus recursos de parentesco y de amistad. Incrustado en las relaciones sociales que persisten en el tiempo y no es pasajera y casual como en el intercambio del mercado. (Lomnitz, 92. 1994)

---

# CAPITULO IV

*RED DE APOYO EN*

*LA FAMILIA*

*URBANA Y SALUD.*

## **4.1 RED SOCIAL**

La sociedad en México se enfrenta a un problema básico, la enorme diferencia, de sus miembros, en cuanto a la participación en la producción, el ingreso, el consumo y las decisiones económicas. La producción moderna industrial requiere de conocimientos que hacen que sólo una capa privilegiada del sector trabajador pueda ocupar empleos en ella; esta capa marginada, en su mayoría migrantes rurales, analfabetos, y carentes de conocimientos de las tecnológicas urbanas más valorados, solo pueden ocuparse en empleos con bajos salarios.

De este modo, se genera un proceso de pobreza, ya que estas personas, con sus bajos ingresos no alimentan apropiadamente a sus hijos, ni les pueden proporcionar una educación apropiada para incorporarse al sistema productivo, viviendo en condiciones de inseguridad crónica. En general las características de las capas urbanas marginales son: el desempleo o subempleo, falta de ingresos estables, y un nivel económico bajo, generalmente el más bajo entre la población urbana. Este grupo, numeroso en la Ciudad de México, carece del apoyo de los organismos de Previsión Social, y se estima que esta población puede llegar a cuatro millones, de la población urbana total del país.

Si bien el intercambio de mercado constituye el modo dominante de intercambio en la ciudades, con todas sus contradicciones, internas, no existen suficientes mecanismo de redistribución pública o privada para satisfacer las necesidades mínimas de la población marginal, entonces el individuo marginalizado nada tiene que ofrecer al sistema de intercambio del mercado y por consecuencia no puede depender del sistema de mercado para sus necesidades elementales; de manera que, su supervivencia depende de su capacidad para crear un sistema de intercambio completamente diferentes de los arreglos del



mercado: un sistema basado en sus recursos de parentesco y amistad, (Lomnitz, 92, 1994).

Resulta esencial visualizar el problema de localidad y residencia como proceso dinámico, que depende de las circunstancias económicas, de la etapa del ciclo vital, de la disponibilidad de viviendas, de las relaciones personales, entre parientes, y de otros factores. De ahí la importancia de estudiar las redes sociales en las familias marginadas, como una estrategia de afrontamiento ante su realidad.

#### **4.1.1 DEFINICION**

Lomnitz (1975), señala tres categorías para el intercambio de bienes y servicios:

- a) El intercambio de mercado, sobre la base de la oferta y la demanda.
- b) La redistribución de bienes y servicios que se concentra en una institución.
- c) La reciprocidad, el intercambio de favores y regalos; parte integral de la relación social.

Los marginados, han creado un nicho ecológico, que garantiza su subsistencia y se genera bajo la estructuración social de; redes de intercambio entre parientes y vecinos; de manera que, dichas redes representan el mecanismo socioeconómico que viene a sustituir la falta de seguridad social. (Lomnitz, 26, 1983).

La expresión de red, esta dada bajo un parámetro abstracto, pues este es evidente pero no siempre palpable, de tal modo, tenemos que las redes sociales son un conjunto de individuos entre los cuales se produce con cierta regularidad una categoría de eventos de intercambio. En general, las *redes sociales* son los vínculos que construimos al relacionarnos con otras personas, desde que

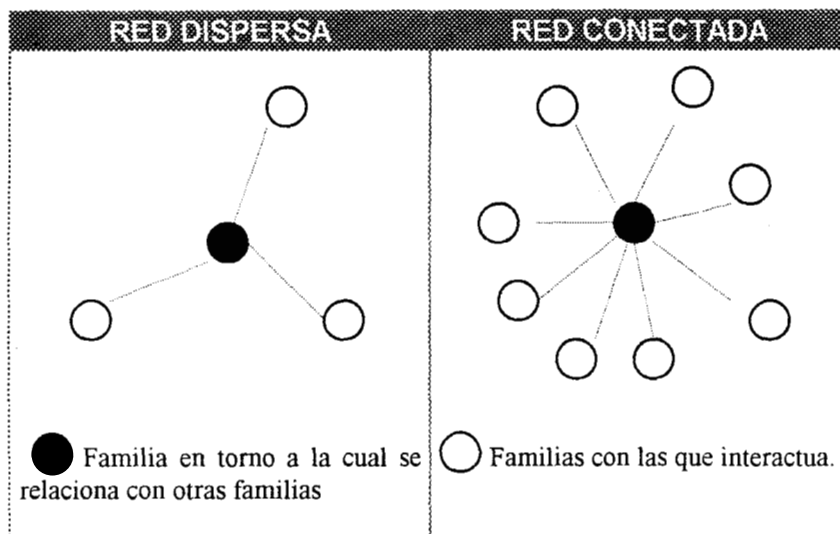
nacemos las primeras relaciones que establecemos son con los integrantes de nuestra familias (hermanos, padres, abuelos, tíos, etc.), y conforme vamos creciendo nos vinculamos con más personas: los amigos de la escuela, los vecinos, los amigos de mis hermanos, los amigos de mis padres, los amigos del trabajo, etc. La red, por lo tanto, no es un sistema fijo, ya que al estar inmersa en la diversidad social de nuestras relaciones, es cambiante y al mismo tiempo histórica.

Existen dos formas de redes ( figura 9):

⇒ Red dispersa: donde hay pocas relaciones entre sus miembros

⇒ Red Conectada: es donde hay muchas de estas relaciones.

FIGURA 9 Formas de la red social



Para que la red social se establezca, hay que mantener ciertas características, tales como: posición ocupacional, clase social, lazos económicos entre los miembros de una red, tipo de localidad, oportunidad para establecer nuevos contactos sociales y movilidad física y social. También encontramos, que existen cuatro tipos de redes:

- **Red de parentesco:** en la cual las personas están unidas por sus lazos de parentesco, tiene origen en el matrimonio, esta constituida por la familia nuclear, y en algunos casos también participa la familia extensa. Están unidos por lazos legales con derechos, obligaciones y prohibiciones, así como por una cantidad de diversos sentimientos psicológicos.
- **Red de compadrazgo:** es el complejo de relaciones establecidos entre individuos, que no necesariamente tienen que ser de su núcleo familiar, a través de su participación en algún tipo de ritual. Hay dos formas de relaciones de compadrazgo: vertical, se entabla entre un individuo que pertenece a una clase social con otra clase; y horizontal, se da entre iguales en la sociedad.
- **Red de reciprocidad:** esta red tiene que ver con intercambio económico y de servicios; la devolución del bien o del servicio tiene que ser simétrico.
- **Red vecinal y de amistad:** Se refiere a las relaciones sociales que se dan entre amigos, con quien se lleve mejor, con quién menos, y cuáles son las familias más importantes de la colonia.

En el intercambio recíproco de las relaciones de la red, intervienen cuatro factores:

- I. **Distancia social:** existen intercambios prescritos por la cultura para cada caso de distancia social (entre hermanos, padres, amigos, compadres, etc.)
- II. **Distancia física:** En la cual es necesario que exista una vecindad física que permitirá un flujo continuo y recíproco de intercambios.
- III. **Distancia económica:** la situación mutua de recursos y de carencias determina las necesidades, y por lo tanto, la intensidad del intercambio.
- IV. **Distancia psicológica:** en donde los factores que preceden se reflejan en una variable psicosocial que se denomina confianza y consiste en el deseo y la disposición para entablar y sustentar una relación de intercambio recíproco.

Las características estructurales y funciones de las redes sociales (tabla 8) le dan forma y fondo su dinámica y efectividad, al mismo tiempo que con su combinación se crean múltiples combinaciones de su estado.

**Tabla 9 Características estructurales y funcionales de la red social**

<i><b>ESTRUCTURALES</b></i>	<i><b>FUNCIONALES</b></i>
Tamaño	<i>Ayuda material y servicios:</i> prestamos, ayuda entre familiares.
Distribución	<i>Relación social:</i> estipula las normas de la tarea.
Densidad	<i>Guía cognoscitiva y consejos:</i> se comparte la información.
Tipos de función	<i>Apoyo emocional:</i> se proporcionan comprensión entre ellos.
Homogeneidad	<i>Compañía social:</i> si hay personas con las que hacen cosas juntas.
Heterogeneidad	
Dispersión	

**Fuente:** Musitu (1993) “Comunicación y apoyo” En *Psicología de la comunicación humana*. Argentina. Lumen.

Los vínculos que se establecen en la red social poseen determinados atributos tales como:

- ◇ Tienen una función prevaleciente; es decir en que mantienen la certeza de que posee una compañía social.
- ◇ Poseen mutidimensionalidad, es decir, se tiene claro cuantas funciones cumple o puede cumplir.
- ◇ Genera reciprocidad, es decir evalúa si es o no igualitaria la función de la red.
- ◇ Propicia intensidad y compromiso, se genera cierta intensidad y compromiso entre los miembros de la red.
- ◇ Posee frecuencia, en la cantidad de contactos establecidos.
- ◇ Crea una historia, en cuanto al tiempo que lleva de establecida la relación.

#### **4.1.2 REDES SOCIALES EN LA FAMILIA URBANA.**

Algunos estudios clásicos, acerca de las redes sociales entre familias urbanas, son el de Larissa Alder Lomnitz (1975), en su obra titulada “¿Cómo sobreviven los marginados?”, y Elizabeth Bott (1957), “Familia y red social”, en ambos casos son un claro ejemplo de una forma de vida que crean los marginados para sobrevivir en la gran urbe y ambos casos se construye, como la mejor alternativa, la creación de redes sociales el cual es base de un apoyo social, moral y afectivo. Siguiendo sus definiciones y su línea de trabajo, pretendo abordar en este apartado las redes sociales en la familia urbana.

Dentro de este contexto, definiremos a la red como: el grupo de familias nucleares, que practican el intercambio recíproco, sistemáticamente entre ellas. Las redes sociales practicadas entre los grupos familiares y sus pautas de ayuda se organizan en una estructura que se identifica como una “familia extensa modificada” adaptada a la sociedad urbana e industrial contemporánea. Esta estructura se compone de familias nucleares unidas por lazos de afecto y por elección (M.B. Sussman y L. G. Burchinal, 1980).

La familia extensa modificada, funciona de manera indirecta para facilitar los impulso de realización y movilidad de las familias componentes y de cada uno de sus miembros. La red familiar y sus funciones de ayuda mutua tienen implicaciones para el funcionamiento de otros sistemas sociales.

Las grandes zonas urbanas ofrecen toda clase de adiestramiento educativo y ocupacional especializado. El individuo puede permanecer entre su grupo de parientes, trabajar en su especialidad y recibir las ventajas o desventajas preferidas por la red familiar. Dado que la familia extensa desarrolla muchas actividades que tienen implicaciones para el funcionamiento de otros sistemas sociales.

Las principales actividades que estrechan los lazos de la red son: la ayuda mutua y las actividades sociales entre los miembros de la familia. Dentro de la red social se suele practicar un intercambio generalizado de bienes y servicios, en que se comportan informalmente, los recursos necesarios para subsistir, (diversiones, uso común de la cocina, cuidado común de niños y muchas otras actividades); cada familia nuclear contribuye a la red según sus posibilidades y recibe según los recursos disponibles, no obstante, no se llevan cuentas de ninguna especie entre los miembros de la red, pues el intercambio se genera de manera espontanea, pero implícitamente se espera que este sea correspondido.

En la familia extensa cada familia nuclear tiene su propio techo y su economía separada, hay un intercambio diario e intenso de comida, útiles, herramientas y dinero. En ambos casos, la reciprocidad responde a un acuerdo tácito: cada familia participante debe de contribuir en la medida de sus posibilidades, aunque la devolución de lo recibido no esta explícitamente sancionada.

Las familias utilizan la red como fuente principal de ayuda y servicio cuando las familias participantes o los individuos tienen dificultades personales en tiempos de desastre, crisis o en ocasiones ceremoniales. (M.B. Sussman y L. G. Burchinal, 1980) La unidad nuclear, no puede afrontar por sí sola algunas situaciones como la destrucción de su casa por algún fenómeno natural (huracán, erupción, hundimiento, etc.), requiere más de una familia nuclear o un miembro individual.

En muchos otros casos las actividades diarias o semanales reúnen a los miembros de la red de familiares, la viabilidad de la red de parentesco en la sociedad moderna se debe a la existencia de sistemas modernos de comunicación y transporte que facilitan la interacción entre los miembros. De esta

manera, tenemos que, el papel de la red de parentesco es más de apoyo que de coerción, en su relación con la familia nuclear; muy probablemente si no se frecuenta a la familia extensa, o algún grupo de parientes, el patrón de ayuda recibida sea poco significativo.

Lomnitz (1994), señala que en las redes sociales se intercambian, entre otras, lo siguiente:

- ◆ Información, incluyendo datos e instrucciones para asuntos de migración, trabajo y alojamiento, y orientación para la vida humana
- ◆ Entrenamiento y ayuda para el empleo, incluyendo el proporcionar instrucción laboral para establecer un pariente competitivo.
- ◆ Prestamos, de dinero, alimentos, ropa, herramientas y cualquier otro tipo de artículos.
- ◆ Bienes compartidos en común, tales como un televisor, o una letrina, que se haya construido en colaboración.
- ◆ Servicios, tales como el hospedaje, de parientes del campo y de viudas, huérfanos y ancianos; el cuidado de enfermos y de niños de madres que trabajan, etc.
- ◆ Apoyo emocional y moral, tanto en las situaciones rituales (casamientos, bautizos, funerales), como en situaciones diarias (chismes, grupo de cuate, bebedores, etc.)

Esta interacción constante entre los miembros de la red produce una preocupación constante por los asuntos del prójimo y una vigilancia sobre cada uno de sus actos, de este modo, entre parientes la ayuda es más incondicional que la ayuda que pueden proporcionar los vecinos, (L. A. Lomnitz, 79, 1983). La base económica de las redes es el intercambio de bienes y servicios entre sus miembros, cuando cesa este intercambio la red se desintegra. La estructura social erigida sobre esta base depende de la proximidad física y social de sus miembros. En resumen, la red social familiar posee:

- ⇒ Pautas de ayuda que se traducen de muchos modos, incluido el intercambio de servicios, regalos, consejos y ayuda financiera, sumas considerables de dinero o regalos valiosos entregados en el momento del matrimonio o en el nacimiento de los hijos, en regalos reiterados en Navidad, aniversario o Cumpleaños.
- ⇒ El intercambio de ayuda entre familias influye en varias direcciones: de padres a hijos y viceversa, entre hermanos y con menor frecuencia entre parientes lejanos. Sin embargo la persistencia financiera parece fluir, en general, de los padres a los hijos.
- ⇒ Dentro de las actividades sociales las formas más comunes son las visitas familiares, la participación conjunta en actividades recreativas y el comportamiento ceremonial significativo para la unidad familiar.

Algunas funciones adicionales de la red familiar son los servicios realizados con regularidad o a lo largo del año o en ocasiones especiales. Las compras, la compañía, el cuidado de los niños, la provisión del consejo y asesoría, la cooperación y asesoría en los problemas de bienestar de los miembros de la red familiar, el servicio a los ancianos, cuidado físicos, provisión de abrigo, labores del hogar, tiempo libre compartido, etc. todos estos actos poseen una responsabilidad filial y se ejecutan voluntariamente.

M.B. Sussman y L. G. Burchinal (1962), en un estudio realizado con familias norteamericanas encontraron que las redes sociales se generan en óptimas condiciones cuando:

- ◇ La dificultad del desarrollo de relaciones primarias satisfactorias fueran de la familia en las áreas urbanas, hace a la familia extensa más importante para el individuo.
- ◇ Entre los miembros de la clase obrera urbana, el tiempo libre se dedica a reuniones de la familia extensa y a las actividades recreativas de los parientes en conjunto.



- ◇ Las visitas entre parientes es una actividad fundamental de los habitantes urbanos y superan a los patrones de visita que se dan entre amigos, vecinos o compañeros de trabajo.
- ◇ La red familiar se extiende entre los lazos generacionales de las unidades conyugales; estas estructuras realizan funciones importantes de recreación, ceremonia, y ayuda mutua.

Por otro lado, L. A. Lomnitz (1975), en su estudio realizado en la barriada del Cónдор, en la Ciudad de México, encontró como mecanismos de refuerzo, en la red social, la *"El uso del compadrazgo"*, *"El cuatismo"*, *"La ideología de ayuda mutua"*, y *"la confianza"*. El uso del compadrazgo, para reforzar las relaciones de redes existentes idealmente algunos tipos de compadrazgo compartirían obligaciones económicas considerables, tales como hacerse cargo de un ahijado si el padre llega a morir.

El cuatismo es la forma mexicana de amistad masculina; los cuates son amigos para pasar el tiempo juntos, conversan, beben, juegan naipes, o fútbol. Miran televisión juntos, se invitan mutuamente y se entretienen juntos, ante todo sus compañeros de la parranda: La ayuda entre cuates se encuentra regulada por la distancia social; en general tienden a prestarse mutuamente dinero, ayuda para obtener empleo, colaborar en los trabajos de sus viviendas y apoyarse en las peleas.

La ideología de ayuda mutua, refuerza la red social, ya que en esta se manifiesta el deber de otorgar ayuda, la cual se encuentra revestida de todas las cualidades morales positivas y constituye la justificación ética que cimienta las relaciones personales en las redes; cualquier individuo que se negara abiertamente o indirectamente a proporcionar ayuda dentro de la red, es enjuiciado en los términos más severos, la gente se encuentra a la expectativa de

cualquier cambio en la situación económica que pudiera indicar alguna alteración en las relaciones internas de la red.

Por último la confianza es una medida de distancia social, básica para la reciprocidad, en la cual existe un énfasis moral explícito en el acto de dar, o de devolver el favor recibido, antes de extraer el máximo beneficio inmediato de una transacción; esta depende de factores tanto culturales (distancia social) como físicos (cercanía de residencias) y económico (intensidades del intercambio). Dos individuos están más cerca en la escala de confianza al grado de que se comparten el mismo conjunto de expectativas de comportamiento, o sea que su cercanía concuerda con sus propias categorías formales de distancia social (Lomnitz, 78, 1994)

Los factores que ayudan a implementar o inhibir el intercambio recíproco en las redes es de naturaleza tanto objetiva como subjetiva, y su efecto tiende a influir la formación o desintegración de las redes. Estos factores, según Lomnitz (1994), son los siguientes:

- a) **DISTANCIA SOCIAL.** Existen formas prescritas de reciprocidad para cada distancia social específica; entre parientes, entre compadres, entre amigos, etc.
- b) **DISTANCIA FISICA.** La vecindad cercana frecuentemente genera relaciones de intercambio recíproco aun entre extraños eventualmente, las relaciones pueden formalizarse a través del compadrazgo.
- c) **DISTANCIA ECONOMICA.** Las necesidades de una marginado están determinadas por su balance de recursos y carencias. Si las necesidades de un grupo de participantes son desiguales. El intercambio tiende a volverse asimétrico. La reciprocidad exige una condición de igualdad de necesidades: de lo contrario la relación se interrumpe.
- d) **DISTANCIA PSICOSOCIAL.** Los tres factores objetivos mencionados se traducen en el plano subjetivo a la variable psicosocial determinada confianza;

que describe una situación entre dos individuos que implica un deseo y disposición mutuas para iniciar o mantener una relación de intercambio recíproco, de ahí que la confianza presuponga cierto grado de familiaridad, oportunidad u compatibilidad de carencias.

#### **4.1.3 REDES SOCIALES Y SALUD EN LA FAMILIA**

El contexto teórico de las redes sociales propician que el individuo no se visto ya como un átomo aislado que asume determinados comportamientos y administra su salud y enfermedad, sino como un individuo inserto en una amplia red de relaciones y estructurales de sus redes sociales de referencia. La red tiene tal repercusión en el sujeto que, cuanto más estrecha sea, con alta densidad, mayor es el control social ejercitado sobre el ego, su conformidad con las normas, las raíces de su identidad, la implicación relacional y psicológica, pero menor es el intercambio con el exterior, menor es el flujo de informaciones que circulan en la red y menor es el acceso a recursos distintos que se pueden obtener fuera de la red.

De manera general, algunas propiedades de las redes sociales son:

- El comportamiento del ego puede ser comprendido y explicado como una función, de sus redes de referencia.
- La pertenencia a una o más redes puede ser considerada como expresión de la estrategia a realizar por el sujeto para satisfacer sus necesidades
- Debido a que las necesidades son múltiples, los sujetos tienden a pertenecer al mismo tiempo a más de una red
- Redes de alta densidad conllevan sobre todo afecto, seguridad, bienes no instrumentales o servicios cuyo disfrute requiere de cierto grado de confianza y confianza mutua.
- Redes de baja densidad conllevan sobre todo bienes instrumentales, informales y nuevos contactos.

Las redes sociales adquieran, bajo estos parámetros, una importancia relevante en lo referente al bienestar que puede proveer al individuo, y por consecuencia también lo es en cuanto a su salud, de acuerdo por dos motivos: primero, por que están centradas en vínculos de soporte emocional, psicológico y afectivo, que “protegen” al sujeto, aumentando sus capacidades de adaptación al exterior y encauzan su identidad y su sentido de “pertenencia”; y segundo, por que dentro de dichas redes circulan una serie de servicios de cambio de prestaciones que responden a necesidades, que debido a su naturaleza, no pueden ser siempre socializadas al exterior y por lo tanto satisfechas por centros de servicios institucionalizados.

Respecto a la función de las redes sociales en su relación con la salud, se han efectuado varios estudios que abordan la difusión de algunas patologías, algunos de los cuales se comienzan a desarrollar a finales de los años 60's, como por ejemplo; Holmes (1956), sobre la incidencia de la tuberculosis; Miller y Ingham (1976), sobre la aparición de síntomas depresivos, de cansancio, irritabilidad y ansia en los grupos de mujeres sin redes de apoyo; Marmot (1975), sobre la difusión de enfermedades del corazón; Kaplan (1976), sobre el riesgo de la esquizofrenia, accidentes, suicidios y enfermedades respiratorias, (citados en Di Nicola, 214, 1994). En todas estas investigaciones se demuestra que las patologías son frecuentes en los sujetos que están privados de contactos humanos significativos; es decir que tienen redes sociales de poca relevancia y por consecuencia con un bajo apoyo.

Por los trabajos anteriormente citados, parece evidente que la presencia de una red social de apoyo ejercita una función de barrera, de absorción de las consecuencias perjudiciales del estrés, ya sea neutralizandolo o minimizandolo, así como incrementando los recursos de afrontamiento del individuo.

La relación que existe entre las redes sociales u la salud son, ha tratado de ser comprendida a través de los mecanismos que activan esta relación, de donde se han construido los siguientes supuestos para su estudio: primero, establece la hipótesis de la existencia de la relación de derivación de la estructura y composición de las redes sociales de las condiciones de salud del sujeto, y segundo, parte de la hipótesis de que las condiciones de salud están influidas por la existencia y por las características de la redes sociales, este planteamiento a dado a los siguientes modelos:

**Modelo 1:** supone que la aparición de una patología, tanto física como psíquica, reduce la capacidad del sujeto para mantener relaciones sociales.

Este modelo adquiere una mayor credibilidad si se considera a sujetos con incapacidades, sean físicas o psíquicas, o afectados por patologías que limitan su autonomía. Las enfermedades crónico degenerativas, irreversibles e incapacidades, reducen considerablemente los recursos del sujeto, y por consecuencia sus posibilidades objetivas y disponibilidades para mantener vivas o bien forjar sus redes sociales.

Así entonces, la red social se activa, dentro del ámbito familiar, por ejemplo en el caso del discapacitado, este aunque llega a su edad madura cronológicamente, no lo logra en al aspecto psicomotriz, por lo cual depende, en muchas de las veces, de los miembros de la familia quienes a su vez se vuelven traductores de sus necesidades, dado que en algunas discapacidades es poco probable la independecia del sujeto, es necesario, entonces, el apoyo de la red social , ya no sólo hacia el discapacitado sino entre todos los miembros de la familia y de otras redes hacia esta. Cotidianamente estas personas, se encuentran sujetas a realizar varias actividades en las que puede recibir ayuda de los miembros de la familia, dichas actividades, pueden variar desde el simple hecho de comer hasta, si acaso posee la filiación a un seguro de protección social, hasta trasladarlo para acudir sus constantes citas y revisiones médicas.

**Modelo 2:** considera que las redes sociales influyen sobre la salud y las enfermedades del sujeto en cuanto median una serie de prácticas, comportamiento, ligados a la salud, y a la gestión de la enfermedad.

Este modelo, en el análisis de las redes privilegia tanto los aspectos más estrictamente culturales ligados a la concepción de la salud, a la lectura de los síntomas, a las normas aceptadas que “sugieren” al sujeto en que ocasiones y bajo que condiciones es oportuno consultar al profesional, al sistema institucional de la atención sanitaria, como los aspectos relativos a las prácticas relevantes para la salud, tales como la ayuda mutua, el suministro de fármacos, la aplicación de las prescripciones médicas y los comportamientos tendencialmente preventivos. Las redes sociales constituidas por parientes, amigos, vecinos, es decir, los referentes no profesionales, dan consejos, sugerencias, informaciones y experiencias personales para combatir el síntoma que puede manifestar el sujeto.

En las familias urbanas es muy común que se propague el “rumor” de que algún vecino esta enfermo o tiene algún padecimiento, bajo estas circunstancias son muy dados a recomendar los “remedios caseros”, en primera instancia antes de acudir al profesional de la salud; o si es necesario, algunos, optan por llevar al mismo tiempo el “remedio” y la prescripción médica, por consejos y aceptación de su red. En la familia, el malestar de algunos de los integrantes muy pocas veces pasa por desapercibido, aún más en el caso de que el malestar sea ya intolerable, para el afectado, es entonces cuando las redes sociales entran en acción.

**Modelo 3:** en la cual, la presencia de una red significa, presencia de apoyo, la cual constituye una especie de barrera contra el desafío de la enfermedad.

Este modelo aspira a demostrar que la existencia misma de las redes tiene repercusiones directas y positivas sobre las condiciones de salud del sujeto; ha sido aplicado sobre todo en los estudios sobre las reacciones al estrés, sobre las estrategias efectuadas por el sujeto para afrontar, resolver y superar situaciones. El modelo está centrado en el bienestar psíquico, sin embargo, las repercusiones que la salud mental tiene sobre la salud físicas demuestran como, dicho modelo, puede tener un valor explicativo que va más allá del equilibrio y bienestar psicológico exclusivamente.

Debido a sus hábitos y costumbres desarrolladas, los miembros de la familia reconocen que conductas pueden resultar perjudiciales en general para los integrantes, de manera que suelen evitarlas cada vez que les sea posible (por ejemplo cierto tipo de alimentos), cada vez que esta se ocupa de evitar que se desate el malestar en sus integrantes (ya sea con conductas o actitudes), procuran un colchón de protección para cada uno de sus miembros.

En general, podemos considerar que la influencia directa de la red sobre la salud es evidente, y que no excluye a los tres modelos citados, sino que por el contrario, estos se interseccionan en situaciones y contextos determinados, que funcionan a través de *feed backs* sociales, que confirman y garantizan la ejecución y la realización de acciones concretas del sujeto.

## **4.2 APOYO SOCIAL**

Algunos Autores tratan de enfatizar la diferencia que existe entre el apoyo social y las redes sociales, sin embargo estas no están del todo desvinculadas dado que dentro de la red social se concreta el apoyo social, pues es bajo el carácter general que poseen las redes sociales que se genera como un ámbito especializado las relaciones que significan el apoyo social.

En particular el apoyo social se ha estudiado en las relaciones sociales y su impacto en el bienestar y la salud, se enfatiza sobre todo su asociación entre los problemas psíquicos y las variables sociales genéricas, tales como desintegración social, movilidad geográfica y estado civil.; en las cuales un denominador común es la ausencia de lazos o apoyo sociales adecuados o incluso la ruptura de las redes sociales.

#### **4.2.1 ANTECEDENTES TEORICOS**

La desigualdad de recursos, la evidencia de que los servicios de atención de salud mental era ya insuficiente frente a las demandas de la población, da a lugar al surgimiento del movimiento de Salud Mental Comunitaria, el cual se caracteriza por la identificación de los problemas con prontitud, el cambio de la orientación pasiva/receptiva, por un modo de búsqueda más activo, el desarrollo de enfoques más flexibles, la distribución igualitaria de recursos, fomentar la consulta más hacia una orientación positiva que patológica, el empleo de nuevos agentes de ayuda y lograr que la comunidad identifique y participe promoviendo soluciones a sus necesidades todo ello con el fin de contribuir a un nuevo enfoque, urgente, de la Prevención y Promoción de la salud.

Los objetivos de este movimiento se cristalizan hacia el año de 1976, en la Conferencia de Austin, en donde se propusieron los siguientes postulados: los problemas surgen en situaciones concretas y por que hay un elemento en ese escenario que bloque la conducta de solución, la ayuda ha de localizarse en donde se manifiesta el problema, las metas y valores del agente de ayuda o del servicio deben ser congruentes con las de quien lo solicitan, la forma de ayuda se establecerá con los recursos naturales del medio introduciendo los recursos necesarios.



Una de las áreas de estudio que aporta, al sustento teórico de este nuevo constructo es la Psicología Comunitaria, la cual concede sus estrategias de intervención en el ámbito organizacional y comunitario, en búsqueda del cambio de los sistemas sociales, impulsa los servicios indirectos de tal modo que lleguen a un mayor número de personas, y favoreciendo las intervenciones del apoyo social.

De aquí que, surge la necesidad de intervención de profesionales de la salud en las redes informales; Barón (1994) propone dos criterios:

***Intervención en distintos niveles:***

- Nivel individual, centrado en un solo individuo con el objeto de ampliar sus redes sociales.
- Nivel grupal: en el cual intervienen varios individuos, ampliando y fortaleciendo sus lazos afectivos.
- Nivel comunitario: incrementa el nivel de apoyo social en la comunidad en general.

***Intervención basada en el efecto del apoyo social sobre la salud:***

1. Intervenciones basadas en el efecto directo, individual, que se ocupa en mejorar el apoyo social de una sola persona para mejorar su red social, grupales, intervenciones dirigidas a grupos,; comunitarias, que incluyen el desarrollo comunitario.
2. Intervenciones basadas en el efecto protector, individuales basadas en mejorar el apoyo social. De un solo sujeto; grupales, intervenciones psicosociales con grupos de personas que afrontan crisis vitales semejantes; comunitarios, programas comunitarios de información sobre distintos tipos de recursos.

La psicología social y la Psicología Comunitaria son las principales bases teóricas del nuevo constructo. La primera aporta, con la teoría de la equidad, de los intercambios reforzantes en la satisfacción personal y de la congruencia

cognitiva (Allport, Sherif, Asch, etc.), la importancia del grupo en distintos aspectos del desarrollo cognitivo – afectivo del ser humano, la necesidad de implicar a paraprofesionales en la prestación de servicios e intervención y en su incidencia en la prevención de problemas, la importancia de los factores psicosociales implicados en los mismos y su orientación práctica aplicada.

Diversas teorías psicosociales que se han ocupado por estudiar los aspectos del apoyo en las relaciones interpersonales, entre las cuales, las más significativas son las siguientes:

**Teoría del intercambio social**, de Homans (1961), que incluye un principio de equidad y justicia distributiva, especificando que las recompensas que obtiene cada participante en la interacción son proporcionales a sus cuotas e inversiones.

**Teoría de la comparación social**, Festinger en los años 50'S parte del supuesto de que los procesos de influencia social y ciertos tipos de conducta competitiva proceden directamente de la necesidad de autoevaluación y de la necesidad de compararse con otras personas.

**Teorías de la aprobación social**; las personas tienen grandes deseos de recibir aprobación social por sus decisiones y acciones, por sus opiniones y sugerencias; en donde el acuerdo y aprobación de otras personas sirve para confirmar sus juicios, para justificar su conducta y validar sus creencias, de manera que, las personas, para obtener aprobación social, modifican sus opiniones con frecuencia.

**Teorías del control personal**. El control de los eventos puede convertirse en una percepción de la autoeficacia y control general sobre los eventos.

**Teorías de la autoestima.** La potenciación de la autoestima también ha sido una formulación con resultados positivos al expresar aspectos tales como eventos vitales negativos.

**Teoría tridimensional de la conducta interpersonal (FIRO),** sus siglas responden a la abreviación en inglés de la Orientación de la Relaciones Interpersonales Fundamentales. Esta teoría fue propuesta por Schutl en los años 50's para explicar la conducta interpersonal en términos de las orientaciones de los individuos hacia otros; la idea básica de la teoría es que cada persona se orienta hacia los otros de forma particular y que esas orientaciones son los determinantes primarios de la conducta interpersonal.

De esta teoría se postula que los modelos de interacción de los individuos, se pueden explicar en términos de tres necesidades interpersonales: inclusión, control y afecto. Estas necesidades se desarrollan durante la infancia a través de la interacción con los adultos, generalmente los padres. En el adulto, la necesidad de inclusión depende del grado de interacción que tuvo en la familia cuando era niño; la necesidad de control depende de si la relación de los padres – hijos estaba determinada por la libertad o el control y la necesidad de afecto varía en función del grado en que el niño fue apoyado emocionalmente o rechazado, en la medida en que sus necesidades no se hayan satisfecho durante la infancia, el individuo se siente insignificante, incompetente y no querido con el fin de enfrentarse a esos sentimientos desarrolla mecanismos de defensa que se manifiestan en modelos de conducta, los cuales pueden ser compatibles e incompatibles.

Schutz, especifica que la compatibilidad interpersonal es una propiedad de la relación entre dos o más personas, y se refiere al nivel en que pueden trabajar juntos, en armonía y satisfacen mutuamente sus necesidades, interpersonales, En los grupos la atmósfera y la efectividad de sus acciones están determinados, en

gran medida, por el grado en que los modelos de conducta de varios miembros del grupo son compatibles o incompatibles.

En relación con las necesidades interpersonales, Schutz, considera que hay tres tipos de necesidades interpersonales y que las áreas de conducta relacionadas con estas necesidades son suficientes para predecir y explicar la comunicación interpersonal. También considera tres aspectos que existen entre las necesidades biológicas e interpersonales, y son las siguientes:

- a) Las necesidades biológicas son requisito para establecer relaciones satisfactorias entre el organismo físico, y las necesidades interpersonales entre la persona y su ambiente social.
- b) La enfermedad física es producto de las satisfacciones inadecuadas de las necesidades interpersonales.

El organismo puede adaptarse a la falta de satisfacción de sus necesidades o las contribuciones de las distintas áreas, disciplinas y teorías que se han ocupado por darle validez y sustento teórico al apoyo social, por su vital importancia en el desarrollo integral del ser humano.

#### **4.2.2 DEFINICION DEL APOYO SOCIAL**

El apoyo social se conceptualiza, de manera aún no concreta, a fines del siglo XIX cuando Durkheim estudiaba la importancia de las relaciones sociales en el ajuste psicosocial de los individuos, este atribuye a la sociedad industrial la ruptura de los lazos sociales de los trabajadores inmigrantes en las ciudades considerando que se produce una pérdida de integración de los individuos y las comunidades, lo que implica una pérdida de bienestar psíquico; en su investigación encontró que el debilitamiento de los lazos sociales se relaciona con el suicidio a través del estado de *anómia* que se produce, y que además este

fenómeno aparece con mayor frecuencia entre los individuos con un menor número de lazos sociales.

Los sociólogos comenzaron a estudiar los diversos fenómenos sociales tales como la industrialización, la urbanización y el desarrollo económico, en donde encontraron que se produce de manera simultánea problemas de delincuencia, marginación, desigualdad social, conflictos raciales, etc. En estos grupos los lazos sociales están debilitados y aparecen como consecuencia la soledad, el aislamiento y el desarraigo.

En los años 20's, Thomas y Znaniecki analizaron los efectos de la incorporación de inmigrantes a la ciudad, en donde encontraron además de una gran desorganización social, la aparición de problemas conductuales graves. Park, Burgess y McKenzie (1926), en la escuela de Chicago, estudiaron la influencia del contexto en el surgimiento de los problemas sociales; comprobaron que los índices más elevados de desequilibrio social tenían lugar en zonas en proceso de cambio: la incorporación de industrias destruía la cohesión social de la comunidad surgiendo así problemas sociales y conductuales.

Farish y Dunhan, en los años 30's, analizaron la importancia de las variables ecológico – ambientales, en la incidencia de la esquizofrenia en la Ciudad de Chicago, ellos consideraban que las redes de apoyo social podrían actuar como protectores frente a esa enfermedad. En los años 50's, Hinkle y Wolf, efectuaron una investigación del constructo partiendo de supuestos epidemiológicos, buscaba comprender el por que algunos individuos no tienen problemas para afrontar las experiencias estresantes de su vida, mientras que la capacidad de otras, para movilizar sus recursos, parece ser menos, Su explicación parte del supuesto de que los "Nichos ecológicos" influyen en el acceso de recursos que faciliten el ajuste deseado.

Cassel identifica como protectores de la salud a la comunicación y a las relaciones personales, concretamente el apoyo social, ofrecen al individuo un *feedback* que corrige sus desviaciones cognitivas, comportamentales y emocionales, Conbb, en 1980, definió al apoyo social como información que lleva el sujeto a creer que es querido y cuidado, que es estimado y valorado, y que pertenece a una red de comunicación la cual incide en la base cognitiva del apoyo social al centrarse en la percepción que tiene el sujeto del afecto, estima y ayuda. Caplan (1974), define a los sistemas de apoyo social como contactos sociales duraderos que ofrecen al individuo *feedback* sobre si mismo, lo que trae consigo un cuidado mutuo altamente personalizado. Esto es, ayuda a movilizar recursos psicológicos, comparten sus tareas y proporcionan ayuda material, instrumental, estratégica y propician el dominio de las tensiones emocionales.

El apoyo social puede definirse de una forma general como la provisión de tipos particulares de vínculos personales, establecidos a partir de una preferencia en determinadas redes sociales, Musitu (1993), señala algunas definiciones, que hasta el momento se han elaborado respecto al apoyo social, las cuales se han establecido de acuerdo al enfoque y función que se pretende abordar, por ejemplo de control y dominio, de autoaceptación y de interacción social.

#### *CONTROL Y DOMINIO.*

Información y recursos de otras personas del entorno que minimizan la percepción de amenaza, maximizan la percepción actual de dominio y facilitan la acción directa y anticipadora de los modos de afrontamiento (Eyres, en Musitu, 203, 1994).

*Funciones:* Facilitan metas personales y ayuda al afrontamiento personal.

**AUTOACEPTACION:**

Información transmitida a partir de la cual el sujeto cree que es apreciado y querido, estimado y valorado, y que supone la pertenencia a una red social de comunicación y de obligación mutua, (Cobb, en Musitu, 204, 1993).

*Funciones:* Potencia la autoestima y confirman el sentimiento de pertenencia al grupo.

**INTERACION SOCIAL.**

Transacciones interpersonales que incluyen afecto y ayuda (Khan y Antonucci, en Musitu, 204, 1993)

*Funciones:* Encuentro de necesidades, de intimidad, afecto o comunicación.

Estas definiciones nos presentan un panorama general de la importancia del apoyo social, no obstante hay definiciones aun más integradoras, como la de Rodríguez Marín (1995), pues define al apoyo social como “ayuda en el afrontamiento de problemas, es decir, como provisión de dirección cognitiva o apoyo instrumental por miembros de la familia, parientes, amigos o colegas; así como ayuda para la satisfacción de las necesidades emocionales de socialización y actividades con otras personas, (...), generando el sentimiento de pertenencia a un grupo, y de ser aceptado, estimado, valorado y necesitado, por uno mismo y no por lo que puedan hacer los demás”.<sup>15</sup> De manera que, los vínculos que el individuo establece en la red social, traen como consecuencia un apoyo emocional, ayuda material e información que lo ayuda a mantener su identidad social, así entonces, promueve el logro de sus metas en compañía de otros, esto es optimiza su rendimiento personal.

Así también, Vaux (1988), define al apoyo social como recursos de la red de apoyo aquella subparte a la que la persona acude en busca de ayuda para manejar las demandas a afrontar; conductas de apoyo, que son los distintos

---

<sup>15</sup> Rodríguez Marín J. *Ibidem* p. 109

intentos de ayudar a las personas; evaluaciones de apoyo, que se trata de las valoraciones subjetivas de los elementos anteriores; estos tres elementos hacen que el apoyo social sea “un proceso dinámico de transacción de influencia mutua entre la persona y su red de apoyo en un contexto ecológico”.<sup>16</sup> Para él, también es importante no sólo los factores de tipo personal, riesgos de personalidad, recursos personales y habilidades; y de tipo social, estresores, la familia, los roles sociales y la comunidad; si no además el carácter dinámico que predomina en la activación del apoyo social en conjunto con estos factores.

#### **4.2.3 PERSPECTIVAS DE ESTUDIO DESARROLLADAS**

Debido a sus múltiples funciones, al apoyo social se le han asignado una serie de funciones y características que logra satisfacer. Ana Barron (1996), señala que al apoyo social se le asocian conductas específicas tales como: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, visitar a un amigo, pertenecer a asociaciones comunitarias, sentirse amado, dar consejo o guía acerca de la actuación, expresar aceptación y empatizar, entre otras.

El estudio e intervención del apoyo social exige, distinguir y evaluar distintos niveles de análisis, algunos de los cuales se efectúan tomando en cuenta la función de las siguientes categorías:

- (a) *Comunitario*: proporciona una sensación de pertenencia e integración social; la integración social es evaluada en función de estar implicado en determinados roles y contexto sociales.
- (b) *Redes sociales*: aporta un sentido de unión a los demás, aunque sea de forma directa, se suelen incluir todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como sus propiedades: densidad, forma y homogeneidad.

---

<sup>16</sup> Barrón Ana (1994). *Apoyo Social, aspectos teóricos y aplicaciones*, Madrid: siglo XXI, p. 22



(c) *Transacciones*: que ocurren dentro de las relaciones más íntimas, que son las que se ligan directamente con el bienestar y la salud, ya que en este tipo de relaciones se expresan intercambio recíprocos y mutuos, y la responsabilidad por el bienestar es compartida.

Otra consideración relevante en el estudio del apoyo social son los distintos análisis que se han abordado en cuanto a su estructuración y que dan cuenta en cuanto a sus diversas funcionalidades en las relaciones interpersonales, entre otras, destacan las siguientes categorías:

### **I) ESTRUCTURAL:**

Se utilizan los análisis de redes y se examinan todos los contactos que mantiene el sujeto. Se destacan los aspectos estructurales en dichos contactos sociales sin tener en cuenta las funciones que cumplen asumiendo que tener relaciones sociales es equivalente a obtener apoyo de las mismas. Las dimensiones que usualmente se consideran bajo este rubro son:

*Calidad*: ayuda emocional o compañía

*Cantidad*: cantidad de ayuda emocional, frecuencia de compañía.

*Multiplicidad*: Si ofrece solo apoyo emocional o ambos.

*Simetría*: si la ayuda es unidireccional o bidireccional.

### **II) FUNCIONALIDAD**

En donde se constata que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales. En general la funcionalidad se maneja bajo tres rubros:

*Apoyo emocional*: el cual se refiere a la disponibilidad de alguien con quien hablar e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo, y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado y respetado.

*Apoyo material:* son las acciones o materiales proporcionados por otras personas, que sirven para resolver problemas prácticos, y / o facilitan la realización de tareas cotidianas.

*Apoyo informacional:* Se refiere al proceso a través del cual las personas reciben información, consejos o guía relevante que les ayude a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él. (Barron, 15 – 17, 1996)

### **III) CONTEXTUAL.**

Nos recuerda un adecuado modelo predictivo de la relación entre apoyo social y bienestar debe considerar los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido.

Los aspectos contextuales más comunes, se caracterizan por:

- *Características de los participantes;* un recurso puede ser aceptable si proviene de un determinado sujeto, e inaceptable si lo proporciona otra persona.
- *Momento en que se da el apoyo;* de acuerdo a las necesidades de ayuda, que cambian según se afronta la situación estresante.
- *Duración;* la habilidad de los donantes para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo es crucial.
- *Finalidad;* la efectividad del apoyo social depende de la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades suscitadas por el problema concreto. (Barron, 18 – 19, 1996).

En resumen, el apoyo social, es un proceso dinámico de transacción, de influencia mutua entre la persona y su red de apoyo en un contexto ecológico, del cual adquiere diversos tipos de ayuda y que se da a medida en que este se encuentra interconectado con su red.

#### **4.2.4 APOYO SOCIAL EN LA FAMILIA**

La familia es una de las fuentes principales que proveen de apoyo social a las personas, dicho apoyo comienza a ser significativo y trascendental desde su infancia hasta la edad adulta. Diversos estudios han demostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida y en ellas el impacto del estrés es mucho menor que las personas que no tienen este tipo de apoyo.

La familia como elemento socializador y transmisor de cultura influye en la edad temprana de sus miembros, en la orientación de sus valores, creencias, sentimientos, comportamientos adecuados, a través de sus experiencias y patrones de relación en sus múltiples interacciones.

El papel del apoyo social en el desarrollo del núcleo familiar, es fundamental dado que, dentro de este se fomenta y trasciende en todos los ciclos de la vida familiar. Los padres proporcionan cuidados a sus hijos, pero también, con el paso del tiempo los hijos comienzan a aprender a cuidar a sus padres; del mismo modo en la relación entre hermanos se desarrolla esta habilidad, dado que se proporcionan ayuda y cuidados mutuamente, y es muy común que esta reciprocidad se aplique con sus descendientes, es decir, con sus hijos. De manera que dentro de la red de parentesco establecida se extiende y mantiene el apoyo mutuo a lo largo de la vida.

Cada familia mantiene su propia forma de actuar y funcionar de acuerdo a las características psicológicas de los miembros que forman parte de ella, de las costumbres y creencias que de generación en generación se van transmitiendo. Novel G. (1995), señala que existe una serie de elementos positivos que el apoyo social puede proveer a las personas, sobre todo en el

desarrollo de la edad temprana que proporciona una atmósfera de apoyo y crecimiento personal, y estas son las siguientes:

- Una dinámica familiar sana: la cual se adquiere a través de la comunicación efectiva, participación, cooperación, y ayuda mutua entre los miembros.
- Prácticas educativas dirigidas a un aprendizaje amplio y saludable.
- Métodos de disciplina adecuados, que establezcan y mantengan cierto límites, pero que al mismo tiempo admitan la libertad individual.
- Clima emocional de apoyo, aceptación y respeto a las necesidades de la persona
- Modelos de conducta creativa que lleven a poder desarrollar ocupaciones recreativas que compensen los esfuerzos de trabajo.
- Recursos materiales y económicos suficientes para llevar una vida de lo más adaptativa posible.
- Habilidades en el manejo del tiempo y del dinero para conseguir la maximización del bienestar.

La presencia o ausencia de estos elementos en el ámbito familiar es fundamental para la salud física y sobre todo mental de los integrantes del núcleo familiar (Novel G, 84, 1995); estos factores proporcionan a los sujetos un aprendizaje en las habilidades de la vida cotidiana, así como formas específicas de sentir, pensar y actuar; mediadas al mismo tiempo por la cultura predominante en su grupo de referencia. Dichas habilidades, es muy probable que incorpore a su familia de pertenencia estos valores y prácticas que juntamente con su pareja formaran un nuevo "estilo de vida familiar".

Las redes de apoyo social en la familia adquieren una gran importancia en el bienestar de los sujetos, dado que:

- I) Están centradas en vínculos de soporte emocional, psicológico y afectivo, que protegen al sujeto, aumentando sus capacidades de adaptación al exterior y enraíza su identidad, es decir, su sentido de pertenencia.
- II) Dentro de la red de apoyo familiar "circula" una serie de servicios de cambio de prestaciones que responden a las necesidades que debido a su naturaleza, no pueden ser siempre socializadas por el exterior y por lo tanto satisfechas por los centros de servicio institucionalizados.

El apoyo emocional que proporciona la familia es fundamental para el desarrollo psicológico de cada uno de sus miembros, su exagerada presencia a través de la sobreprotección puede dar a lugar un comportamiento de dependencia, volviendo al individuo incapaz de manejar los problemas que se le presenten y carecer psicológicamente de estas experiencias; por el contrario su ausencia, presentada como falta de interés, de protección o abandono del sujeto puede dar a lugar al sentimiento de rechazo, de impotencia y desamparo, así como de baja autoestima y por consecuencia de un pobre concepto de sí mismo. Es, por ello, fundamental contar con un fuerte apoyo social para evaluar, revalorizar y afrontar las diversas situaciones de crisis a las que se enfrentan las persona.

Es muy natural que las relaciones entre los miembros del núcleo familiar, sean muy diversas, e incluso en muchos de los casos opuestas, dadas las características de cada uno de sus miembros; en las diferentes situaciones estresantes y la eventualidades vitales. El apoyo y el estrés están siempre presentes en todas las facetas de la familia, de acuerdo a ello, lo importante es conseguir el equilibrio entre uno y otro factor, dado que se encuentran intrínsecos a la vida familiar. En el ámbito familiar, el apoyo social posee un papel relevante, que proporciona a los sujetos las bases fundamentales de su formación emocional en cuanto permite construir un consistente sistema de afrontamiento ante las distintas situaciones estresantes que pueda vivenciar. Rodríguez Marín (1995) señala que algunas funciones específicas del apoyo social, que ha mi

consideración, el ámbito familiar es el lugar más indicado para generar de manera óptima:

- a) permite compartir problemas comunes
- b) Proporcionan intimidad
- c) Previenen del aislamiento
- d) Definen las competencias mutuas
- e) Proporcionan elementos de referencia
- f) Ofrecen asistencia en las crisis.

Para que estas puedan generarse en toda su magnitud, es necesario, que los integrantes del núcleo familiar posean las habilidades sociales necesarias que propicien su desarrollo; y desde mi punto de vista, son los padres los responsables y más indicados para llevar a cabo esta tarea; una herramienta fundamental para ejecutar dicha tarea es la comunicación, pero no en términos de un simple intercambio de información de oyente a receptor, sino una comunicación que exige sea clara y precisa, a la que denominaría “comunicación asertiva”.

El apoyo social ejerce la función de barrera ante las consecuencias perjudiciales del estrés ya sea neutralizándolo o disminuyéndolo, de esta manera tenemos que la ausencia de apoyo por parte de la familia, asociada a diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona (enfermedades, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios de rol, etc.) pueden interactuar incrementándose y dando a lugar a un alto nivel de vulnerabilidad; por el contrario, cuando el apoyo familiar es favorable, en este tipo de situaciones, proporciona un marco de seguridad en el cual la persona puede poner en marcha sus habilidades y conocimientos para resolver la situación que le genera el estrés, o por lo menos adaptarse a ella después de haber disminuido o neutralizando su efecto.

De esta manera tenemos que, el apoyo social es una herramienta fundamental en el proceso que permite al individuo adquirir conciencia y responsabilidad en su autocuidado, ya que constituye el marco de referencia sobre el cual construye su ego, de tal forma que entre más estrecha es la red que genera el apoyo social (con alta densidad), mayor es el control social ejercido sobre el ego. Así entonces, si es posible activar la propensión a la enfermedad, ¿por qué no hablar de la propensión a la salud?

Si bien, es cierto, que en las zonas urbanas marginadas existen condiciones deplorables de vida por las cuales las familias se limitan al adquirir bienes y servicios en función a sus recursos económicos, entonces, no sólo es necesario sino además urgente activar los recursos que tienen a su alcance, uno de ellos es sin duda alguna el apoyo social.

De este modo el apoyo social, en términos de promoción de la salud, propicia no sólo un ambiente saludable en el ámbito familiar, sino además las habilidades necesarias para afrontar las situaciones de riesgo de enfermar. Sin embargo, no por ello considero que se la panacea que solucione toda posibilidad de enfermar, sino que este puede ser un factor que propicie la búsqueda constante del equilibrio en la salud, tanto física como mental.

No descarto, aquellas situaciones en las cuales un estado de enfermedad es inevitable (puede ser el caso de las enfermedades congénitas o las propiciadas por accidentes), pues dentro de este contexto el apoyo social posee un papel activo, es decir, no por que la situación de enfermedad aparezca bajo la condición de una situación estresante irreductible el apoyo social pierde su funcionalidad; dado que aún viviendo bajo la condición de una enfermedad crónica el sujeto es capaz de experimentar los beneficios del apoyo social.

En resumen, el apoyo social en términos de la promoción de la salud en la familia es una herramienta que ayuda a optimizar los recursos psicológicos y sociales de los sujetos, no obstante también es importante señalar que su carencia tiene un alto costo social. Así pues, una adecuada intervención en el apoyo social de la familia traería consigo muchos beneficios a cada uno de sus miembros, sobre todo en los parámetros de salud mental y física.

### **3.2.5. EL APOYO SOCIAL EN EL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD.**

El impacto significativo del apoyo social sobre la salud, está demostrado en el caso de la salud mental más que en el caso de la salud física, no obstante, es claro que el grado de asociación entre el apoyo social y salud depende también del contexto social, de la población y de sus conceptos (ideología). De manera general se asume el supuesto de que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad,, sin embargo el definirlo así no es tan simple, pues se discrimina el dinamismo constante que existe en la relación apoyo social – salud física.

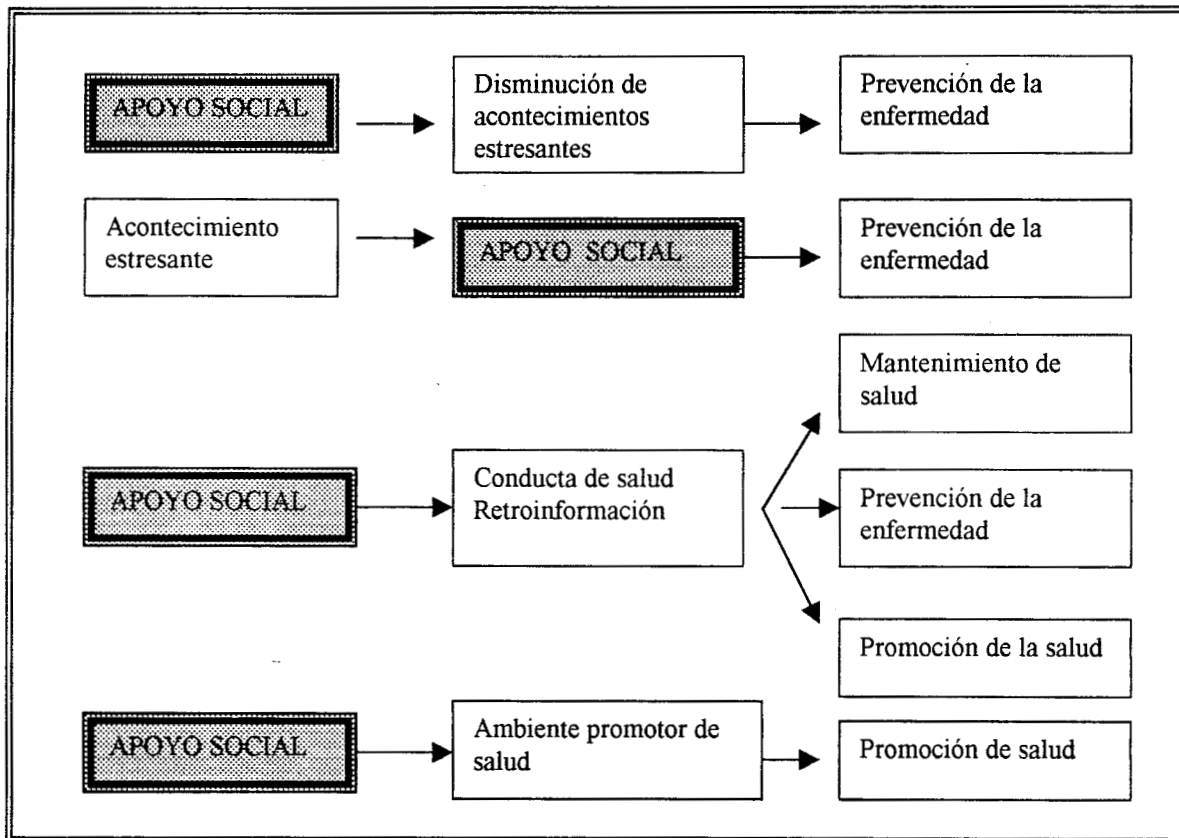
Durante el desarrollo natural de la enfermedad, sobre todo de la enfermedad crónica, hay ciertos problemas dominantes en momentos particulares y los efectos del apoyo social, pueden ser observados solamente en algunos de esos momentos, de donde encontramos que, la función amortiguadora del apoyo emocional sobre los efectos depresivos de la experiencia de la enfermedad, parece tener un impacto temporal inicial y poco a poco va disminuyendo. De aquí que se deduzca que las personas pueden tener una percepción reducida del apoyo social e inclusive en ocasiones puede no ser consciente de que lo está recibiendo.

El apoyo social puede ser dado en la etapa antecedente o en la etapa intermedia a la enfermedad, bajo la condición de antecedente el apoyo social



puede contribuir a la salud, como promotor que mejora el bienestar y la autoestima de la persona, al mismo tiempo que disminuye los efectos de las situaciones estresantes a las que se encuentra sometido. En la fase, el apoyo social puede contribuir a la salud amortiguando los efectos negativos de los acontecimientos estresantes que se producen en la vida cotidiana, influyendo, sobre todo, en las interpretaciones de tales acontecimientos y las respuestas emocionales que dan ante ellos disminuyendo su potencial patogenético. Rodríguez Marín (1995), describe los distintos efectos del apoyo social en distintas etapas del proceso de la salud – enfermedad, (figura 10)

**FIGURA 10 Efectos del apoyo social sobre el estatus de la salud**



Fuente: Rodríguez Marín (1995), *Psicología de la Salud*, Madrid: Síntesis, p. 112.

El apoyo social es un proceso psicosocial que posee un afecto sobre la salud de las personas, de tal manera que actúa como una especie de amortiguador, o incluso, protector ante las enfermedades, de tal manera que su ausencia nos indicaría una alta propensión a la enfermedad. Una de las áreas más investigadas, es la del apoyo social y su relación con el estrés y el afrontamiento; se ha constituido una serie de modelos que pretenden dar una explicación muy precisa de dicha interacción, Cohen (1988), clasifica los modelos propuestos sobre los efectos del apoyo social en salud en genéricos, modelos centrados en el estrés y modelos de proceso psicosocial, (Tabla 10).

**Tabla 10 Modelos centrados en el estudio del estrés.**

<b>MODELOS GENERICOS</b>	<b>MODELOS CENTRADOS EN EL ESTRES</b>	<b>MODELOS DE PROCESOS PSICOSOCIAL</b>
Afirman que el apoyo social se relaciona con distintas enfermedades a través de su influencia en patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer algún trastorno.	Asumen que el apoyo social se relaciona con distintos trastornos mediante los procesos biológicos y/o conductuales.	Tratan de especificar los procesos biológicos y psicológicos implicados en la relación apoyo social – salud y evalúan los efectos protectores y directos.

**Barrón, Ana (1996) Apoyo social, aspecto teóricos y aplicaciones, Madrid: Siglo XXI, p. 29.**

Por la misma línea, Ensel y Lin (1991) proponen que los recursos tanto psicológicos como sociales pueden evitar el estrés o pueden ayudar a manejar sus consecuencias, con funciones preventivas de afrontamiento; e hizo la siguiente categorización:

Tabla 11 Funciones preventivas y de afrontamiento ante el estrés.

<b>FUNCIONES PREVENTIVAS</b>	<b>Modelo Independiente:</b> En donde se considera que el apoyo social reduce el malestar independientemente de otros factores ambientales. <b>Modelo de supresión de estrés:</b> El apoyo social reduce la posibilidad de experimentar estresores. <b>Modelo condicionante:</b> la ausencia de recursos junto con la aparición de estresores puede incrementar el malestar.
<b>FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO</b>	<b>Modelo de deterioro:</b> la aparición de estresores debilita los recursos <b>Modelo opuesto:</b> los estresores tienen un efecto directo sobre el malestar y sobre los recursos. <b>Modelo protector:</b> los estresores solo afectan al bienestar y la salud en ausencia de recursos.

Barrón, Ana (1996) Apoyo social, aspecto teóricos y aplicaciones, Madrid: Siglo XXI, p. 28

Ana Barran, efectúa una categorización aun más detallada, y a mi parecer más completa, los abordajes, son los siguientes:

### MODELOS GENERALES

- A) Efectos directos: cualquier incremento en el nivel de apoyo social producirá un aumento del bienestar o una mejora del nivel de salud
- B) Efecto protector o amortiguador: moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, se limita a proteger a las personas de los efectos patológicos del estrés.

### MODELOS ESPECIFICOS

- A) Efectos directos: depende de los efectos acumulativos de las interacciones sociales y de la existencia de tales relaciones; dichas relaciones proporcionan al sujeto un conjunto de identidades, son fuente de evaluaciones positivas y base de sensaciones de control y dominio, proporciona cuidados, son modelos

de conducta, influyen sobre conductas saludables y aumentan la inmunidad y el trastorno.

- B) Efecto protector: el apoyo social puede influir atenuando o previniendo la respuesta de evaluación del estrés, revalorizando el estrés como poco amenazante, reduciendo o eliminando la reacción de estros, tranquilizando el sistema neuroendocrino, facilitando conductas de salud, como distractor para evitar que se centre la atención en el problema.

### MODELO DE ESPECIFICIDAD DEL APOYO

Este modelo considera que el apoyo social será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar, tendrá efectos de protección cuando la ayuda sea la apropiada para el estresor concreto; si se ajusta el sujeto, al tipo de apoyo que se le ofrece ante el problema suscitado, en función de las circunstancias: El apoyo Social será más eficaz si se toma en cuenta la controlabilidad, la duración y la ocurrencia del evento.

En las anteriores clasificaciones, pudimos apreciar un sin número de combinaciones del apoyo social en relación al estros, y dentro de ellos es muy fácil identificar a los factores psicosociales actuando sobre la salud, haciendo, en muchos de los casos, propensas a contraer trastornos de tipo físico o mentales. De manera específica, en esta perspectiva es mucho más evidente que la ausencia del apoyo social se ha relacionado con trastornos mentales talas como: depresión, neurosis, y esquizofrenia (Borrón, 1994, 49).

Se ha encontrado que, las redes de apoyo pequeñas limitan el intercambio de recursos que permitan el desarrollo potencial del apoyo social. Existen también evidencias de su asociación con la mortalidad, a través de los factores como el estatus socioeconómicos, el uso de servicios preventivos, y factores de riesgo tradicionales (alcohol, tabaco, obesidad); su asociación se explica en trastornos

como: trastornos cardiovasculares, complicaciones durante el embarazo, recuperación de enfermedades y prevención de las mismas.

Pareciera que el apoyo social es un factor determinante que propicia el estado de salud óptimo de los sujetos sin embargo. También tiene efectos negativos de amenaza o vulnerabilidad, de incertidumbre sobre la conducta adecuada de la fuente de apoyo, una vez finalizado el evento no se toma en cuenta las secuelas. Los miembros de la red de apoyo tratan, en ocasiones, de distraer la atención evitando que adopte medidas beneficiosas; no obstante la función benéfica del apoyo social sigue latente y es por demás evidente en las relaciones sociales.

#### **4.2.6 RED DE APOYO EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y LA PROPENSION A ENFERMAR.**

De acuerdo a la revisión de las funciones de la red social y de apoyo social, estas dos estructuras no son excluyentes sino complementarias, de modo que ambas forman un sistema de relaciones complejo, dado a medida que se de una en proporción le corresponderá la otra, es decir si existe una red social en consecuencia debe de existir dentro de ésta cierto nivel de apoyo social, de modo que una ira acompañada de la otra creando entre ambos distintos grados de intensidad en el grupo de relaciones establecidas por los sujetos.

De lo anterior podemos, entonces considerar a la conectividad de la red (el número de relaciones que se posee el sujeto en su red) en relación con el apoyo social (ayuda reciba), se construye determinada densidad en la red de apoyo, que de acuerdo a la intersección de las distintas categorías en una dimensión y otra, se construiría la siguiente tipología:

<b>DENSIDAD DE LA RED DE APOYO</b>
------------------------------------

<b>C.RED./APOYO S.</b>	<b>ALTA</b>	<b>MODERADA</b>	<b>BAJA</b>
<b>ALTA</b>	Red de apoyo moderada ( <b>RAM</b> )	Red de apoyo débil ( <b>RAD</b> )	Red de apoyo débil ( <b>RAD</b> )
<b>MODERADA</b>	Red de apoyo fuerte ( <b>RAF</b> )	Red de apoyo moderada ( <b>RAM</b> )	Red de apoyo débil ( <b>RAD</b> )
<b>BAJA</b>	Red de apoyo Fuerte ( <b>RAF</b> )	Red de apoyo Fuerte ( <b>RAF</b> )	Red de apoyo Moderada ( <b>RAM</b> )

De donde encontramos, en las diferentes combinaciones, tres grados de la densidad de la red de apoyo: con una densidad fuerte, aquellas en que los sujetos se encuentran en correspondencia del número de personas con las cuales se relacionan a la ayuda que estas le pueden proporcionar, y que ella también siente disposición a ayudar; con una densidad moderada en la cual el sujeto tendrá menor número de relaciones posibles pero que a pesar de ello recibe la ayuda esperada y corresponde; densidad débil, será en el caso que el sujeto presente un mínimo de relaciones posibles para interactuar que no tiene ninguna o muy pocas posibilidades de recibir ayuda.

Las familias, de estas franjas marginales de la Ciudad de México suelen ser numerosas, no obstante, las parejas jóvenes se preocupan cada día más por tener pocos hijos, (dos o tres). También se ha podido observar que los padres procuran darle a sus hijos, lo más indispensable y cuando es posible lo mejor. Estos padres también se ocupan de que sus hijos no sólo asistan a la escuela, sino que además tengan buenas notas; por si acaso reciben un incentivo económico (Beca), por su buen rendimiento escolar.

En este contexto, las familias crean un ambiente familiar que, a su modo, les permita lograr sus metas: tener trabajo, su casa, comida y estudio para sus

hijos. Los padres crean sus propias normas y una forma de organización que les permita regular y establecer un estilo de vida, y el sistema resultante es asumido con naturalidad por los hijos.

Pero, ¿Cómo se crea este sistema resultante? ; Jacques Lautrey (1985), de acuerdo con la teoría de Piaget (1975), de enfoque epistemológico. Distingue tres tipos de equilibración de las estructuras cognitivas: Parte de supuesto de que en un medio aleatorio, los esquemas de asimilación son activados frecuentemente por la novedad de los sucesos imprevisibles por definición, pero en ausencia de regularidades no es posible ninguna acomodación estable; puesto que los dos procesos son indisolubles, la imposibilidad de acomodar implica, por tanto, la imposibilidad de asimilar. En el caso de un ambiente rígido, sucede a la inversa, puesto que la Casete elementos nuevos implica la escasez de las acomodaciones y consecuentemente escasez de las asimilaciones; de manera que, únicamente el tipo de estructuración flexible permite una equilibración entre asimilación y acomodación por lo anteriormente señalado.

De este modo, Lautrey, contempla la posibilidad de situar a la estructura ambiental de las familias dentro de estos tres rubros, definidas bajo las condiciones del medio físico, y las denomina como: estructura familiar rígida, flexible y débil. Ahora bien, si los miembros del núcleo familiar poseen cierto tipo de estructuración familiar (rígida, flexible y débil), existe la probabilidad de que esta regule la conectividad de su red social, es decir, que de acuerdo a sus normas y estilo de vida podrán los miembros de esta acceder fácilmente o con determinado grado de dificultad a otras redes sociales, si esto fuera así entonces, la estructuración familiar con relación a la red de apoyo podría arrojar cierto nivel de regulación, la cual podríamos tipificar de la siguiente manera:

<b>NIVEL DE REGULACION DE LA RED DE APOYO</b>
---

<b>EST. FAM/R. A. S.</b>	<b>FUERTE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>DEBIL</b>
<b>RIGIDA</b>	Regulación moderada <b>(RM)</b>	Regulación alta <b>(RA)</b>	Regulación alta <b>(RA)</b>
<b>FLEXIBLE</b>	Regulación baja <b>(RB)</b>	Regulación moderada <b>(RM)</b>	Regulación moderada <b>(RM)</b>
<b>DEBIL</b>	Regulación moderada <b>(RM)</b>	Regulación moderada <b>(RM)</b>	Regulación Alta <b>(RA)</b>

Así entonces, se describen tres categorías: regulación alta, en la cual los sujetos se generan un tipo de red de apoyo débil o moderada, bajo una estructura de organización rígida, considerando que esta no es muy permeable a crear un estilo de red de apoyo propio a los deseos del sujeto; Regulación moderada, en la cual se construya una red de apoyo fuerte, débil o moderada, siempre y cuando el tipo de estructuración sea flexible, dado que esta suele ser accesible a la independencia y autonomía del sujeto; y la regulación baja, en la cual la red de apoyo social puede ser fuerte o débil, bajo una estructura familiar del tipo débil, ya que esta no genera ningún tipo de orden en cuanto al establecimientos de las redes de apoyo, por lo tanto, su influencia es apenas viable.

Ahora bien, se considera que el estrés esta asociado a la enfermedad; es decir que es un agente causal o coadyuvante en la génesis y desarrollo de la enfermedad. El estrés referido en las relaciones entre estímulos psicosociales estresantes, puede fungir como la enfermedad misma. Bajo dos caminos fundamentales:

- a) Un camino directo; de acuerdo a este, el estrés producirá cambios fisiológicos que conducirán al desarrollo de la enfermedad,



- b) Otro directo; que fundamentalmente afecta a la conducta de la persona a consecuencia de la cual se produciría o facilitaría la enfermedad.

El estrés puede producir también una conducta de enfermedades decir, sin producir realmente enfermedad; en este caso genera una serie de síntomas tales como: ansiedad, depresión, fatiga insomnio, fallos de atención, etc. Algunas personas suelen interpretar estos síntomas como signo de enfermar y producen conductas de enfermedad.

Uno de los recursos de afrontamiento ante el estrés es el apoyo social, de la cual dispone el sujeto para obtener información, asistencia tangible y apoyo emocional; este tipo de apoyo parece ser crucial para la capacidad de afrontamiento del estrés.

De este modo tenemos que las personas con un sistema de apoyo muy reducido presentan una conducta de afrontamiento pobre y menos estabilidad emocional que aquellas que poseen una red de relaciones de apoyo bien desarrollada.

Así entonces el apoyo social juega un papel clave en la adaptación y el mantenimiento de la salud mental y física. De aquí que el riesgo a contraer enfermedades pueda evaluarse de acuerdo al tipo de apoyo social con el que cuenta el sujeto para amortiguar el nivel de estros que este viviendo y necesite afrontar; Bajo estos parámetros podemos considerar la siguiente tipología:

**RIESGO DE ENFERMAR**

<b>ESTRÉS/APOYO</b>	<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>ALTO</b>	Riesgo de enfermar moderado <b>(REM)</b>	Riesgo de enfermar alto <b>(REA)</b>	Riesgo de enfermar alto <b>(REA)</b>
<b>MODERADO</b>	Riesgo de enfermar bajo <b>(REB)</b>	Riesgo de enfermar moderado <b>(REM)</b>	Riesgo de enfermar alto <b>(REA)</b>
<b>BAJO</b>	Sin riesgo <b>(SR)</b>	Riesgo de enfermar bajo <b>(REB)</b>	Riesgo de enfermar moderado <b>(REM)</b>

De donde se producen cuatro tipos de riesgo a enfermar *riesgo alto*; cuando la persona cuente con un alto estrés y un bajo o moderado apoyo social; *riesgo moderado*, cuando tenga un estrés moderado o bajo y un apoyo social alto, o moderado; *riesgo bajo*, cuando el sujeto tenga un bajo apoyo social y un estrés moderado; y *sin riesgo* se considerara a aquellas personas que tengan un alto apoyo social y un bajo nivel de estrés.

Por otro lado, tenemos que; Spradley (1981), considera seis elementos que caracterizan a las familias, que tratan de desarrollar conductas sanas, estas son:

- 1 ) En ellas existe un proceso facilitador de la interacción en sus miembros; esto es las familias saludables se comunican con unos patrones regulares y variados de apoyo.
- 2) Se potencia el crecimiento y desarrollo individual de sus miembros, al mismo tiempo que mantiene la cohesión como un sistema identificable, es decir, las familias sanas responden adecuadamente a las necesidades de sus miembros,

proporcionándoles la libertad, independencia y apoyo necesario para su propio crecimiento personal.

- 3) Existe una organización de roles bien estructurado; sus relaciones de rol se estructuran de acuerdo a los cambios a los que la familia debe hacer frente.
- 4) existe un intento enérgico de hacer frente a las situaciones y/o adaptarse cuando ello es preciso, de acuerdo con la estructura y funcionamientos determinados, las familias intentan una forma decidida e hacer frente a los problemas y requerimientos de la vida.
- 5) Se mantiene en el hogar un medio, y un estilo de vida saludable, las familias saludables aseguran a sus miembros unas condiciones de vida seguras. El clima emocional es positivo y da apoyo al crecimiento de los miembros.
- 6) Existe una relación regular con la comunidad, pueden participar en grupos y actividades tanto deportivas como religiosas o escolares, ejerciendo incluso de líderes del grupo que se trata.

Por el contrario, existen familias que no son capaces de establecer una estructura y unos patrones de conducta funcionales. Estas familias presentan siempre muestras visibles de continuo e irresoluble estrés que no saben manejar. El estrés puede expresarse de forma global o focalizado en un miembro, que es el que aparentemente sufre el resultado de la disfuncionalidad de la familia. De acuerdo a lo anterior, las familias construyen un estado de propensión a la salud o a la enfermedad de acuerdo a su tipo de estructura y nivel de riesgo a enfermar, así entonces podemos considerar la siguiente tipología;

<b>PROPENSION A LA ENFERMEDAD – SALUD</b>
---

<b>E.FAM./R.A.E.</b>	<b>SIN RIESGO</b>	<b>RIESGO BAJ.</b>	<b>RIESGO MOD.</b>	<b>RIESGO ALTO</b>
<b>RIGIDA</b>	Baja propensión a la salud ( <b>BPS</b> )	Baja propensión a enfermar ( <b>BPE</b> )	Moderada propensión a enfermar ( <b>MPE</b> )	Alta propensión a enfermar ( <b>APA</b> )
<b>FLEXIBLE</b>	Alta propensión a la salud ( <b>APS</b> )	Moderada propensión a la salud ( <b>MPS</b> )	Baja propensión a enfermar ( <b>BPE</b> )	Moderada propensión a enfermar ( <b>MPE</b> )
<b>DEBIL</b>	Moderada propensión a la salud ( <b>MPS</b> )	Baja propensión a la salud ( <b>BPS</b> )	Baja propensión a enfermedad ( <b>BPE</b> )	Moderada propensión a enfermar ( <b>MPE</b> )

De donde aparecen seis categorías; con dos tendencias básicamente, tres hacia la enfermedad: alta propensión a enfermar; en una estructura rígida con riesgo alto a enfermar; moderada propensión a enfermar con una estructura rígida pero un riesgo moderado a enfermar, y baja propensión a enfermar en el tipo de estructura flexible pero con un riesgo moderado o bajo a enfermar. Las tres tendencias a la salud están determinadas por la baja propensión a la salud con una estructura débil pero sin riesgo a enfermar o riesgo bajo; moderada propensión a la salud, con una estructura flexible, pero sin riesgo a enfermar; y alta propensión a la salud cuando la estructura sea flexible y no exista riesgo a enfermar.

De acuerdo a las categorías y tipologías descritas arriba, podemos obtener un panorama general de las tendencias a la salud enfermedad de las familias, tal resultado no es de ninguna manera para contemplarse, sino para activar las medidas necesarias que aporten a talas núcleos las herramientas que los lleven a pasar de un estado de propensión a la enfermedad a un estado de propensión a la salud.

---

# CAPITULO V

## *METODOLOGIA*

## **METODOLOGIA**

El tipo de investigación, desde la cual se abordó el problema de interés, fue el diseño de una investigación transeccional descriptiva, ya que el propósito de este es solo describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en el momento en que se tomo la muestra; de manera que sólo se indago la incidencia y manifestación de las variables consideradas.

### **5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la estructura familiar existe alguna correspondencia determinada en la calidad de su red de apoyo social; y de acuerdo a su red de apoyo social hay alguna correspondencia hacia la propensión de la enfermedad o no.

Estimar la estructura familiar predominante de los núcleos familiares e identificar si existe alguna vinculación con la conectividad de su red y el grado de apoyo social, evaluando la densidad de su red de apoyo social; y evaluar su nivel de riesgo de enfermar, de acuerdo la interrelación de apoyo social y estres, para conocer si existe alguna tendencia especifica entre riesgos de enfermedad y la estructura familiar.

### **5.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACION**

- Evaluar la red social
- Evaluar la estructura familiar
- Evaluar la estructura del apoyo social
- Evaluar el nivel de estres
- Determinar la densidad del apoyo social a partir de la estructura y conectividad de la red.
- Establecer la relación entre estructura familiar y nivel de apoyo socia.

- Establecer la relación entre la estructura familiar y el nivel de riesgo para la salud e identificar las tendencias a enfermar o no.
- Determinar el riesgo para la salud a partir de la relación de apoyo social y estrés.

### **5.3 HIPOTESIS**

- 1) El apoyo social tiende a ser alto, dado que las personas forman parte de un grupo que tiene intereses en común, sus hijos y sus necesidades económicas.
- 2) La conectividad de la red social tiende a ser alta dado que los colonos han compartido importantes procesos de participación social.
- 3) El estrés tiende de a ser bajo dado que las mujeres que no trabajan, se implican menos en situaciones estresantes,
- 4) La estructura familiar tiende a ser del tipo "rígido" dado que conservan normas y pautas de comportamiento tradicionales de su lugar de origen.
- 5) La densidad de apoyo social sera elevada cuando la conectividad de la red sea alta y el apoyo social sea bajo
- 6) La regulación de la red de apoyo social ser elevada cuando la estructura familias de rígida y la red de apoyo social sera baja cuando la estructura familiar sea flexible, y la red de apoyo social sea fuerte.
- 7) El riesgo a enfermarse aumentara cuando el estrés sea alto y el apoyo social sea bajo. y disminuirá cuando el estres sea bajo y el apoyo social sea alto.
- 8) La propensión a la salud sera elevada cuando la estructura familiar sea flexible y no tenga riesgo a enfermarse.
- 9) La propensión a enfermarse aumentara cuando la estructura familiar sea rígida y tenga un alto riesgo a enfermarse.

## 5.4 JUSFICACION DE LAS VARIABLES

### A) DEFINICION DE LAS VARIABLES

#### VARIABLES INDEPENDIENTES.

- **Estructura familiar:** Se refiere a la organización familiar, que predomina en la estructura familiar, de acuerdo a las normas que se establecen a los miembros de esta.
- **Conectividad de la Red social:** se refiere específicamente al número de relaciones que existen en la red.
- **Apoyo social:** Se refiere, específicamente a su estructuración, basándose en la capacidad de dar y recibir ayuda.
- **Estres:** respuesta psicosocial de los individuos frente a situaciones de su entorno (de tipo social, simbólico, etc.) que tienen impacto en el ámbito cognitivo emocional.

#### VARIABLES DEPENDIENTES

- **Densidad de la red de apoyo social:** será dada de acuerdo a la relación que exista entre la conectividad de la red y la estructuración del apoyo social, y representara el peso y significación objetiva y subjetiva de la red de apoyo.
- **Regulación de la red de apoyo social:** que se valorará en función al tipo de estructura familiar con relación al nivel de densidad de la red de apoyo social. La cual indicara el grado en que al apoyo social se puede ejercerse fuera y dentro del ámbito familiar por su estructura.
- **Riesgo a enfermar:** estará determinado por la relación entre el nivel de estrés y el nivel de apoyo social. Y será indicador de que su apoyo social no es suficiente para actuar como protector ante la enfermedad.
- **Propensión a la enfermedad – salud:** será determinado por el nivel de riesgo a enfermar y el tipo de estructura familiar. Indicara la tendencia a gozar de un estado de salud o de un estado de enfermedad.



## B) OPERACIONALIDAD DE LAS VARIABLES

### VARIABLES INDEPENDIENTES.

#### ESTRUCTURA FAMILIAR:

- ◆ **Estructura Débil:** en la cual no existe regla alguna que organice sus actividades
- ◆ **Estructura Flexible:** Toma en cuenta algunas condiciones para que sea posible o no, determinada actividad.
- ◆ **Estructura Rígida:** con regularidades inmutables, fijan lo que se debe de hacer.

#### CONECTIVIDAD DE LA RED SOCIAL

- ◆ **Red social densa:** describe aquellas redes cuya intensidad de relaciones fluctúa entre 18 y 24 relaciones.
- ◆ **Red social moderada:** aquellas redes cuya intensidad de relaciones fluctúa entre 10 y 17 relaciones.
- ◆ **Red social baja;** son aquellas redes cuya intensidad de relaciones fluctúa entre 2 y 9 relaciones.

#### APOYO SOCIAL

- ◆ **Apoyo social bajo:** indicador de que tiene pocas personas de quien recibir y dar ayuda.
- ◆ **Apoyo social moderado** indica que existe un número considerable de personas de quien recibir y dar ayuda.
- ◆ **Apoyo social alto:** indica que tiene una alta posibilidad de recibir y dar ayuda.

#### ESTRES

- ◆ **Bajo nivel de estrés:** indicador de una vida estable en la mayoría de sus facetas
- ◆ **Nivel de estrés moderado:** indica que ha habido grandes cambios en su vida.
- ◆ **Alto nivel de estrés:** indica que existe una situación altamente estresante, que probablemente estén activando recursos de afrontamiento.

## **5.5 POBLACION**

La población con la que se llevo a cabo la investigación, son personas que habitan actualmente en la colonia denominada "Miravalle", ubicada en la Sierra de Santa Catarina, geográficamente ubicada entre la calzada Ermita Iztapalapa, Carretera México - Puebla, Col San Lorenzo Tezonco y la delegación Tlahuac; perteneciente a la delegación Iztapalapa, de México, D.F.

La población muestral, con la que se aplicaron los instrumentos de medición son mujeres, amas de casa, con hijos, cuyos hijos son alumnos de la Escuela primaria "Axayacatl", ubicada en la calle Colorines s/n, de la Col. Miravalle, delegación Iztapalapa. Estas mujeres, actualmente, forman parte del comité de padres de familia del programa Alianza para el bienestar, de la delegación Iztapalapa.

Estas mujeres, la mayor parte de su tiempo lo dedican al cuidado de sus hijos, a la administración de su hogar (labores domesticas) y a atender a su esposo. El grupo esta compuesto por 45 mujeres, sus edades fluctúan entre los 25 y 45 años, y en común todas son legalmente casadas con su esposo, a excepción de dos mujeres que son viudas y una que es soltera. El número de hijos que tienen es de 2 a 6; y las edades de estos son de los 3 a los 17 años. (en algunos casos tienen hijos de 25 años, casados).

El programa de alianza para el bienestar les brinda, la oportunidad de concluir su preparación primaria y secundaria. En el sistema abierto, y al final se les entrega su certificado, expedido por la SEP. Este trabajo es realizado por una grupo de maestros jubilados que se ocupan de darles las clases correspondientes. Es importante señalar que un 22.5 % de los integrantes de este comité aún no saben leer y escribir, no obstante ya iniciaron sus cursos de regularización para poder aprender.

En general, todas ellas participan con esmero en el programa del comité, por que este les proporciona apoyo en especie (despensas) y económico (remuneraciones significativas), que las ayuda a solventar sus necesidades básicas. Una de las reglas del comité requiere de que estas asistan a sus juntas sin falta (por cierto todas son muy puntuales), y a los eventos que se organicen de manera extra o externa a sus sesiones semanales, (en algunas ocasiones, en fechas conmemorativas, el municipio les proporciona pases gratuitos para asistir al cine u otros eventos sociales).

## **5.6 INSTRUMENTOS**

### **ESTRUCTURACION DEL MEDIO AMBIENTE FAMILIAR**

Jacques Lautrey (1985), construye un cuestionario de 15 ítems, de respuesta a elección cerrada, de donde se debe elegir para cada ítem una de las tres respuestas tipo, siendo cada una de ellas representativa de un estilo de estructuración.

Para la evaluación, cada ítem se codifica en 1, 2 o 3; en la cual se considera que cuando la mayoría de las respuestas que ha escogido corresponde a ese tipo. El instrumento fue adaptado, en términos lingüísticos, para hacerlo accesible al tipo de población en la cual se aplico.

### **REDOGRAMA**

Es un instrumento de tipo gráfico, en el cual se consideran cuatro agrupaciones de los vínculos en la red social: amigos, familia, comunidad y trabajo, con tres dimensiones: cercanía, profundidad y lejanía de los integrantes de la red social con relación al sujeto. De donde se considero, para la evaluación, la conectividad de la red,. Esto es la medida en que las personas se mantienen vinculadas hacia el sujeto examinado.

### **ESCALA AUTOAPLICADA DE ESTRES.**

Del Departamento de Salud Mental California; este consta de 27 ítems, cada uno de estos enumera distintos tipos de situaciones estresantes, el instrumento se divide en tres áreas de contenido: área económico laboral, área personal y área familiar. La evaluación se efectúa por determinado puntaje acumulado, según cada uno de los ítems, como el estres percibido y se mide de acuerdo a la categorización: estres bajo, estres moderado y estres alto.

### **ESCALA AUTOAPLICADA DE SOPORTE SOCIAL.**

Del Departamento de Salud Mental de California; el cual se compone de 6 ítems, con dos columnas de respuestas de tipo opcional, con cuatro posibilidades; la primera mide el apoyo social real y el apoyo social percibido; cada ítem posee un determinado puntaje. La evaluación se realiza restando el total del puntaje de la primera con el total del puntaje de la segunda columna; de aquí la puntuación obtenida se evalúa de acuerdo a las categorizaciones de: Apoyo social bajo, Apoyo social moderado y Apoyo social alto.

## **5.7 APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS**

*Lugar de aplicación:* Escuela primaria "Axayacatl" Calle Colorines s/n, Col. Miravalle, Delegación Iztapalapa, Méx. D.F.

*Día de aplicación:* Martes 23 de Marzo de 1999

*Hora de aplicación:* de 15:00 a 17:00 hrs.

- ❖ Para iniciar la sesión, se aplicó un ejercicio estructurado en el cual se vivencia la posición corporal en la comunicación. Sugerido por Virginia Satir (1991), en su obra titulada "Ejercicios para la comunicación humana". Y se culminó con una plenaria.
- ❖ Inmediatamente se les entregan los instrumentos; y se les indica que todas resolverán, al mismo tiempo las preguntas.

- ❖ Se les fueron dando pautas para que contestaran los instrumentos, señalando algunos ejemplos en el caso de aquellas preguntas que generaran confusión.
- ❖ Se concluyó la sesión con una plenaria, en la que se hizo reflexión respecto a los beneficios que le brindan a sus hijos al darles un sólido apoyo social.

Una de las desventajas de la aplicación, fue, en definitiva que el instrumento preparado era muy extenso, y el tiempo de dos horas estaba predeterminado y no podía rebasarlos, otra situación que hizo complicado el muestreo, fue que no hubo condiciones propicias, es decir, trabajaron de pie en el patio de la escuela, por lo que la interferencia era demasiada, algunas personas no llegaban a escuchar consignas.

Otra de las desventajas no consideradas, fue el que un porcentaje la población era analfabeta trataban de esforzarse por memorizar las preguntas, ante su imposibilidad de poder leer, lo que produjo ansiedad y distracción en las personas alfabetizadas, y estas por lo general solían adelantarse demasiado en la resolución de los instrumentos, descuidando las instrucciones previas.

## **5.8 ANALISIS DE RESULTADOS**

### **PRIMERA EVALUACION: Conectividad de la red.**

Como se puede observar en la Tabla 10, la conectividad de la red tiende a ser baja, lo que equivale a que en este grupo de personas, la posibilidad de establecer lazos de interacción oscila entre 2 y 9 personas. A pesar de ser un buen nivel el número de interacciones se encontró que, de acuerdo al redograma, en el primer nivel de profundidad las personas tienden a considerar sólo una persona a la que recurren en caso de solicitar ayuda o en algunos casos hasta dos personas y esta por lo general suele ser su misma pareja (esposo o compañero), pero solo un 16 % de los sujetos poseen de 4 a 6 personas disponibles en el primer nivel de su redograma, en estos casos consideran a alguna hermana, mamá o incluso cuñados y en última instancia algún vecino.

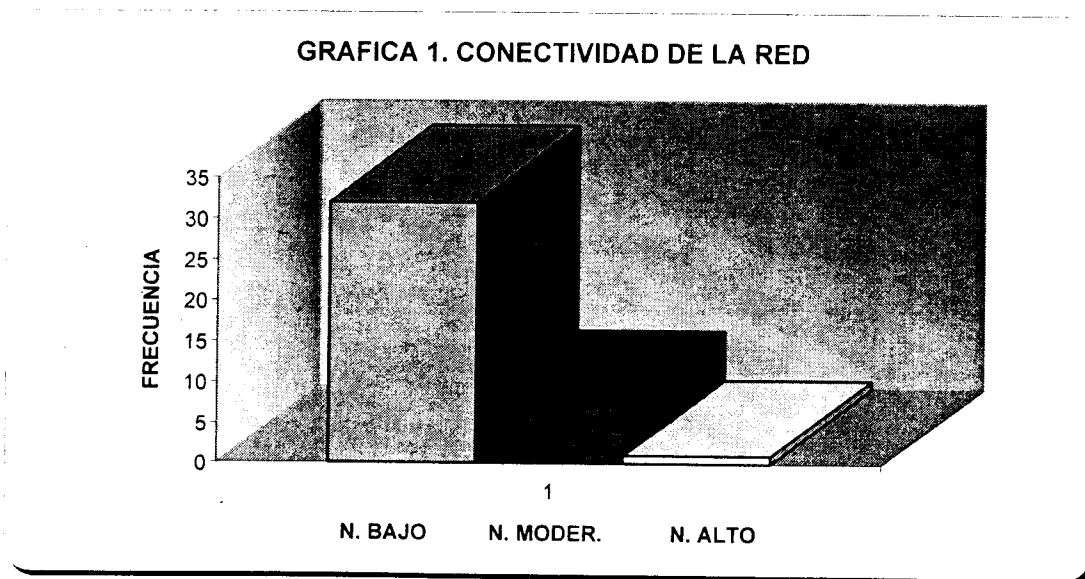
Particularmente se observa que entre más lejanía hay entre los sujetos con relación a sus probables relaciones con otros sujetos, es mucho menor el contacto, esto es, disminuye el número de posibilidades de contar con personas que inspiran menos confianza.

Independientemente de su relación con su pareja con una menor frecuencia, algunas personas suelen recurrir a tres personas más; por lo expresado en la sesión de aplicación los vecinos no gozan de plena confianza para acudir a ellos, y por consecuencia no cuentan con su apoyo en cualquier situación.

Tabla 10 Evaluación de la conectividad de la red

CONECTIVIDAD DE LA RED	FRECUENCIA
Nivel bajo	32
Nivel moderado	7
Nivel alto	1
Total	40

En la gráfica 1 se puede observar que el nivel de conectividad de la red es predominantemente bajo frente a los niveles moderado y alto.



## SEGUNDA EVALUACION: Apoyo Social.

Al igual que la conectividad de la red, el apoyo social, también posee un carácter predominantemente bajo; no obstante es importante considerar que nadie carece de él. En la tabla 11 se observa que una gran parte de la población estudiada, cuando tiene algún problema lo platica a una persona y nuevamente se observa que se inclinan a hacerlo con su esposo, sin embargo en algunos casos no lo hablan con nadie; pero se mantiene el deseo de poder contarse a alguna otra persona pero con el estigma de mejor no platicarlo. Los favores como prestar alimentos, herramientas o utensilios de casa, afirman que lo acostumbran con dos o más personas, aunque existe la tendencia a practicar este apoyo con menos personas y de ser posible con solo una persona. Respecto a las visitas de amigos o familiares que se reciben son muy poco frecuentes, y a pesar de que existe el deseo de que sean un poco más frecuentes consideran que esta bien la frecuencia con que se practica, (en algunos casos se manifestó que la familia de origen vive en provincias). En general todas ellas participan en un grupo que los convoca a reuniones cada 8 días. y la mayoría coincide en evaluar estas reuniones como un espacio agradable.

Tabla 11 Evaluación del apoyo social.

APOYO SOCIAL	FRECUENCIA
Nivel bajo	34
Nivel moderado	6
Nivel alto	0
Total	40

En la gráfica 2 se observa que el nivel de apoyo social bajo resulta mucho más frecuente que los niveles moderado y alto.



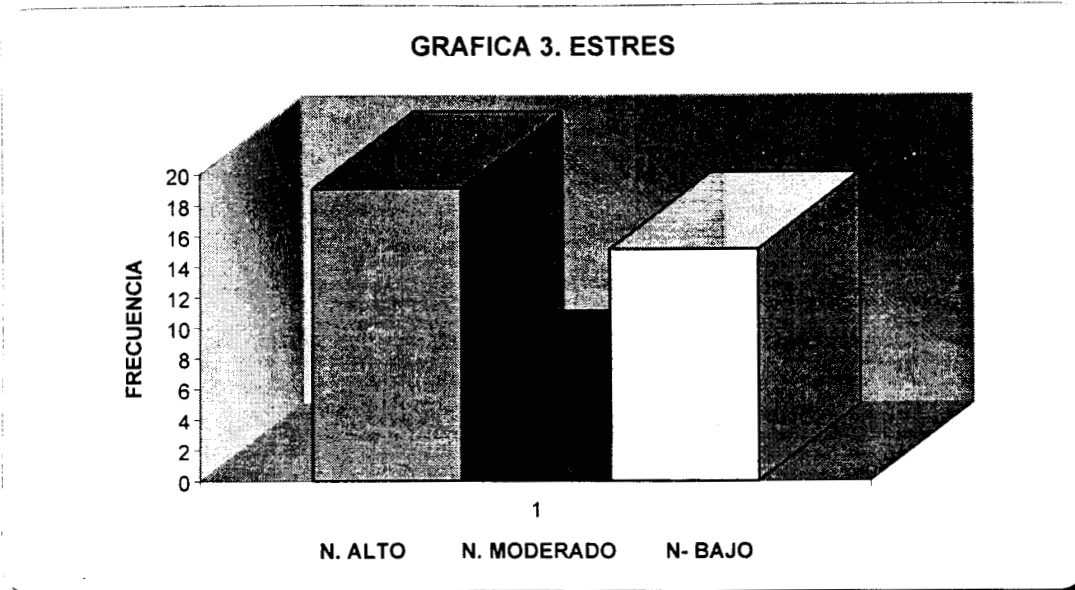
### TERCERA EVALUACION: Nivel de estrés.

Los datos más significativos encontrados en el nivel de estrés, como se observa en la gráfica 3 revelan que es predominante el nivel de estrés alto con un 47%, no obstante aparece con un nivel significativo el estrés moderado con un 38%. También se encontró que la mayor parte de esta población ha sufrido grandes cambios en su vida y han generado un afrontamiento bajo ante tales cambios. Las situaciones a las que se enfrentan son en primer lugar a las dificultades de educación de sus hijos, en segundo termino se encuentran el sentimiento de la muerte de algún familiar o amigo íntimo, así como el padecimiento de heridas graves y/o alguna enfermedad, y por último aparecen a los conflictos familiares, en particular a las discusiones con la familia política.

Tabla 12 Evaluación del nivel de estres.

NIVEL DE ESTRES	FRECUENCIA
Nivel alto	19
Nivel moderado	6
Nivel bajo	15
Total	40





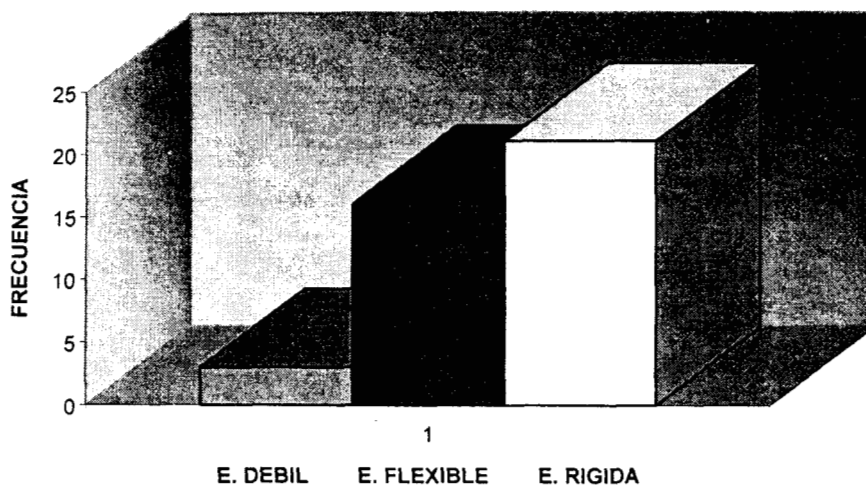
#### **CUARTA EVALUACION: Estructura familiar.**

Las formas de organización que aparecen con mayor frecuencia indican que los padres mantienen un orden más rígido cuando se trata de la relación directa adulto – niño y más flexible cuando se manejan asuntos que no trascienden más allá (aparentemente) de esta relación. De tal manera que los padres intervienen directamente cuando se trata de tomar decisiones objetivas, por ejemplo cuando se trata de elegir la ropa que usara; evitando su intervención en la platica de los adultos; procurando que no hablen demasiado a la hora de la comida (con el propósito de que no pierdan el apetito); cuando se trata de seleccionar un lugar de juego se prohíbe su paso a lugares que puedan resultar peligrosos (cocina ó calle); y suelen hacer respetar las normas de la organización familiar, en ocasiones con dureza.

Tabla 13 Evaluación de la estructura familiar

TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR	FRECUENCIA
Estructura débil	3
Estructura flexible	16
Estructura rígida	21
Total	40

GRAFICA 4. ESTRUCTURA FAMILIAR



Como se observa en la tabla 13 y la gráfica 4, en cuanto al tipo de estructura familiar se encuentra con mayor frecuencia, en un 52.5%, el tipo de estructura rígida, seguida del tipo de estructura flexible, con un 40%; y en un 7.5 % el tipo de estructura débil.

#### QUINTA EVALUACION: Densidad de la red de poyo social.

Esta evaluación resulta de la combinación de dos variables independientes, Conectividad de la red y apoyo social; que en combinación en distintos niveles producen una variable dependiente, la densidad de la red de apoyo social, así entonces tenemos que :

**Conectividad de la red y apoyo social:**

C.RED/A. S.	ALTA	MODE.	BAJA	TOTAL
ALTA	0	0	1	1
MODERADA	0	0	7	7
BAJA	0	6	26	32
TOTAL	0	6	34	40

**De acuerdo a las categorías:**

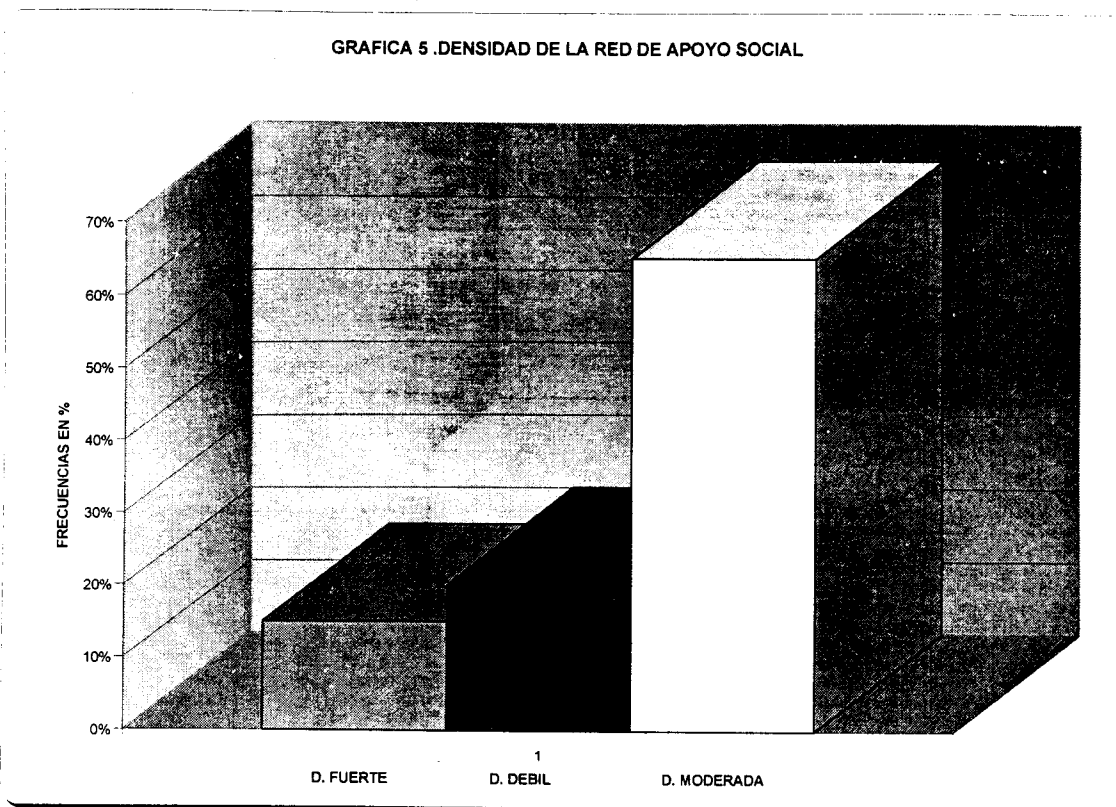
C. RED/ A. S.	ALTA	MODE	BAJA
ALTA	RAM	RAD	RAD
MODERADA	RAF	RAM	RAD
BAJA	RAF	RAF	RAM

**Las frecuencias obtenidas son:**

DENSIDAD DE LA RED DE APOYO	% FRECUENCIA
Red de apoyo fuerte	15 %
Red de apoyo moderada	20%
Red de apoyo débil	65%
Total	100%

De donde se observa que el nivel de densidad baja de la red de apoyo social predomina sobre la densidad de red moderada y fuerte. Lo que nos indicaría que a pesar de tener una conectividad de su red predominantemente baja y un nivel de apoyo predominantemente bajo, el nivel de apoyo con que se manejan las personas en su disposición de dar y recibir ayuda es correspondiente en gran medida con la conectividad de su red, es decir que a medida en que ellas aportan o dan ayuda a los miembros de su red son correspondidas, lo que hace mantener en un nivel de red de apoyo moderado.

En la gráfica 5 se observa el tipo de densidad moderada del apoyo social es significativa frente al nivel bajo y alto, no obstante estos dos últimos, juntos poseen una frecuencia significativa, es decir, no se excluye su práctica por parte de la población estudiada.



**SEXTA EVALUACION: Nivel de regulación de la red de apoyo.**

Esta evaluación responde a la combinación de dos variables independientes, Estructura familiar y red de apoyo social; que en combinación en distintos niveles producen una variable dependiente, la regulación de la red de apoyo, así entonces tenemos que:

***Estructura familiar y red de apoyo social:***

EST. F./R.A.S.	FUERTE	MODERADA	DEBIL	TOTAL
RIGIDA	1	16	4	21
FLEXIBLE	5	7	4	16
DEBIL	0	3	0	3
TOTAL	6	26	8	40

***De acuerdo a las categorías:***

EST. F./R.A.S.	FUERTE	MODERADA	DEBIL
RIGIDA	RM	RA	RA
FLEXIBLE	RB	RM	RM
DEBIL	RM	RM	RB

**Las frecuencias obtenidas fueron:**

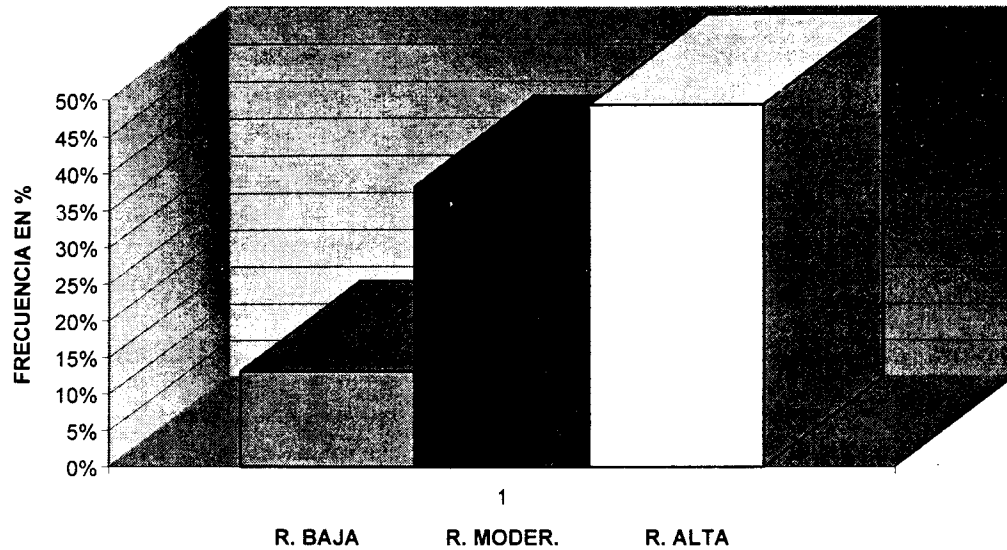
NIVEL DE REGULACION	% FRECUENCIA
Regulación Baja	13 %
Regulación moderada	38 %
Regulación alta	49%
Total	100 %

De donde se encontró que un 49% de la población se ubica en el tipo de densidad de red altamente regulada, seguida por el tipo densidad de red moderadamente regulada, en un 38 %; de manera que, al parecer, el tipo de estructura familiar influye de manera significativa en la densidad de la red de apoyo. Predomina en una gran frecuencia el tipo de estructura familiar rígida en combinación con el tipo de red de apoyo moderada. Seguida, en frecuencia, por el tipo de estructura flexible en combinación con un tipo de red de apoyo moderado.

En efecto el nivel de densidad de la red de apoyo social se distribuye equitativamente en proporción de la estructura familiar, de donde el nivel de apoyo moderado se ubica en el tipo de estructura rígida y flexible, de modo que al parecer existen evidencias de que hay alguna relación entre el tipo de estructura familiar y el nivel de densidad de red de apoyo que esta permite generar.

Pareciera que por su baja frecuencia el tipo de regulación baja es casi nula, pero no por ello deja de ser significativa dado que aparece en una frecuencia del 12%, suficiente para el tamaño de la muestra tomada dado su significado, que implica un tipo de estructura flexible en combinación de un tipo de red de apoyo social fuerte.

GRAFICA 6. REGULACION DE LA RED DE APOYO



**SEPTIMA EVALUACION: Riesgo a enfermar.**

Esta evaluación responde a la combinación de las variables independientes Apoyo social y estrés; que en combinación en distintos niveles producen la variable dependiente, Riesgo a enfermar, así entonces tenemos que:

**Apoyo social y estrés:**

EST. /A. SOCIAL	ALTO	MODERADO	BAJO	TOTAL
Alto	0	2	17	19
Moderado	0	1	5	6
Bajo	0	3	12	15
Total	0	6	34	40

**De acuerdo a las categorías:**

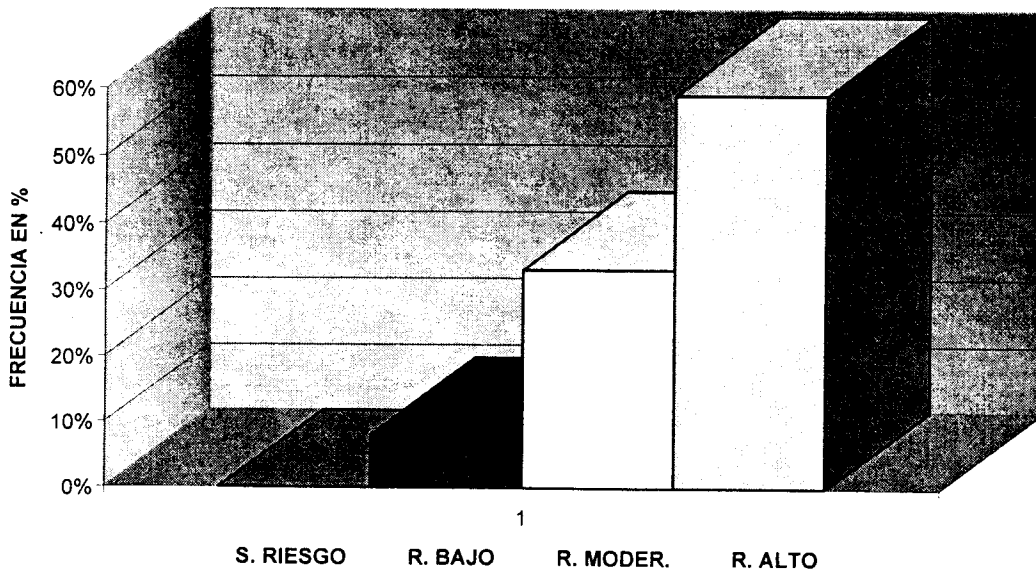
EST. /A. SOC.	ALTO	MODERADO	BAJO
ALTO	RM	RA	RA
MODERADO	RB	RM	RA
BAJO	SR	RB	RM

**Las frecuencias obtenidas fueron:**

RIESGO A ENFERMAR	% FRECUENCIA
Sin riesgo	0 %
Riesgo Bajo	8 %
Riesgo Moderado	33 %
Riesgo alto	59 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

De donde se encontró que, por las características de su apoyo social y de los niveles de estrés alto, los sujetos, forman un alto porcentaje la categoría de riesgo moderado a enfermar, en un porcentaje menor, pero muy significativo se ubican los sujetos con alto riesgo de enfermar, y ninguna se ubico en la categoría de "sin riesgo de enfermar". Lo que nos indica que en cualquier momento estas personas pueden o bien contraer una enfermedad o bien agravar la que ya tienen, es importante que se considere una parte significativa de la población padecen enfermedades recientes, de manera que tal riesgo no solo es muy posible sino que se puede desencadenar ante cualquier situación estresante que no se afronte adecuadamente.

**GRAFICA 7. RIESGO A ENFERMAR**



**OCTAVA EVALUACION: Propensión a la enfermedad – salud**

Esta evaluación responde a la combinación de las variables independientes Estructura familiar y riesgo a enfermar; que en combinación en distintos niveles producen la variable dependiente, Propensión a la salud - enfermedad, así entonces tenemos que:

**Estructura familiar y riesgo a enfermar**

E. F/ R. E.	SIN RIESGO	R. BAJO	R. MODER.	R. ALTO	TOTAL
RIGIDA	0	1	8	12	21
FLEXIBLE	0	2	4	10	16
DEBIL	0	0	1	2	3
TOTAL	0	3	13	24	40

**De acuerdo a las categorías:**

E.F./R.E.	SIN RIESGO	R. BAJO	R. MODER.	R. ALTO
RIGIDA	BPS	BPE	MPE	APE
FLEXIBLE	APS	MPS	BPS	MPE
DEBIL	MPS	BPS	BPS	MPE

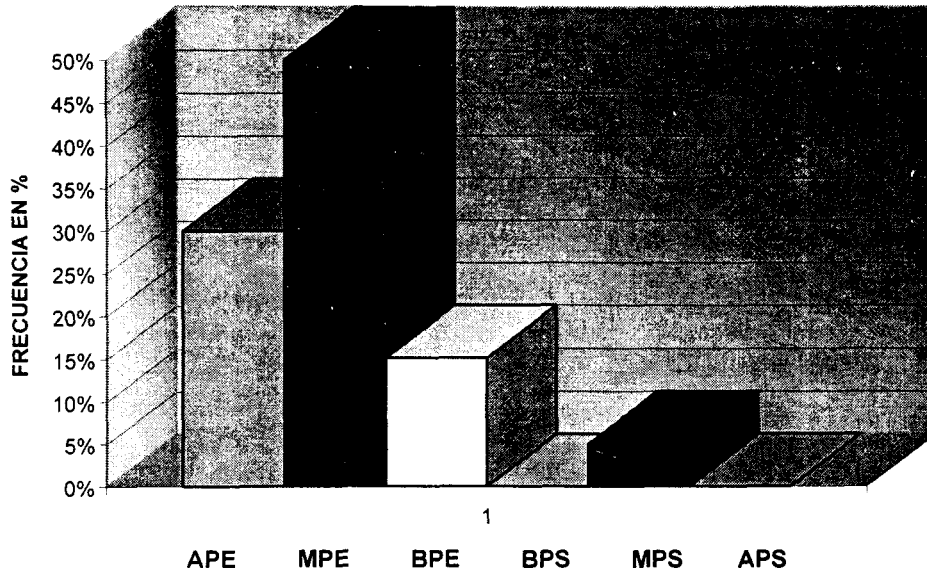
**Las frecuencias obtenidas fueron:**

PROPENSIÓN A LA ENFERMEDAD – SALUD	% FRECUENCIA
<i>Alta propensión a enfermar</i>	30 %
<i>Moderada Propensión a enfermar</i>	50 %
<i>Baja propensión a enfermar</i>	15 %
<i>Baja propensión a la salud</i>	0 %
<i>Moderada propensión a la salud</i>	5 %
<i>Alta propensión a la salud</i>	0 %
Total	100 %

De donde se observa que existe una proporción de 50% de propensión moderada a enfermar, seguida de un 30% de propensión alta a enfermar y un 15% de propensión baja a enfermar. En esta población en particular la tendencia a la enfermedad es predominante ante la tendencia a la salud.



GRAFICA 8. PROPENSION A LA ENFERMEDAD - SALUD.



Como podemos observar en la gráfica presenta tendencias a enfermar, seguida de quienes tiene aún mayor posibilidad de enfermar, sin embargo hay un menor índice de quienes supondríamos tienen un riesgo relativamente muy bajo al riesgo de enfermar.

Las frecuencias más altas en el riesgo a enfermar, fue en la combinación de las categorías de alto riesgo de enfermar con una estructura familiar rígida; alto riesgo a enfermar con una estructura familiar moderada, y riesgo moderado a enfermar con un tipo de estructura rígida. Tal parece que la estructura de organización familiar del tipo rígida repercute de manera significativa en el alto riesgo a enfermar. No obstante cabe señalar que el porcentaje de la población que tiene un poco menos de riesgo a la enfermedad se colocó en las categorías de una estructura familiar flexible con un tipo de riesgo moderado.

## **5.9 DISCUSION DE RESULTADOS.**

Respecto a la densidad de la red de apoyo, del tipo moderado, se observa que, no por el hecho de encontrarse dentro de un nivel medio, no cumple con sus funciones, por el contrario el hecho de que este se ubique en tal posición indica que, en efecto, la red de apoyo esta cumpliendo las funciones esperadas, tal vez ello no signifique que las personas las generen y usen bajo tal intensidad, pero si que cuando es necesario acudir a ellas estas proporcionan la ayuda material y emocional, esperada, no obstante cabe mencionar que las personas expresaron en ocasiones, durante la aplicación del instrumento, que casi no conocían a gente que pudieran tenerle la confianza necesaria para poder practicar el tipo de ayuda emocional, pues en dado caso preferían acudir a su Esposo o bien mejor no hablar de ello con nadie. A todo ello se encontró además que en general todas las personas sentían que el apoyo emocional con el que contaban era suficiente, las hacia sentirse bien, y hasta el momento se sentían satisfechas.

En el caso particular del tipo de organización familiar, estructurada, tenemos que los padres de estas familias suelen recurrir a la disciplina como norma para conseguir el orden y la obediencia. La figura de autoridad predominante suele ser el padre, pues en estos hogares es quien por el hecho de solventar los gastos de la familia toma las decisiones. Las mujeres, así se preocupan sobre todo por la educación que recibirán sus hijos y refuerzan aquellas conductas que consideran serán benéficas para ellos, en general recurren aquellas en las que mantienen la autoridad de los adultos.

En esta población estudiada, es muy usual que las madres propicien en los hijos conductas de enfermedad, dado que las mujeres son amas de casa, y el hecho de estar más tiempo en casa propicia no sólo mayor convivencia, sino además dependencia y creación de hábitos que ellas tienen hacia sus hijos. Aproximadamente un 80 % de las mujeres tienen hijos de más de 6 años y menores de 17 años, por lo que resulta preciso, abordar a un buen tiempo la

educación en conductas saludables de los padres hacia los hijos, el asunto en cuestión requiere por supuesto de dar información pertinente a los padres, quienes en el momento se encuentran en la mejor disposición para darle lo mejor de sí a sus hijos, esperando que estos logren lo que a ellos no les fue posible.

Dado que algunas personas expresaron que vivían con alguna enfermedad, de acuerdo al supuesto de que el estrés puede facilitar el camino a la enfermedad, entonces se esperaría que estas personas, de no activar conductas de afrontamiento adecuadas, podrán fácilmente caer en un estado de gravedad. Al respecto sería conveniente considerar que el medio en el que se localizan geográficamente no representa demasiados conflictos para su estado de salud, ya que ha ayudado a mantener cierto estado de equilibrio esto es, se puede respirar un ambiente de tranquilidad, y tal vez ello se deba al poco paisaje de urbanización, (no hay fábricas, no hay saturación de transporte, etc.), más bien predomina un clima de zona rural.

En cuanto al nivel de regulación de la red de apoyo, se encontró que predomina el tipo de estructura rígida en la organización familiar, de donde se puede deducir que las familias aún se rigen con el modelo de autoridad de los padres. Esto es las familias se rigen bajo los parámetros de la obediencia, así entonces es explicable que su mayor conflicto de estrés familiar sea la educación de sus hijos y que pretendan sobre todo lograr su obediencia con calma, lo cual indica el deseo de poder ejecutar lo mejor posible su papel como padres para lograr la mejor educación de sus hijos.

De esta manera, se entiende que los padres, pretenden darle lo mejor a sus hijos y buscan su bienestar de manera que si es preciso evitarle algún tipo de relación social que pueda causarle algún estrago en el camino a al éxito, lo mejor será evitarle este tipo de relación, por ello se señaló que una de las cosas más importantes era evitarle de malas compañías.

En cuanto al riesgo a enfermar, se señala riesgo moderado, pero también un porcentaje significativo de riesgo alto a enfermar, de manera que, si se mantiene un nivel de apoyo bajo, para fines de amortiguar y proteger de la enfermedad, este en definitiva no es suficiente, por lo tanto tendríamos que revisar con mayor profundidad cual es el sector del apoyo social que no tiene la funcionalidad esperada. En primera instancia habría que considerar la funcionalidad de la ayuda material, informativa y emocional, dado que al parecer las personas cuentan con un nivel de conectividad de su red, sin embargo el hecho de que prefieran no contarle a nadie sus problemas personales indica que o bien consideran que sus problemas personales los deben resolver ellas solas o que no deben de contarle a nadie por que parte de su intimidad sería invadida: en general lo que si podemos considerar es que a pesar de tener un apoyo social significativo no existe el nivel de confianza necesario para poder hacer participe a la red de apoyo de cuestiones íntimas.

Cabe mencionar que las señoras no tienen el hábito de salir a platicar con las vecinas, por lo tanto el nivel de interacciones es sumamente bajo. Las reuniones a las que acuden en la Escuela de sus hijos es solo para fines de asistencia social, es decir solo por que pueden obtener cierto apoyo material acuden a este. (no obstante los promotores tienen como objetivo lograr compactar las relaciones sociales entre este grupo de señoras para generar una red de apoyo significativa, que aporte a sus necesidades y expectativas.

En cuanto a la propensión a la enfermedad - salud, tiende en porcentaje significativo al estado de enfermedad. Lo que nos llevaría no a cuestionar el tipo de estructura familiar, como determinante de la propensión a enfermar, pero si el tipo de normas, hábitos, costumbres y tradiciones que dentro del núcleo familiar se generan, ya que estos en definitiva, repercuten en el estado de salud. De acuerdo a el planteamiento del problema, la estructura familiar regula el nivel de propensión a la enfermedad, entonces se esperaría que en circunstancia de enfermedad con un bajo apoyo social existe el riesgo no solo de llegar a un

estado crítico de la enfermedad, sino además de orientar a alguno de los demás miembros del núcleo familiar a generar conductas orientadas a la enfermedad.

## **CONCLUSIONES.**

### Del trabajo de campo...

El trabajo de campo se inicio con un reconocimiento de los lugares más representativos de la zona (Centros de salud, Museo comunitario, Unión de colonos, Parroquia de Corpus Christi, etc.); así como de sus respectivos proyectos de trabajo. En un principio la importancia de sus proyectos nos dejo impresionados por la fuerza e importancia que tienen para la misma comunidad, y eso nos ayudo a descubrir que investigar más allá de nuestros conceptos no sólo era importante sino fundamental para poder aportar con profesionalidad a la comunidad.

El vínculo que se estableció con los colonos de San Miguel Teotongo tuvo una duración aproximada de 10 meses, tiempo en que se tuvimos la oportunidad de adentrarnos y participar en sus programas de bienestar social, con el fin de aportar la perspectiva psicosocial. De este vínculo sugieron distintos trabajos de investigación, y el presente es uno de ellos.

La experiencia fue enriquecedora y gratificante dado que nuestras expectativas del año de investigación fueron cubiertas, sobre todo en lo que respecta a la intersección de la teoría – práctica; en nuestras fantasías precias al contacto con la comunidad esperábamos encontrar una comunidad pasiva pero al llegar nos percatamos que de la riqueza dinámica que en esta se genera; y que a pesar de que llegamos con el bagaje teórico suficiente y dispuestos a ser autosuficientes, nos encontramos a una comunidad dispuesta no-solo a escucharnos sino también a criticar y participar en el proceso.

### Del trabajo de investigación...

El proceso de urbanización en México a modificado no sólo el modo, estilo y calidad de vida de sus habitantes sino también ha transformado las distintas formas de la relaciones interpersonales, así como la estancias en donde estas se recrean, una de las más trascendentales es la familia.

En efecto, el tamaño, estructura y organización de las familias ha sufrido cambios significativos a lo largo de la historia humana, pero estos se han enfatizado en las últimas décadas al paso de la transformación económica del país; ya que trae consigo una serie efectos, dentro de los cuales destaca la concentración de grandes proporciones de la población en la ciudad de México.

De tal modo que junto con el desarrollo urbano, se desarrollan también una serie de carencias sociales, que desembocan en la creación de grandes cinturones de miseria, habitados por los "marginados", no solo del sector económico sino de toda clase de seguridad social. Así entonces en este tipo de sectores se agravan las condiciones de salud, dadas las condiciones antihigiénicas y precarias en las que viven y las formas de supervivencia económica ante la falta de empleo y por consecuencia de un ingreso estable.

De ahí que la psicología social se ocupe de aplicar una parte de sus conocimientos al apoyo de este sector poblacional; ante tal situación surge la necesidad no sólo de especializar la ciencia, sino de sensibilizarla ante las necesidades de la población; con el cuidado no de repetir el modelo "paternalista" de proteger a la comunidad, sino de promover su empoderamiento de tal modo que está aprenda a ser autogestiva.

Para que lo anterior sea posible es necesario darle un nuevo enfoque a aquellos constructos que parecieran un hecho irrefutable, y que trascienden en los

sujetos más allá de lo que objetivamente parecen ser, uno de estos sin duda es el concepto de salud – enfermedad.

La salud y la enfermedad, hoy en día han adquirido una nueva concepción, que nos lleva más allá de un simple juego de conceptos, de modo que, actualmente el hablar de salud, ya no es algo exclusivo del campo de la medicina, pues ahora esta incluida la psicología de la salud y la psicología social. Ambas han aportado una nueva perspectiva para que tanto la salud como la enfermedad se aborden de manera integral.

Así entonces, el hablar de salud y enfermedad no sólo nos remite a los procesos biológicos, sino también a los procesos sociales, los cuales resultan ser determinantes. La salud, siempre había sido limitada ante la prioridad de estudio de la enfermedad, pero ahora sabemos que estos dos procesos van siempre unidos y sumados a ellos, las creencias en salud que los sujetos, inmersos en diversos grupos sociales, recrean en su vida cotidiana.

La enfermedad y la salud, como todos los procesos históricos y sociales han sufrido transformaciones, las enfermedades que en la antigüedad eran consideradas como mortales (gripe, sarampión, entre otras), ahora son controladas con pequeñas dosis medicinales; sin embargo actualmente persisten enfermedades de las cuales aún no se ha logrado un control y mucho menos una cura, (Cáncer, Diabetes Mellitus, SIDA).

Junto con las enfermedades biológicas, se han desarrollado también, en aras del nuevo milenio, una serie síntomas que cada día se van generalizando. El estrés, es uno de tanto síntomas, y como ya hemos visto se considera un factor determinante en un gran porcentaje de enfermedades, sin embargo no es una de aquellas enfermedades que tengan cura con dosis medicinales, su resolución necesariamente atraviesa por los procesos psicosociales que los sujetos son



capaces de emitir, pero que muchas veces no tienen las habilidades sociales necesarias para poder generarlos.

Los sujetos adquieren las habilidades y pautas de conductas, para afrontar el estrés, en los diversos núcleos sociales en que esta inmerso, uno de los grupos fundamentales en el cual inicia su aprendizaje, es la familia, sin embargo esta es regulada por la misma sociedad, en cuanto a las normas y creencias que en ella se emiten; de manera que, la familia las recrea, las practica y reconstruye; adaptando así a cada uno de sus miembros.

De acuerdo a lo anterior, las familias construyen una forma de vida particular, para cada uno de sus miembros, y a pesar de las diferencias objetivas entre cada uno de ellos (edad, sexo), existen actitudes subjetivas substancialmente comunes, dirigidas a la conservación de su salud, es decir en el núcleo familiar se promueven pautas de conducta sobre las cuales los individuos pueden dirigirse hacia un estado de salud pleno o hacia un estado de enfermedad. Dichas conductas son reproducidas y reforzadas a lo largo de su estancia dentro del ámbito familiar y por consecuencia son reproducidas dentro y fuera de este.

La psicología social de la salud, con tendencias hacia una magnífica intervención en el ámbito de la salud, tiene las herramientas necesarias para intervenir en el campo de la prevención, y resulta pertinente implicar este proceso en los núcleos familiares, los cuales a fuerza de ser un factor cien por ciento influyente sobre el sujeto, son una estancia que puede favorecer la promoción de la salud.

Así entonces, resulta conveniente abordar, la promoción de la salud familiar, en aras de la psicología social comunitaria, pues en aras del año 2000, y en busca de la "salud para todos", no como una panacea, sino como un derecho humano

que todos los hombres y mujeres deben gozar, urge hacer uso de técnicas y abordajes que movilicen las áreas de las grandes masas marginadas.

Dadas las circunstancias económicas, por las cuales atraviesa nuestro país y ante la cual no parece haber una pronta resolución, sino que por el contrario cada día se ve más lejana la posibilidad de llegar a una estabilidad, los cinturones de miseria van en aumento y con ello los riesgos a enfermar. Ante esta crisis, los profesionales de la salud tenemos el compromiso de contribuir a la resolución, no de la crisis, sino de sus efectos, tratando de aminorarlos, y no existe mejor forma que aportando en el área de salud, pues una persona sana física y mentalmente, sin duda podrá subsistir aún en el medio más precario.

La psicología social de la salud, en México, tiene mucho trabajo que desarrollar, tanto en el ámbito teórico, como en el ámbito práctico, y el presente trabajo pretende ser una contribución a ello. Los resultados obtenidos son una evidencia suficiente de lo que hay y de lo que se puede hacer; pero por supuesto, se necesita realizar un análisis más profundo de las variables manipuladas. No obstante deja abiertas las puertas del camino para quien lo desee seguir.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Barbane, Benjamín (1988), "Relaciones" En: **Un niño especial en la familia**, México.
- Barrere, J. J. (1992) "Salud y enfermedad". En: **Psicología social I**, plaza & Janes editores. S.A.
- Barrón, Ana. (1996) **Apoyo social: aspecto teórico y aplicaciones**, Madrid: siglo XXI
- Becoña, E. y cols. (1995) "Estado actual y perspectiva de la psicología de la salud". En **Revista psicológica contemporánea** N° 3, Vol. 2, Manuel moderno.
- Carranza, Aguilar M. /(1987) "**Definición de Comunidad**", Mecanograma, México. p. 4
- Carranza, Aguila M. y Almeida, A. E. (1995) "La psicología comunitaria". En: **La investigación participativa: una opción metodológica pata la psicología comunitaria**. México: UAP. – UADY.
- CEPAL L. Naciones Unidas (1966) **El desarrollo social de América Latina en la potsguerra**, Buenos Aires: Solar
- Corredor, Bertha (1962) **La familia en América Latina**. Bogotá: Instituto de estudios sociológicos.
- DECA - Equipo pueblo (1996) **La Sierra de Santa Catarina**. México: equipo pueblo.

- Di Nicola, Paola (1994). "El papel de las redes primarias en el control de la enfermedad y la protección de salud". En **Manual de sociología de la salud**. España: Díaz Santos.
- Donati, P: (1994) "La familia en el sistema de los servicios para la salud", En: **Manual de sociología de la salud**. España: Díaz Santos.
- Enrilich. Marc I. (1994) "Las necesidades psicosociales de la familia", En: **Los esposos, las esposas y sus hijos**. México: Trillas.
- Florence, Rosemberg S. (1994) "Redes sociales y migración" En: **Migración y salud mental**, México: ILEF.
- Flores, H. E. (1998) "El proyecto de salud de San Miguel Tetongo". En **Las mujeres de los grupos de salud en las organizaciones urbanas y populares**. Tesis de Maestría en Antropología social, México,
- García, I. Giuliani, F. et al (1994). "El lugar de la teoría en psicología comunitaria: comunidad y sentido de comunidad. En. **Psicología comunitaria**. México: U de G.
- González, Rey. (1982). **Personalidad**, Habana: Pueblo Nuevo.
- González, Rey. (1993). **Personalidad, salud y modo de vida**, México: UNAM.
- Hambrados, M.M. (1996) "Marcos teóricos en psicología comunitaria", En **Introducción a la psicología comunitaria**, España: Agiber.
- Harris, Christopher (1986) **Familia y sociedad industrial**, Barcelona : Península.

- Hernández, E. (1999, Marzo) Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas no transmisibles, En Grau, J. **Aspectos psicosociales del procesos salud enfermedad**. Simposium, México: UAM – I.
- Jacques, Lautrey (1985) **Clase social, medio, familias e inteligencia**, Madrid: Visor.
- Latorre, Lapostigo J. M. (1994) **Psicología de la salud**, Buenos Aires: Lumen
- Lomnitz, Larissa Adler (1983) **Como sobreviven los marginados**. México: siglo XXI.
- Lomnitz, Larissa Adler (1994) **Redes sociales cultura y poder; ensayos de antropología latinoamericana**. México: Porrúa.
- Musitu, G. (1993) "Comunicación y apoyo". En: **Psicología de la comunicación humana**. Argentina: Lumen.
- Novel G. (1995) La familia como sistema de apoyo. En: **Enfermería psicosocial y salud mental**, Barcelona: MASSON
- Nut beam Don (1996) "Glosario de Promoción de la salud". En: **Promoción de la Salud: Una Antología**. México: OPS
- Oliveira, Orlandina et al (1989), **Grupos domésticos y reproducción cotidiana**, México: Porrúa.
- OPS (1993) "La participación social en el contexto actual de América Latina . En: **La participación social en el Desarrollo de la Salud**. México: OPS.

- Rodríguez, Marín J. (1995) **Psicología de la salud**. Madrid: Síntesis.
  
- Romero, Teresa (1998, Octubre) **Epidemiología psicosocial** , curso efectuado en la UAM – I, Méx. D.F.
  
- Sainz, N. M. (1997) “El laboratorio en el acto” En **La disputa por lo público**: México: Editorial pueblo.
  
- Salle, Vanía y Tuirán, Rodolfo (1997) “Mitos y creencias sobre la vida familiar”. En: **La familia en la ciudad de México: presente, pasado y devenir**. México: Porrúa
  
- Selby, Henry A. Y Murphy, Arthur D. Et al. (1994) **La familia en el México urbano, mecanismos de defensa frente a la crisis (1978 – 1992)**, México: CONACULTA.
  
- Soifer, Raquel (1979) **¿Para qué la familia?**. Argentina: Kapelusz.
  
- Sussman. (1980) “La red familias del parentesco en la sociedad urbano industrial de los Estado Unidos”. En Michael Anderson: **Sociología de la familia**, México: F.C. E.

---

# ANEXO I

INSTRUMENTOS

## ANEXO I

### INSTRUMENTO I: ESTRUCTURACION DEL MEDIO AMBIENTE FAMILIAR.

NOMBRE DE LA MAMA \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

#### Número de personas que viven en su casa.

Adultos \_\_\_\_\_ Niños y adolescentes \_\_\_\_\_

#### En su casa viven:

Papas ( ) Suegros ( ) Tíos ( ) Hermanos ( ) Cuñados ( )

Primos ( ) Hijos ( ) Nuera ( ) Yernos ( ) Amigos ( )

#### a) ¿QUE HACEN CUANDO LES COMPRAN ROPA A SUS HIJOS?

- 1- Los dejan elegir la que ellos quieran
- 2- Eligen ustedes su ropa
- 3- Hablan con él para saber cual quiere, pero al final ustedes deciden cual comprarle.

#### b) ¿PUEDEN SERVIRSE DE COMER ELLOS SOLOS?

- 1- Pueden servirse, solo si usan trastes que no se rompan
- 2- Siempre les sirve usted, o una persona adulta.
- 3- Se sirven como quieren.

#### c) ¿EN LA MESA DURANTE LA HORA DE COMER?

- 1- No se levantan de la mesa hasta el final de la comida
- 2- Les permite que se levantes de la mesa, las veces que quieran, por que Pide permiso para hacerlo.
- 3- Se levantan de la mesa varias veces (por que no hay problema que lo Hagan o por que no hace caso de las ordenes de no hacerlo?)

#### d) ¿LA PLATICA DE SUS HIJOS A LA HORA DE COMER?

- 1- Los dejan hablar todo lo que quieran
- 2- Hablan sólo cuando tienen cosas interesantes que decir
- 3- Trata de evitar que hablen durante la comida.

#### e) EL REGRESO DE LA ESCUELA A LA CASA.

- 1- Pueden regresar solos a casa, pero en ocasiones, si es posible van por ellos.
- 2- Llegan solos a casa por que nadie puede ir por ellos
- 3- Siempre van por ellos a la escuela.

#### f) SE CAMBIAN EL UNIFORME.

- 1- Casi siempre, ya sea por que lo recuerdan o se los recuerda usted.
- 2- No se quitan el uniforme, lo traen puesto todo el día
- 3- Se lo quitan sólo si lo usaran al otro día.

#### g) LOS JUEGOS EN CASA

- 1- Juegan en el lugar que quieran, dentro de la casa



## ANEXO I

- 2- Juegan únicamente en los lugares que se les indique
  - 3- Frecuentemente juegan en los lugares que no de les permite, pero bajo algunas condiciones les permiten continuar.
- h) AL ORDENAR LOS JUGUETES
- 1- Ellos los guardan después de haber jugado, pero no importa si nos los guardan.
  - 2- guardan los juguetes, casi siempre después de jugar (por que les gusta hacerlo o por que usted se los ordena)
  - 3- Casi siempre dejan sus juguetes en cualquier lugar cuando terminan de jugar, y por eso los guarda usted.
- i) EL USO DE LAS TIJERAS..
- 1- evita que utilicen las tijeras, pues lo considera peligroso
  - 2- Utilizan las tijeras pero con algunas precauciones
  - 3- Usan las tijeras cuando quieren.
- j) ¿PUEDEN INTERRUMPIR LAS PLATICAS DE LOS ADULTOS?
- 1- Pueden intervenir cuando quieren en la plática de los adultos.
  - 2- Sólo pueden intervenir si lo que dicen está relacionado con la plática.
  - 3- Les ha enseñado a que no deben intervenir en las pláticas de adultos.
- k) LAS ACTIVIDADES DEL FIN DE SEMANA
- 1- Son casi siempre planeadas, siempre hay cosas por hacer.
  - 2- Hacen cualquier cosa, por que no planean que actividades ponerlos hacer.
  - 3- Sus actividades son muy pocas, casi no salen o siempre van al mismo lugar.
- l) CUANDO SALEN DE VACACIONES
- 1- No se alejan de nosotros.
  - 2- Todo el tiempo están lejos de nosotros
  - 3- Sólo se alejan cuando tienen confianza del lugar
- m) EL USO DE LOS CERILLOS
- 1- Usan los cerillos cuando quieren
  - 2- No los dejan encender los cerillos por que lo consideran muy peligroso.
  - 3- Usan los cerillos, pero sólo en algunas ocasiones.
- n) USTEDES COMO PADRES SE CONSIDERAN
- 1- Bastante ordenados
  - 2- Medianamente ordenados
  - 3- Más bien desordenados.
- ñ) ¿En general ustedes llevan una vida regular?
- 1- mantienen la costumbre y respetan los horarios
  - 2- Tienen horarios y costumbre pero aveces las cumplen y aveces no.
  - 3- Las respetan siempre, pero aveces es necesario recordárselas.
- o) ¿Respetan sus hijos las reglas de la casa?
- 1- Las respetas casi siempre, sin que sea necesario recordárselas

## ANEXO I

2-Es necesario recordárselas siempre

3- Las respeta siempre, pero aveces es necesario recordárselas.

p) De la siguiente lista escoja tres cualidades que desea tengan sus hijos.

1- cortesía

2- limpieza

3- bondad

4- trabajar bien en la escuela

1.- \_\_\_\_\_

5- respeto por los otros

2.- \_\_\_\_\_

6- espíritu crítico

7- honestidad

8- Independencia

9- curiosidad

10- perseverancia

11- obediencia.

q) De la lista de principios de educación, escoja los que considera son más importantes.

1- Darle confianza

2- Premiarlo cuando se porte bien  
y castigarlo cuando haga algo mal.

3- mandarle con tranquilidad

4- Ser estricto, para que se discipline

5- Darle mucha libertad

1- \_\_\_\_\_

6- Darle ejemplo

2- \_\_\_\_\_

7- Vigilar todo lo que hace

3- \_\_\_\_\_

8- Darle muchas responsabilidades

9- Evitarlo de malas compañías

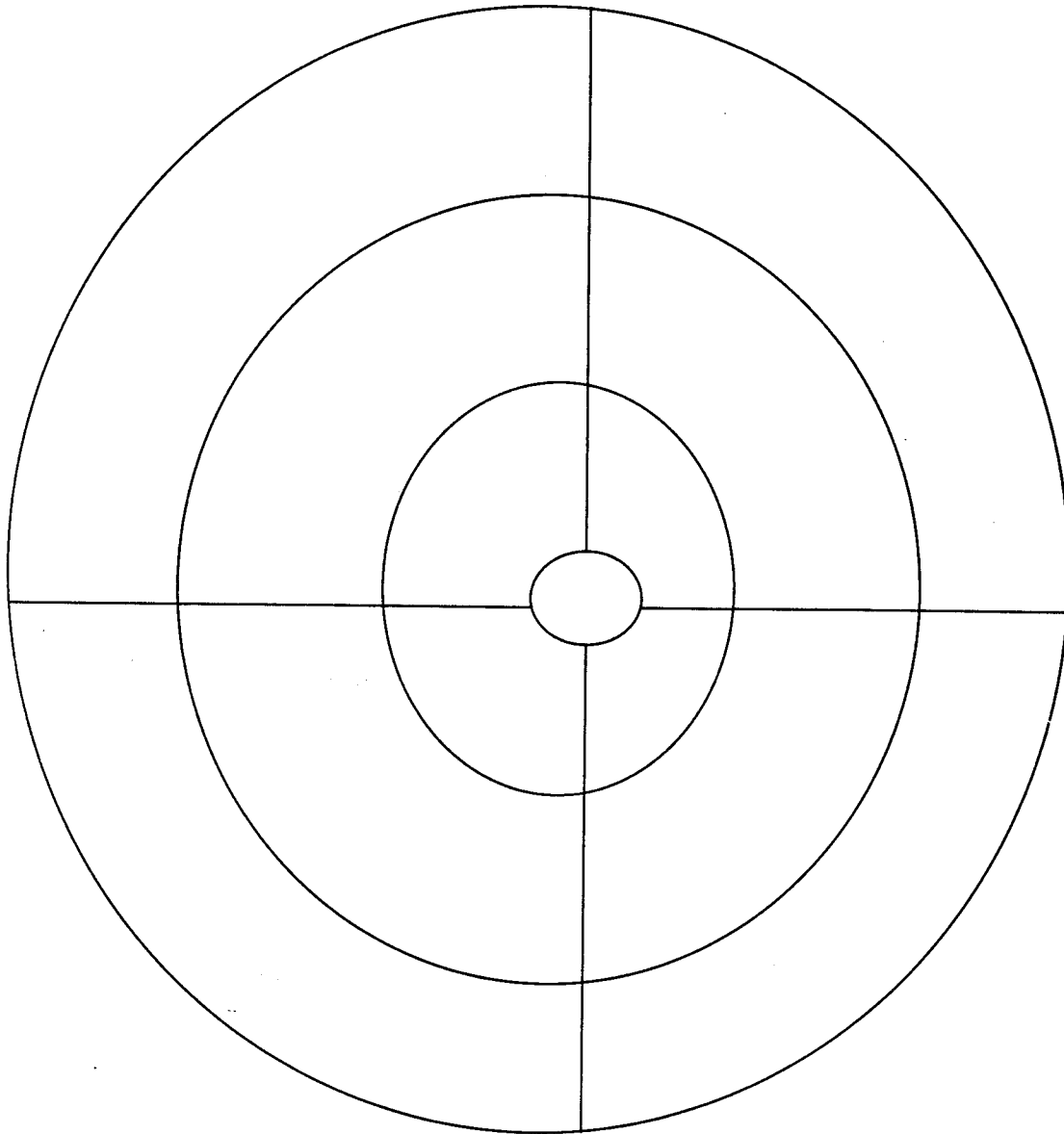
10- Usar estos principios según se el niño.

ANEXO I

INSTRUMENTO 2: REDOGRAMA

AMIGOS

FAMILIA



COMUNIDAD

TRABAJO

## ANEXO I

### INSTRUMENTO 3: ESCALA AUTOAPLICADA DEL ESTRÉS.

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

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

## ANEXO I

### INSTRUMENTO 4: ESCALA AUTOAPLICADA DE SOPORTE SOCIAL

**Instrucciones:** Marque con una "X", la respuesta adecuada a las situaciones presentadas a continuación.

#### 1.- LA RIÑA O EL PROBLEMA QUE HA TENIDO EN SU TRABAJO:

¿A cuantas personas se lo cuenta?

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

¿A cuantas personas le gustaría poder contárselo?

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

#### 2.- LOS FAVORES COMO PRESTAR ALIMENTOS, HERRAMIENTAS, UTENSILIOS DE CASA, CUIDAR NIÑOS, ETC.:

¿A cuantas personas se los hace?

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

¿A cuantas personas le gustaría poder hacérselos?

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

#### 3.- LOS AMIGOS O MIEMBROS DE SU FAMILIA LE VISITAN EN SU CASA:

¿Con que frecuencia lo hacen?

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

¿Con que frecuencia le gustaría que lo hicieran?

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

#### 4.- SUS PROBLEMAS PERSONALES:

¿A cuantos amigos o familiares se los cuenta?

- a) ninguno                      b) uno o dos                      c) tres a cinco                      d) seis o más

¿A cuantos le gustaría poder contárselos?

- a) ninguno                      b) uno o dos                      c) tres a cinco                      d) seis o más

#### 5.- EL PARTICIPAR EN GRUPOS SOCIALES DE SU COMUNIDAD O EN DEPORTES:

¿Con que frecuencia lo hace?

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

¿Con que frecuencia le gustaría hacerlo?

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

#### 6.- ¿TIENE ESPOSO (A) O COMPAÑERO (A)?

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

---

# ANEXO II

TALLER PARA PADRES PROMOTORES DE SALUD.

## ANEXO II

# TALLER PARA PADRES PROMOTORES DE SALUD

### OBJETIVOS:

1. Que los padres reconozcan que la salud es integral, esto es, que para lograr un estado de salud óptimo deben de tomar en cuenta los aspectos físicos, biológicos y psicológicos.
2. Que los padres adquieran no sólo los fundamentos sino también las herramientas para empoderarse de conductas saludables en sus familias
3. Que los padres, al terminar el taller, adquieran habilidades para facilitar a sus hijos las condiciones que les permitan lograr un estado óptimo de salud.

### TEMARIO:

- I. REDES SOCIALES
- II. APOYO SOCIAL Y SALUD
  - a) Función Instrumental: "Deberes mínimos de padres e hijos"
  - b) Función Emocional: "La importancia de expresar afecto"
  - c) Función de Estima: "Las caricias"
  - d) Función Informativa: "Escuchar empáticamente"
  - e) Función de Apoyo motivacional: ¿Qué tipo de padre soy con mi hijo?
  - f) Función de Compañía social: "Los padres crónicamente ocupados"
- III. COMUNICACIÓN ASERTIVA: HERRAMIENTA DEL APOYO SOCIAL.

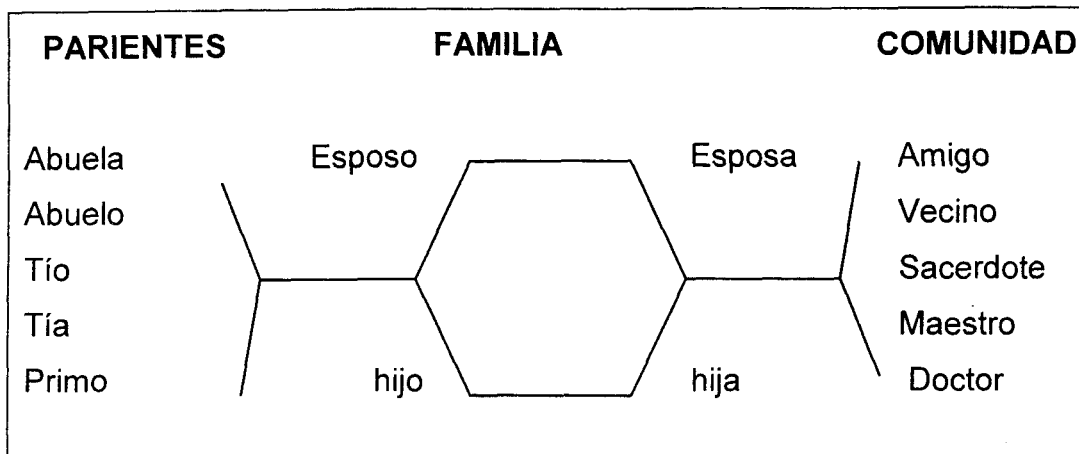
### MATERIAL:

- Rotafolios
- Lápices
- Instrumentos
- Cuestionarios impresos.

## ANEXO II

### TEMA I: REDES SOCIALES

Las redes sociales son los vínculos que construimos al relacionarnos con otras personas que viven y conviven en nuestro alrededor, si hiciéramos una lista de cada uno de estos vínculos seguramente formaríamos una red. Las diferentes relaciones que establecemos se dividen en cuatro ámbitos: la familia, los amigos, la comunidad y los compañeros de trabajo.



Estas redes tienen tres funciones: dar ayuda, consejo e información; sin embargo las circunstancias sociales nos llevan a perder nuestros vínculos arinconandonos en la soledad, situación que nos hace aislarnos en nosotros mismos. Las redes sociales son lazos con los que contamos para relacionarnos con las demás personas, y nosotros tenemos el poder de decidir cuando queremos mantener o deshacer esos lazos.

**ACTIVIDAD:** Visualizar de manera individual su red social.

**MATERIAL:** Hojas con "Redograma" y lápices.

**INSTRUCCIONES:** Dibuja tu red social, colocando el nombre de las personas según el lugar en que se ubiquen (familia, amigos, trabajo o comunidad), y de acuerdo a la profundidad, cercanía o lejanía que consideres se encuentran respecto a ti.

**PLENARIA**

- Nos percatamos del como estamos funcionando en diferentes niveles de la sociedad
- ¿El ámbito determina la intensidad del vínculo?



## ANEXO II

- ¿Cuál es el ámbito más enriquecido?
- ¿Qué ámbito me ha faltado enriquecer?

### TEMA II: APOYO SOCIAL

El apoyo social: es la ayuda proporcionada en situaciones de conflicto, es decir, es la ayuda material o emocional que nos dan los miembros de nuestra familia, parientes, amigos o colegas, así como la ayuda que nos proporcionan para la satisfacción de nuestras necesidades de socialización y actividades con otras personas, lo que nos ayuda a crear sentimientos de aceptación, estimación y valoración por uno mismo.

La familia es una de las fuentes principales que proveen de apoyo social a las personas, tanto en su niñez como en la edad adulta, etapa de búsqueda de su independencia. Hay elementos positivos que el Apoyo social Familias puede dar a las personas, tales como: Una relación familiar sana, prácticas educativas, métodos de disciplina adecuados, un ambiente emocional de apoyo, aceptación y respeto a las necesidades de las personas, una conducta creativa, recursos materiales y económicos suficientes, así como asistencia en momentos de crisis, entre otras.

El apoyo emocional que proporciona la familia es fundamental para el desarrollo psicológico de cada uno de sus integrantes, ya que al caer en extremos puede traer como consecuencia desequilibrios como: sobreprotección o abandono.

*ACTIVIDAD:* construcción del "Familiograma"

*MATERIAL:* hojas con "Familiograma" impreso y autodiagnostico de apoyo social y estrés

*PLENARIA:*

- ¿Cómo es nuestra relación con los integrantes de nuestra familia?
- ¿Cuál nos gustaría mejorar?
- ¿Qué situaciones me producen más estrés?
- ¿Con quién o quiénes cuento para que me brinden apoyo?

## ANEXO II

- ¿Cuál es la forma de apoyo que recibo con mayor frecuencia?

### **TEMA a) FUNCION INSTRUMENTAL: “Deberes mínimos de los padres e hijos”**

Todo padre de familia tiene obligaciones mínimas para con su hijo y éste para con sus padres, si los padres cumplen y el hijo no, éste pensara que le están regalando un servicio por nada: Darlo todo sin exigir nada es promover hijos atendidos y merecedores, pero en la vida hay que realizar grandes esfuerzos para obtener lo que se desea.

<b>DEBERES MINIMOS DE LOS PADRES</b>	
● ALIMENTACIÓN	● ASISTIR A LA ESCUELA
● HABITACION	● ESTUDIAR
● VESTIDO	● AYUDAR A LOS QUEHACERES DEL HOGAR
● ATENCION MEDICA	
● EDUCACION	
● AFECTO Y RESPETO	

*ACTIVIDAD:* resolver y discutir el ejercicio N°1

*MATERIAL:* Hojas y lápices

*PLENARIA:* Intercambiar opiniones por parejas.

### **TEMA b) FUNCION EMOCIONAL: “La importancia de expresar afecto”**

Dar para recibir; cuando damos dinero este se gasta, es decir, nos deshacemos de él, pero cuando damos afecto a los demás parece como si eso en lugar de vaciarnos nos llenara: Dar afecto llena a quien lo da, es como un manantial inagotable, nunca deja de fluir.

## ANEXO II

La expresión del afecto es sumamente importante para los seres humanos, se afirma que **existen dos hambres**:

- EL HAMBRE DE ALIMENTOS
- EL HAMBRE DE AFECTO

Ambas hambres son necesidades. Esto quiere decir que si no se satisfacen, el organismo no se desarrolla ni se siente bien, y en caso de carecer de este alimento podemos perecer.

N existe un solo ser humano que no tenga hambre de afecto, quizá alguien llevado por la amargura afirme que no necesite de nadie, pero no es cierto, **todos necesitamos de los demás**.

De todos los estímulos que existen, como los producidos por la luz y, temperatura, olores, o sabores, **el recibir afecto es el mayor de todos**. Aunque dar y recibir afecto es algo natural y todos somos capaces de darlo, la vida moderna limita mucho su expresión plena.

Se nos ha enseñado que los valores máximos de la vida son el dinero, el poder y el sexo, y para lograrlo nos olvidarnos de los demás, nos olvidamos de dar y recibir amor. Por eso es que **necesitamos aprender a dar y recibirlo**, y para empezar **basta con sonreír saludar, mirar, dar una palmada, o decir una palabra de afecto**.

*ACTIVIDAD:* Resolver el cuestionario "La importancia de expresar afecto?"

*MATERIAL:* Hojas con cuestionario impreso y lápices.

*PLENARIA:* Conversar en parejas sus respuestas.

## ANEXO II

### TEMA c) FUNCION DE ESTIMA: "Las caricias"

La estima se refiere a la valoración, reconocimiento y afirmación de las personas,. El sentirse devaluado o indeseable es, en la mayoría de los casos, la base de los problemas humanos, Es terrible pensar que hay gente que mueres sin haberse dado cuenta de sus talentos, sin descubrirlos ni desarrollarlos.

Una forma en que los seres humanos nos dirigimos a otra persona para tomarla en cuenta son las caricias. En este sentido podemos dirigirnos a los demás con una palabra, un gesto, un escrito, etc.. y podemos hacerlos con amabilidad o agresión y hasta con desprecio.

Los tipos de caricias que se combinan son:

COMPRÓ..." POSITIVAS	{ CONDICIONADAS... "SI APRUEBAS TUS MATERIAS TE INCONDICIONADAS... "TE QUIERO MUCHO".
NEGATIVAS	{ Condicionadas... "Eres un imbécil, mira que calificaciones" Incondicionadas... "Lárgate me caes gordo".
MIXTAS	{ Condicionadas..."Que bueno, maldito panzón".. Incondicionadas.."No me abrases que me lastimas"

**ACTIVIDAD:** Resolver el cuestionario "Mis caricias".

**MATERIAL:** cuestionario impreso y lápices.

**PLENARIA:** Comentar sus respuestas por parejas".

## ANEXO II

### TEMA d) FUNCION INFORMATIVA: “Escuchar empáticamente”

Informar se refiere al proceso a través del cual las personas reciben información, consejos o guía relevante que las ayude a comprender su mundo y/o ajustes a los cambios que existen en él, sin embargo, como padres ante los conflictos de los hijos que necesitan tomar una decisión o solucionar algún problema, solemos, en ocasiones tomarnos las responsabilidades y hacernos responsables de su problema. Es conveniente por ello que se valore la complejidad del problema y se evite resolver lo que su hijo puede y debe resolver, para que esto sea posible, es necesario que los padres le proporcionen información, dándole posibles alternativas y soluciones a su problema.

Nuestra época tiene, a diferencia de otras, la difusión instantánea de los más variados tipos de información a todo el planeta: satélites transmisores en órbitas innumerables, la radio, el teléfono inalámbrico, los diarios, las revistas y el internet.

¿Por qué entonces se habla del síndrome de la soledad, en nuestra época?, Sucede que las relaciones entre las personas, dentro de la familia, con la pareja, con los amigos, etc., cada cual cuenta su película y nadie escucha. Cada uno habla su propia verdad y/o realidad dándole a este siempre la mayor importancia, sin cuidado alguno de entender y mucho menos comprender la verdad y realidad de los otros.,

*Trampas en el intercambio de la información:*

- Dar información sin que exista la escucha y la comprensión
- La información en monólogo
- Etiqueta desde la experiencia.
- Tratar de imponer mis puntos de vista (manipulación)
- Aconsejar desconfiando de la capacidad del otro
- Reaccionar en lugar de actuar (cambiar al otro)

*Información efectiva:*

- Ser claro y sencillo

## ANEXO II

- Darnos el derecho a ver diferente la misma realidad y aprender de estas diferencias
- Escuchar empaticamente: que significa estas en compañía significativa, comprensiva y afectuosa.

**ACTIVIDAD:** Resolver cuestionario "Escuchar empaticamente"

**MATERIAL:** cuestionario impreso y lápices.

**PLENARIA:** intercambio de ideas por pareja.

### **TEMA e) FUNCION DE APOYO MOTIVACIONAL: ¿Qué tipo de padre soy con mi hijo?**

El apoyo motivacional, consiste en animar, estimular y reafirmar, sin embargo este se encuentra regulado en gran parte por el carácter que predominado en nuestra personalidad, como padres suelen tomar actitudes determinadas según esta caracteriza el tipo de autoridad que usen con sus hijos.

<b>PADRE CRITICO</b> Se le percibe como enérgico	<i>POSITIVO:</i> Firme, justo, serio, responsable, protector, permite el diálogo e inspira respeto. <i>NEGATIVO:</i> Autoritario, despótico, gritón, enojón, humilla y puede llegar a golpear, se enoja y exalta con facilidad e inspira miedo.
<b>PADRE NUTRICIO</b> Permite Se le percibe como amable y cariñoso	<i>POSITIVO:</i> Afectuoso, comprensivo, persuasivo, cariño, fallar e inspirar amor. <i>NEGATIVO:</i> Solapador, consentidor, indiferente, débil de carácter e inspira menosprecio.

Es importante señalar que no existen tipos puros, cada padre es una combinación de estos cuatro tipos, sin embargo cada cual actúa según el tipo en que permanece la mayor parte del tiempo.

## ANEXO II

Es necesario cambiar algún aspecto pequeño de su conducta durante un tiempo definido (1 a 3 meses), resulta conveniente cambiar el uso de palabras ofensivas o los gritos y agresiones con una frase no humillante.

Las conductas negativas de mi comportamiento con mis hijos puede cambiar al incluir mensajes motivadores tales como: ¡tu vales!, ¡Cuenta conmigo!, ¡Tu me importas!, ¡Puedes confiar en mí!

*ACTIVIDAD:* Construir su egograma de manera individual.

*MATERIAL:* hojas impresas con "egograma" y lápices.

*PLENARIA:*

- ¿Cuál es la forma de dirigirme hacia mis hijos con más frecuencia?
- ¿Qué puedo hacer para mejorar?

### **TEMA f) FUNCION DE COMPAÑÍA SOCIAL: "Los padres crónicamente ocupados".**

La compañía social es la proximidad, disposición e interacción positiva entre los seres humano. De manera que es bastante claro que en la familia, no basta con que cuente con todo y en abundancia si se carece de afecto, de comunicación positiva y de tiempo dedicado a los hijos.

No es suficiente con que los padres estén presentes en sus hogares, que no maltrate a los hijos y que les garanticen una buena escuela. Los padres crónicamente ocupados educan hijos resentidos que buscan refugio y calor en los amigos, que buscan evadir su vacío y soledad en el diversionismo.

Es necesario que los padres dediquen un tiempo a sus hijos durante la semana, les pregunten acerca de sus estudios, estar atentos a sus cambios emocionales, sentarse al lado de su cama, platicar con ellos, ser capaces de tocarlos y abrazarlos, darse tiempo para ir juntos al parque, al cine, etc.

*ACTIVIDAD:* Resolver cuestionario de "Padres crónicamente ocupados".

## ANEXO II

*MATERIAL:* Cuestionario impreso y lápices.

*PLENARIA:* Grupal.

### **TEMA II COMUNICACIÓN ASERTIVA: HERRAMIENTA DEL APOYO SOCIAL**

Los mensajes de apoyo se transmiten a través de mensajes verbales y no verbal, un abrazo, una expresión de ánimo, con el rostro, podría comunicar un mensaje similar al de la expresión: “estoy contigo”.

La comunicación en si misma puede ser la forma más efectiva de reducir el sufrimiento psicológico, la mejor fórmula para acercarnos a ese ideal de bienestar físico y social que todos tenemos. La comunicación entre las personas constituye un poderoso determinante del bienestar, incluyendo en los aspectos como la satisfacción, la calidad de vida, la salud.

La comunicación asertiva es expresar honesta y claramente lo que pensamos y sentimos en el momento oportuno, sin ofender, ni amenazar a otros.

*ACTIVIDAD:* Realizar ejercicio estructurado. De posición corporal en la comunicación.

#### *INSTRUCCIONES:*

- Con su pareja inicie una conversación del tema que desee, (los interrumpiré para darles algunas instrucciones), deben de estar frente a frente y hablar sin dejarse de mirara a los ojos.
- Ahora Coloquen sus sillas respaldo con sillas respaldo con respaldo y continúen su conversación. “Ahora voy a interrumpirlos”.
- Uno de los miembros se pondrá de pie (o se sube a una silla), y el otro se sienta en el suelo cerca de los pies de su compañero que esta de pie, (a los 5 minutos se cambian de posición).
- Ambos de pie frente a frente cada uno mira a su pareja por encima del hombro, mientras continúan su plática.



## ANEXO II

- Las parejas se sientan frente a frente y viéndose a los ojos pueden tomarse de la mano si así lo desean y permanecen en silencio.

### *PLENARIA:*

- ¿Qué ocurría con la calidad del diálogo, cuando estaban en diferentes posiciones.
- ¿Cuánto le costo poder oír a su pareja?
- ¿Cuáles fueron los sentimientos y pensamientos que cada cual tuvo sobre sí mismo?
- ¿Cuáles fueron los pensamientos que tuvieron de su pareja?
- ¿Qué parecido notaron entre estos ejercicios y sus actividades diarias?

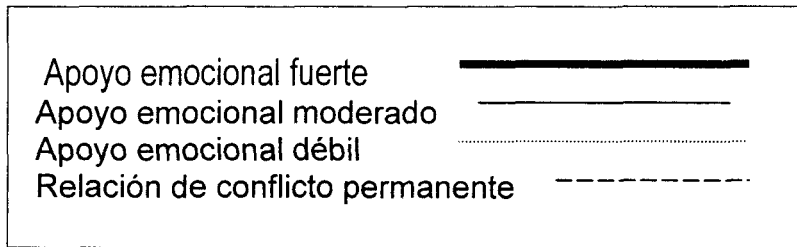
ANEXO II

MATERIAL  
DE  
TRABAJO

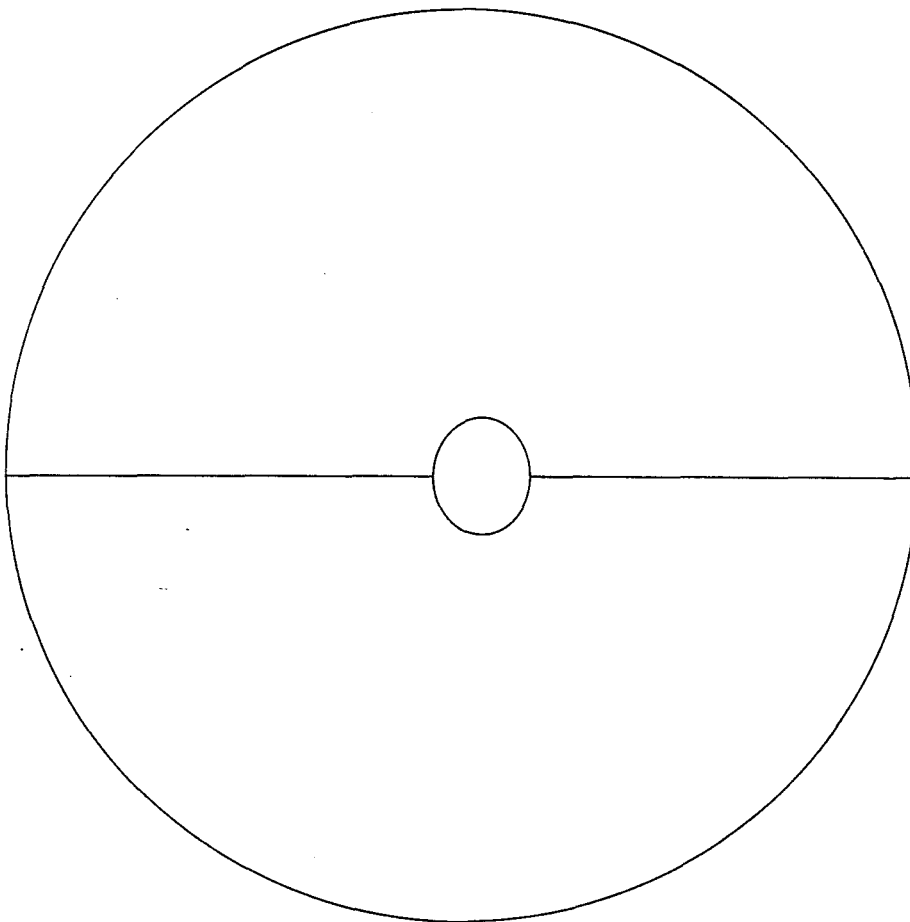
## ANEXO II

### FAMILIOGRAMA

Instrucciones: elabora tu diagrama de apoyo emocional, usando las líneas con el siguiente significado.



FAMILIA



AMIGOS

## ANEXO II

### EJERCICIO N° 1

DEBERES MINIMOS DE LOS DEBERES MINIMOS DE LOS HIJOS PADRES	
• ALIMENTACIÓN	• ASISTIR A LA ESCUELA
• HABITACION	• ESTUDIAR
• VESTIDO	• AYUDAR A LOS QUEHACERES DEL HOGAR
• ATENCION MEDICA	
• EDUCACION	
• AFECTO Y RESPETO	

**¿Usted le cumple a sus hijos con esos seis deberes mínimos?**

DEBERES	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	¿QUÉ LE IMPIDE CUMPLIR?
Alimento				
Habitación				
Vestido				
Atención médica				
Educación				
Afecto y respeto				

### CUESTIONARIO : “La importancia de expresar afecto”

**Instrucciones:** responda a las preguntas, relájese e imagínese que esta frente a una persona, la que usted desee platicarle la respuesta a estas preguntas. (dese cuenta de sus sentimientos y permítase sentirlos)

**¿A quién expresa su afecto?**

Mis hijos ( ) Mi esposo ( ) Mis familiares ( ) Mis amistades ( )

**¿Cómo se lo expresa?**

## ANEXO II

Con la mirada ( ) Sonriendo ( ) una palmada ( ) un abrazo ( )  
Con palabras de afecto ( )

### ¿Cada cuándo?

Diariamente ( ) Una vez a la semana ( ) De vez en cuando ( )

### De las personas que usted ama, ¿a quién no les expresa suficientemente su afecto?

Mis hijos ( ) Mi esposo ( ) Mis familiares ( ) Mis amistades ( )

### De las personas que lo aman, ¿Cuál es la que expresa más su afecto?

Mis hijos ( ) Mi esposo ( ) Mis familiares ( ) Mis amistades ( )

### ¿Cómo se lo expresan?

Con la mirada ( ) Sonriendo ( ) una palmada ( ) un abrazo ( )  
Con palabras de afecto ( )

¿Se siente usted suficientemente amado (amada)? SI ( ) NO ( )  
¿por qué?

\_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO :“Las caricias”

Expreso mi afecto a mis hijos SI ( ) NO ( )

¿Cómo? \_\_\_\_\_

Las caricias que mis hijos suelen darme son:

Caricias positivas rara vez ( ) algunas veces ( ) siempre ( )

Caricias negativas rara vez ( ) algunas veces ( ) siempre ( )

Caricias mixtas rara vez ( ) algunas veces ( ) siempre ( )

### Doy a mis hijos:

TIPOS DE CARICIAS RARA VEZ ALGUNAS VECES SIEMPRE

Positivas incondicionadas

Positivas condicionadas

Negativas incondicionadas

Negativas condicionadas

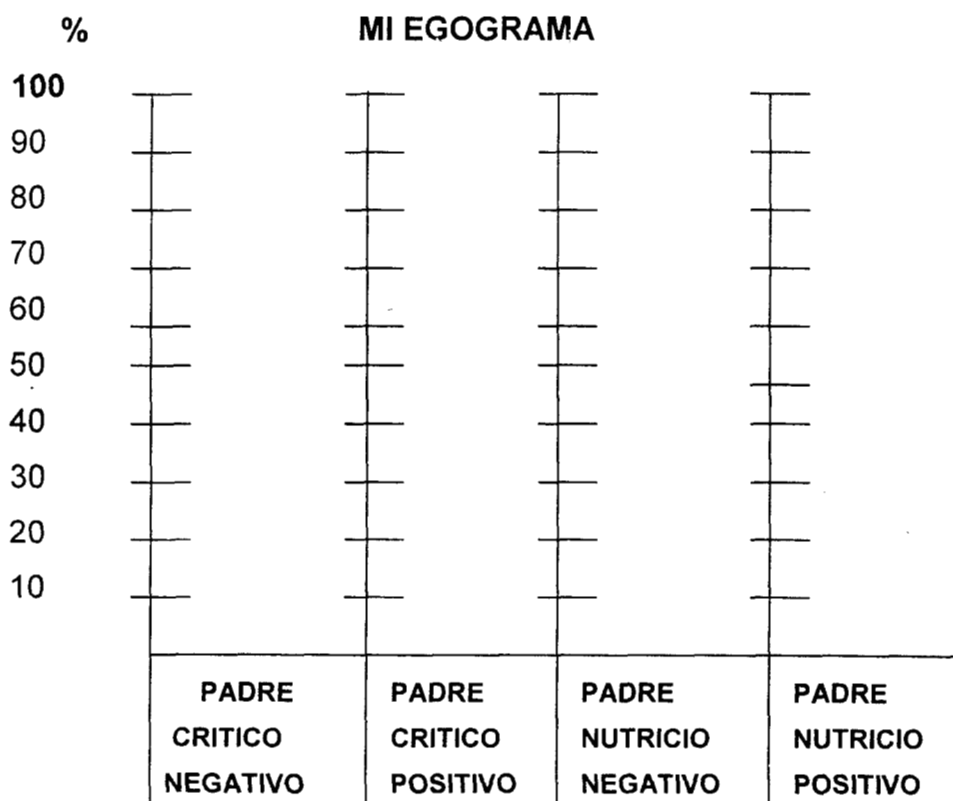
Mixtas

## ANEXO II

### CUESTIONARIO: "Escuchar empáticamente".

Marque con una "X" la frecuencia con que le sucede cada una de las siguientes afirmaciones.

YO....	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
Le doy consejos a mis hijos			
Tengo la respuesta a todas sus preguntas			
Trato de que sigan mis consejos, tal cual se los doy			
Tengo tiempo para escuchar a mis hijos			
Cuando los aconsejo siento que los confundo			
Me molesta que me pregunten			
Se cuando mis hijos tienen alguna duda			
Me informo para poder responder sus dudas			
Me falta tiempo para aclarar sus dudas			



## ANEXO II

Con base a mi "egograma", encuentro que suelo comportarme con mis hijos:

TIPO DE PADRE	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
Padre crítico negativo			
Padre crítico nutricional			
Padre nutricional negativo			
Padre nutricional positivo			

### CUESTIONARIO: "Los padres crónicamente ocupados"

**INSTRUCCIONES:** Resuelva las siguientes preguntas y reflexione:

**Durante la semana ¿qué tiempo dedico a mis hijos?**

De 10 a 30 min. ( ) De 1 a 2 hrs. ( ) De 3 o más hrs. ( )

**Si les dedico algún tiempo ¿qué acostumbro hacer?**

Jugar ( ) Revisar tareas ( ) Labores de casa ( ) pasear ( )

**¿Cómo los trato? Soy ...**

Autoritario ( ) Gritón ( ) Consentidor ( ) Solapador ( ) Firme ( )

Justo ( ) Amoroso ( ) Cálido ( )

**¿Les expreso el afecto que siento por ellos?**

Rara vez ( ) Algunas veces ( ) siempre ( )

**Si se los expreso, ¿Cómo lo hago?**

Con miradas ( ) Con palabras ( ) Con palmadas ( )

Con regalos ( ).

**¿Acostumbra a platicar con sus hijos?**

Rara vez ( ) Algunas veces ( ) siempre ( )

**¿Conoce los temores, dudas y proyectos de sus hijos? SI ( ) NO ( )**

¿Cuáles son? \_\_\_\_\_.

**¿Qué calificación se pone como padre, del 0 al 10? \_\_\_\_\_.**

¿Por qué? \_\_\_\_\_.