

## ***Modelo Metodológico para Desarrollar Equipos Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud***

**María Luisa Rojas Bolaños<sup>1</sup>**  
**Maria Teresita Castillo León**  
**Rebelín Echeverría Echeverría**  
**Julia Alejandra Candila Celis**

*Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México*

### **Compendio**

La mejora en la calidad de los servicios en atención primaria de la salud es un reto constante que implica la capacitación continua del personal dedicado a ella. El objetivo de este trabajo es presentar el desarrollo de una propuesta metodológica para el promover competencias profesionales que faciliten el trabajo en equipos interdisciplinarios en personal de tres unidades de salud de primer nivel de atención en Mérida, México. Es un modelo desarrollado desde el enfoque de la Investigación Acción Participativa que contó con la colaboración de 60 integrantes del personal pertenecientes a las disciplinas de medicina, enfermería, psicología, nutrición y rehabilitación, entre otras. Los resultados desglosan las tres fases del modelo con las lecciones y niveles de comunicación realizados de acuerdo con la propuesta teórica metodológica de Fals Borda (1985, 2001). Se analizan los principales logros y los puntos de mayor dificultad que se presentaron en el desarrollo del modelo.

*Palabras clave:* Trabajo en equipo; Interdisciplina; IAP.

### **Methodological Model to Develop Primary Health Care Interdisciplinary Workteams**

#### **Abstract**

To improve the quality in Primary Health Care centers is a permanent challenge that requires of the continuous capacitating strategies for its personnel. The aim in this paper is to present the development of a methodological model to promote professional competences for interdisciplinary teamwork in personnel of three different first level health centers in Mérida, México. It is model proposal based on the Participatory Action Research perspective in which collaborated 60 members of the personnel of different disciplines such as nursing, medicine, psychology, nutrition and rehabilitation. The results include the three phases of the model, and the lessons and communication levels proposed in the theoretic and methodological proposal by Fals Borda (1985, 2001). We analyze the main goals obtained and the difficulties as they occurred during the model development.

*Keywords:* Team work; Interdisciplinary; PAR.

Contrarrestar la deficiente calidad de la atención a la salud y la ineficiencia en la producción de servicios, están consideradas como los más grandes y complejos retos que enfrentan en la actualidad las organizaciones prestadoras de servicios de salud en México. El problema se hace más complejo cuando se incluyen entre las funciones de los servicios públicos de salud la de contribuir a la formación de nuevos profesionales directamente en escenarios reales, en los cuales, pese a que son espacios propicios para el aprendizaje y para la investigación, en la mayoría de los casos, el personal a cargo no posee la formación para desempeñar eficientemente estas tareas (Nigenda, 2000). Estos son hechos que ratifican la estre-

cha interacción entre práctica y formación profesional, donde se crean círculos iterativos, en los cuales la calidad de una, depende directamente de la otra.

No es frecuente que para solucionar estas deficiencias cuantitativas y cualitativas de los servicios de salud, se considere como opción las posibilidades que el trabajo interdisciplinario puede brindar para mejorar la calidad en la resolución de los distintos problemas que se enfrentan en la atención a la salud. En parte se debe a que, de hacerlo, se obligaría a estudiantes, docentes y personal de servicios a manejar diversos marcos teóricos y metodológicos, lenguajes y destrezas de diferentes disciplinas para poder comprender y/o solucionar los problemas planteados con el propósito de permitir contrastar diferentes puntos de vista, así como atender y respetar los valores y aportes de cada disciplina.

La capacitación en el trabajo es una actividad bastante común para mantener actualizados a los trabaja-

<sup>1</sup> Dirección: Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología, Calle 31-A, 300, Fracc. San Esteban, C.P. 97149, Mérida, Yucatán, México. E-mail: rbolanos@uady.mx

dores. Se recurre a la educación continua – como un mecanismo de resocialización –, a fin de actualizar en las nuevas tecnologías, valores, ideologías y actitudes muchas de ellas vinculadas a las políticas públicas, esperando que lo aprendido se aplique en la práctica institucional (Fernández, 2001). La mayoría de estos procesos educativos formales promovidos institucionalmente, no son evaluados; se desconoce el grado del cumplimiento de su objetivo en cuanto a la aplicación de los aprendizajes así como las situaciones asociadas. Nuestra experiencia como educadoras, permite señalar que la mayor dificultad para lograr el cambio de conductas y actitudes después de una experiencia educativa ha sido no considerar que habrá diferentes grados de resistencia al cambio – o de apertura al mismo, con una visión optimista – en consecuencia, pocas veces se desarrollan estrategias eficaces que permitan comprender y enfrentar con mayor éxito esta respuesta socio cultural por demás esperada.

La intervención psicosocial, es una estrategia a través de la cual se espera lograr cambios en las personas frente a un determinado fenómeno. Para ello se consideran diversos aspectos como los cognitivos, conductuales, estructurales, afectivos, de habilidades, actitudes y valores, se espera la resistencia al cambio y se cuenta con mecanismos para mejorar cada situación (Prochaska & DiClemente, 1982, 1992). Y aún cuando la mayoría de las veces no se explicitan las teorías cognitivo-sociales y del comportamiento a partir de las cuales se apoya o fundamenta la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones, éstas regularmente se sustentan en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987) o la teoría de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1980).

Ante la necesidad de identificar las características y tipo de competencias de un grupo laboral y luego avanzar en el dominio de las mismas o, en su caso, iniciar su desarrollo (reconociendo que la apertura a las nuevas formas de práctica profesional será variable), en el presente trabajo se proponen una serie de estrategias que permitan abordar e identificar las prácticas profesionales de atención a la salud que prevalecen en tres diferentes dependencias públicas del primer nivel de atención en salud, así como la etapa de apertura para incorporar cambios que favorezcan el trabajo en equipos interdisciplinarios. Por lo complejo que resulta el desarrollo de competencias para este tipo de trabajo, se hizo necesario contar con una estrategia que no generase falsas expectativas entre los participantes, sino más bien que invitara a la participación, que fuese capaz de convocar a todos los actores involucrados (Zemmelman, 1997), independientemente de su quehacer profesional en el área de la salud (enfermería, medicina, nutrición, odontología, psicología, rehabilitación, entre otras). Por lo tanto, se ha abordado desde la promoción de la salud, ya que significa dar una nueva impronta a las prácticas profesionales

que con enfoque tradicional se realizan en las unidades de salud el problema – al mismo tiempo que proponer una posibilidad real de solución.

A partir de lo anterior, y desde un enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP), se pretende desarrollar un modelo metodológico que permita la capacitación para que este personal se desempeñe en equipos de trabajo interdisciplinario para la Promoción de la Salud (dentro de un enfoque de Atención Primaria de la Salud). Después de considerar el grado de apertura o de sensibilidad al cambio en que el grupo se encuentre, la eficacia lograda debe permitir proponerlo para ser utilizado en otras experiencias de capacitación.

### Antecedentes

Un elemento básico, y bajo el enfoque vigotskiano (Moll, 1995), ha sido partir de la construcción social de la realidad y comprender la manera en que se generan y transmiten los conocimientos y la cultura, así como el papel de los diferentes actores sociales, adoptados o asignados. Esto considerando que el conocimiento que tenemos de la realidad se encuentra influido por el principio de incertidumbre racional debido a la participación de los sentidos en su generación, haciendo que tal conocimiento no sea una imagen fiel de la realidad, sino la manera en que los sentidos nos permitieron percibirla. A la parcialidad originada por nuestras percepciones se agregan las limitaciones disciplinarias para definir, comprender y explicar los fenómenos de la realidad, es decir, las ideas, las teorías y los paradigmas que sirven de guía para apropiarnos del mundo real (Morín, 1994). Bajo esta perspectiva, el llamado conocimiento científico es resultado de la traducción y reconstrucción de la realidad en la cual, nuestra subjetividad ha intervenido modelando la manera de ver y de comprender los fenómenos, a la cual se han incorporado los deseos y los intereses personales y de grupo que son diferentes en cada sociedad y momento. Así entonces, la realidad es histórica y constituye un campo de acción donde se producen o generan otras realidades, donde cada persona, en su calidad de sujeto social tiene las posibilidades de construir tanto la historia como el conocimiento (Zemmelman, 1997).

La visión vigotskiana relacionada con que el aprendizaje implica el entendimiento e internalización de los símbolos y signos de la cultura y del grupo social al cual se pertenece, da origen al modelo de enseñanza situada en donde cobra importancia la actividad de las personas que actúan en contextos determinados (Rogoff, 1993; Vigostky, 1988). Así, el conocimiento se sitúa, es resultado y componente de la actividad, del contexto y la cultura en que se genera, donde se utiliza y valora. A partir de ello, se concede gran importancia a las dife-

rentes formas espontáneas, alternas y extraescolares de aprehensión del conocimiento, como puede ser la propia experiencia o las experiencias de pares (Díaz Barriga, 2003). De este modo, desde hace varias décadas se acepta que la escuela no es el único lugar donde ocurre el aprendizaje, ya que éste involucra tal cantidad de factores e interrelaciones entre sí, que escapa a las estructuras de un sistema formal educativo (Bourdieu, 1997). De este modo, la educación incluye otros espacios, servicios e instituciones, dejando de ser sinónimo de escolaridad. En este sentido, se necesita una comunidad de referencia en la que la actividad y los sujetos se inserten, de las normas o reglas de comportamiento y de aquellas que establecen la división de tareas en la misma actividad, debido a que no existe una realidad independiente del observador; ésta es co-construida por todos los participantes del proceso educativo (Díaz Barriga, 2003).

Por otro lado, al concebir a la realidad como una construcción histórico social adquiere su peso justo la generación del conocimiento liberador, propuesto por Freire (1970) y otros autores latinoamericanos y de otras latitudes, a través de la Investigación Acción Participativa (IAP), el paradigma de la cognición situada que reconoce al conocimiento como intencionado, auténtico y que deviene de las prácticas cotidianas de la cultura. La IAP permite la articulación dialéctica entre sujeto y realidad al ubicarse en un momento histórico y alcanzar la dimensión ética en la generación y uso del conocimiento de quienes viven esa realidad concreta, aceptando y valorando así, la diversidad en los métodos y las técnicas para la generación del conocimiento.

En la IAP, la participación de sus actores es horizontal bajo la premisa de que los saberes que se poseen, son igualmente valiosos. Además, cuando investigadores y comunidad poseen un mismo propósito, la relación es de colaboración con un efecto sinérgico que puede llegar a concretarse en una acción determinada, completando el circuito de establecer y reconocer las dimensiones del problema, sus características, las contradicciones estructurales y las potencialidades transformadoras de la acción colectiva combinada. En la IAP el proyecto pertenece a ambas partes (aún cuando las estructuras sociales dominantes hacen que en muchas ocasiones sea la academia quien de los primeros pasos) y responde a las mismas aspiraciones: mejorar determinadas situaciones concretas (Fals Borda, 2001).

En la IAP, la generación de un conocimiento liberador nace del propio conocimiento popular y se hace explícito, crece, se desarrolla y se estructura, en un proceso de investigación llevado a cabo por las propias personas interesadas, en el cual, quien participa es aprendiz de su propia historia y de la realidad que le rodea y al mismo tiempo se transforma en promotor de su cul-

tura en todos los sentidos. Quienes investigan desde la academia, tienen tan solo el papel de catalizar o aportar las herramientas metodológicas que permitan a un grupo de usuarios, el rescate y sistematización de esos conocimientos globales y explicativos de problemas concretos de su propia realidad, favoreciendo la memoria colectiva y el rescate del saber popular, la práctica cotidiana y las alternativas de solución que utiliza cada grupo social.

Dentro de este enfoque, tanto la generación del conocimiento como el resultado final del mismo, se orientan a establecer o consolidar una estrategia de cambio (acción), al mismo tiempo que se crean las condiciones para que las personas puedan realizarlo (poder político.) Por lo que, finalmente, la generación del conocimiento y su aprendizaje las faculta o empodera para participar activamente, de manera reflexiva y crítica y actuar con responsabilidad en torno a los asuntos que se consideren relevantes en su comunidad. Todo ello con miras a que se conecten o establezcan relaciones con otras iniciativas similares y generen un entramado horizontal y vertical (formación de redes) que fortalezca y vitalice el proceso, haciendo más viable la transformación social (Espinoza, 2000). Que en el caso del presente estudio se materializa en las prácticas de atención integral a la salud, mediante el trabajo en equipos interdisciplinarios.

Destacamos que son los aportes teóricos metodológicos de la IAP (Fals Borda, 2001; McTaggart, 1997; Pirch, 1998) los que guían este proyecto y nos permiten alcanzar un desarrollo analítico sobre la realidad de tres grupos laborales que se desempeñan en instituciones públicas de salud. Al mismo tiempo que se mantiene la filosofía de la acción y la transformación social al esperar que el proceso reflexivo fortalecerá – empoderará – a este grupo de profesionales que, por su inscripción en el sistema nacional de la salud mexicano, aparecen y se perciben como marginales y poco valorados profesional e institucionalmente por estarse desempeñando en servicios ambulatorios del primer nivel dirigidos a población abierta, a pesar de los discursos oficiales acerca de la trascendencia de la atención primaria de la salud.

Debido a que las y los participantes son personal operativo de tres dependencias públicas del sector salud, que han desarrollado o elaborado significados compartidos que definen su cultura organizacional (Robbins, 1999), el punto está en establecer de qué forma la experiencia se torna significativa, a partir de cómo los individuos interpretan y entienden sus experiencias y de qué forma su interpretación está ligada a las acciones y de cómo los grupos y sus líderes comparten las actividades. Pueden tomarse, como ejemplos, los mecanismos o dinámicas que adoptan en la ejecución de proyectos y programas, el valor y jerarquía otorgada a los saberes pro-

fesionales e individuales que es independiente a los puestos de gerencia y la participación que se da entre los diferentes estamentos que las componen. Algunos autores señalan que en la cultura organizacional existe a un alto nivel de abstracción y se caracteriza porque condiciona el comportamiento de la organización, haciendo inconscientes muchas actitudes que unen a la gente, influyendo en su modo de pensar, sentir y actuar, que en conjunto funcionan como un sistema dinámico, cambiante y dentro del cual se da la auto retroalimentación (Tristá, 1997). En el nivel micro – cada unidad – si bien, la cultura institucional propia al sector público de salud permea a través de los sistemas normativos y mantiene las estructuras de poder, también adopta características diferentes como ritos, costumbres, mitos y tabúes compartidos y sustentados socialmente que hacen que el poder se difunda a través del cuerpo de la organización y se manifieste en determinadas prácticas, relaciones intra grupales, dependientes de las características personales individuales, la profesión y la antigüedad en el puesto y en la dependencia. La eficacia se basa en la capacidad de ocultar las contradicciones mediante una dinámica de adaptarse al grupo y sus costumbres o permanecer marginal y excluido del mismo.

Entonces, al planear una estrategia efectiva de intervención al interior de una institución, la cultura organizacional requiere estar presente de forma explícita y en toda su magnitud y no marginalmente, como suele ocurrir. En este sentido, debe orientarse a propiciar relaciones de poder diferentes, a partir precisamente, del poder mismo que está implícito en la propia intervención.

### Método

#### Participantes

En la construcción del modelo para el desarrollo de competencias profesionales para el trabajo en equipos interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud participaron 60 integrantes del personal de laboran en unidades de salud de primer nivel de atención: una perteneciente al Ayuntamiento, otra a los Servicios de Salud de Yucatán y la tercera es una unidad universitaria. Todas ellas tienen como elemento común que se desarrollan dentro del Programa UNI/Mérida, el cual estuvo originalmente financiado por la Fundación Kellogg y que apostaba por un trabajo de parcería en promoción de la salud con tres actores: la universidad, los servicios de salud y la comunidad.

Fueron 20 participantes en promedio por cada unidad de salud (22, 20 y 18) y entre ellos se encontraban hombres y mujeres profesionales de medicina, psicología, enfermería, odontología, nutrición y rehabilitación, así como prestadores de servicio social de estas mismas disciplinas, pero también de antropología y derecho.

Antes de iniciar el trabajo diagnóstico se visitó cada una de las unidades para presentarles de manera detallada el proyecto, resolver sus dudas respecto al mismo y solicitarles su participación libre y voluntaria. Evidenciar la importancia del proyecto por realizar fue una tarea relativamente importante dado que las tres facilitadoras hemos laborado como asesoras académicas del programa, nos conocen y con los integrantes de cada unidad hemos comentado, discutido y reflexionado sobre la importancia del Trabajo en equipos, la interdisciplina, los obstáculos para lograr un trabajo de este tipo, por lo que era una necesidad sentida particularmente en dos de las unidades participantes.

El consentimiento informado y la participación libre y voluntaria fueron aspectos privilegiados desde un principio. Se les hizo saber que su participación no formaba parte de sus obligaciones como parte del personal de la unidad de salud y, que, aun habiendo aceptado podían terminar su participación en el momento que así lo decidiesen. De este modo, solo participaron aquellas personas que optaron por hacerlo pues, si bien varias de las sesiones del diagnóstico fueron en horario de trabajo, muchas de éstas y todas las de la intervención se realizaron en horarios fuera de la jornada laboral. Hubo declinaciones a participar por motivos personales o profesionales y, aún así la participación fue nutrida y constante en cada unidad.

#### Técnicas

Este es un trabajo realizado desde el enfoque de la IAP, desarrollado en sus tres etapas, incluye tanto técnicas cualitativas como cuantitativas para la recolección de datos. En la parte cuantitativa utilizamos escalas y cuestionarios y la parte cualitativa vía entrevistas a profundidad, análisis documental, elaboración de relatorías, la realización de un diagnóstico comunitario participativo – DCP – (incluyó las herramientas de “Mapas del Servicio”, “Personaje típico”, “Bitácora”, “Priorización”, “Telaraña”, “Líneas de vida”, Historia de cinco cuadros” y “Ranking”), y la elaboración de un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) por cada unidad. El trabajo integrado con todas ellas, permite abordar diversas temáticas desde varios puntos de vista y lograr una comprensión más completa de las mismas.

Para la intervención trabajamos particularmente mediante el desarrollo de seminarios talleres compuestos de presentaciones de elementos teóricos, discusión en grupos pequeños, plenarias, actividades de carácter participativo y ejercicios de reflexión individual. Y, finalmente, para la evaluación recurrimos al análisis documental y utilizamos la elaboración de relatorías y cuestionarios escritos de evaluación con preguntas abiertas al final de cada sesión de las etapas diagnóstica

y de intervención así como de las sesiones propias de la evaluación que consistieron en: (a) un taller para la elaboración de Programas Operativos Anuales de cada unidad de salud y (b) una sesión exclusiva de evaluación para la reflexión sobre el aprendizaje de diferentes competencias profesionales para el trabajo en equipos interdisciplinarios de salud, en las que empleamos un cuestionario de preguntas abiertas y dos técnicas de tipo participativo.

### Procedimientos

Como hemos mencionado anteriormente, en esta experiencia de intervención social – vía capacitación en el trabajo – se aplica la IAP en sus tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación. En el hacer más concreto se distinguen varias etapas: la primera de acercamiento y contacto con la población, seguida de la etapa diagnóstica, continuada con la propuesta de acción y el desarrollo de la intervención. Corriendo de manera paralela, el monitoreo y evaluación continua, de tipo cualitativo, de los resultados inmediatos y el impacto de todo el proceso, previsto como un cambio cuya dimensión objetiva en la estructura, las estrategias o el impacto, se manifiesta en la propuesta, desarrollo y evaluación de proyectos interdisciplinarios – logro de la competencia para el trabajo en equipos interdisciplinarios – que forman parte del Programa Operativo Anual de cada unidad de salud participante.

De manera por demás resumida, el nivel de mayor abstracción implicó un conjunto de decisiones para el equipo de investigación acerca de: (a) la delimitación del objeto de estudio, (b) la identificación de las categorías de análisis y su redefinición constante, (c) la organización e interpretación de los resultados, (d) las características del dispositivo que permite registrar y analizar las consecuencias de las decisiones adoptadas – evaluación – tanto sobre la construcción del conocimiento (a partir del diagnóstico), las estrategias para la intervención como sobre las respuestas a las mismas (en cuanto a la disposición al cambio).

### Resultados

En esta sección presentamos el modelo propuesto para desarrollar competencias profesionales para el trabajo en equipos interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud (ver Figura 1). Este es el resultado del proceso de IAP realizado, respecto al cual es preciso mencionar que tuvo, como uno de sus propósitos, centrarse en la adquisición progresiva de mayor participación y autonomía de la comunidad participante (integrantes de las unidades de salud) en cuanto a la resolución de sus problemas (en este caso respecto al desarrollo del trabajo interdisciplinario), induciendo la

ruptura de las relaciones de poder “tradicionales” que se establecen entre el equipo de trabajo o de investigación (EI) y la comunidad (C). Esto sin olvidar que dentro de este enfoque investigativo, el conocimiento popular para reconocer y resolver los problemas propios tiene tanto o mayor valor que cualquier construcción teórica, y que el equipo participa más en un rol facilitador que conductor del proceso para dirigir la toma de decisiones.

Así, la primera fase del modelo corresponde a la etapa de conocimiento mutuo, de comunicación y sensibilización del grupo facilitador, para que el personal de las dependencias seleccionadas participaran en el proyecto orientado a reflexionar sobre algunos de los componentes de sus prácticas profesionales. Esto con la finalidad de introducir cambios que permitan formar equipos de trabajo para diseñar y desarrollar proyectos interdisciplinarios de atención integral a la salud. La primera acción consistió en interactuar y organizar, para gestionar ante las respectivas autoridades la facilitación de tiempo y espacio para desarrollar las reuniones.

Una vez logrado lo anterior, pasamos a la fase acompañamiento e interacción, donde la *primera lección* (técnica) de acuerdo con Fals Borda (1985) corresponde a desarrollar la capacidad para compartir, colaborar y actuar. La *segunda lección* se orienta a la recuperación y análisis crítico de las propias historias, individuales y colectivas, reconocerlas y valorarlas como importantes fuentes de conocimiento de una realidad concreta. Estas dos lecciones se basan en el trabajo realizado, particularmente, a partir del DCP, para el cual se elaboró un manual con las herramientas, ya mencionadas, que permiten identificar las competencias profesionales para desempeñarse en un equipo de trabajo interdisciplinario, así como las características del contexto institucional de las unidades de salud participantes. Específicamente con las herramientas de los “Mapas del Servicio” y “Personajes típicos”, se recupera información ágrafa que facilita la identificación y el análisis de las normas sociales vigentes en el servicio vinculadas con las prácticas de atención y las relaciones interpersonales de tipo laboral. Las “bitácoras” permiten visualizar las múltiples actividades y roles que un profesional de la salud desempeña diariamente, además de reflexionar colectivamente acerca de su calidad de vida y oportunidades de desarrollo humano y profesional que el contexto histórico-social actual. La herramienta “Priorización” facilita el acercamiento a las preocupaciones que como comunidad tienen respecto a su desempeño en los nuevos roles y una reflexión profunda que les permite reconocer tanto el grado de apertura al cambio como el poder que tienen para modificar las barreras que impiden el trabajo en equipos interdisciplinarios (TEI). La “telaraña” facilita el entendimiento respecto de las fortalezas y debilida-

des del equipo que contribuyen o debilitan la calidad de la atención y sus vínculos con el TEI. Las normas sociales respecto a la praxis profesional se abordan a través de la construcción de las “Líneas de Vida” de mujeres y hombres participantes. La “historia de cinco cuadros” permite generar las opciones disponibles a las personas y los factores que afectan la elección que ellos hacen en relación con la calidad de la atención y el TEI. Finalmente, el “Ranking” permite conocer la ponderación, en términos de preferencia, que las personas dan a diferentes técnicas o procedimientos de trabajo.

Toda esta información se complementa con las entrevistas, encuestas y el análisis documental. Las tareas de revisar, clasificar e interpretar los materiales aportados con cada herramienta del DCP, las grabaciones de los comentarios durante las plenarias y las notas escritas como observaciones por las facilitadoras, en combinación con los datos del análisis de contenido de los documentos y las entrevistas a profundidad así como los datos del enfoque cuantitativo (encuesta), permiten adquirir experiencia en la aplicación de la estrategia conocida como “triangulación” y facilita validar y evaluar la consistencia de la información entre los sujetos participantes.

Siempre como parte de la lección dos, y teniendo presente que según la IAP, los mecanismos de devolución deben constituirse en procesos interactivos y articuladores, las facilitadoras presentan al grupo, para su análisis, los resultados del diagnóstico, así como información del contexto local y nacional, en forma de un listado de enunciados para que, utilizando una herramienta de planeación estratégica – análisis FODA – se identifique y clasifiquen como fortalezas y debilidades (propias al grupo) o bien, como oportunidades y amenazas (relativas al contexto). Lo anterior con la finalidad de comprender que la mayor parte de los problemas y aciertos de su realidad institucional están vinculados a problemáticas socioculturales y de desarrollo que generalmente no obedecen a un sólo factor, más bien son respuestas a las oportunidades y conflictos del medio en que se desenvuelven; que en su génesis y prevalencia participan todos los actores sociales y, por lo tanto, la búsqueda de respuestas y solución depende y compromete a todos los que comparten cada espacio, que no es responsabilidad de una sola persona, profesión o institución.

Todas estas herramientas, al realizarse en equipo, recuperan la memoria individual y colectiva, recurriendo inicialmente a imágenes y símbolos – *nivel 0 de comunicación* (Fals Borda, 1985) – y posteriormente, al ser presentadas y analizadas por el grupo durante las sesiones plenarias, el saber se reelabora y recupera enriquecido con la visión más amplia y completa del grupo, permitiendo a las personas participantes exami-

nar críticamente, tanto los elementos cognitivos como las experiencias personales y colectivas, relativas al TEI que se han verificado en las unidades y otros espacios – *nivel 1 de comunicación* – de Fals Borda (1985).

A partir de lo anterior, el personal de dos unidades de salud, llegó a la conclusión general de que los procesos de resocialización secundaria del grupo han sido insuficientes para contar con los elementos técnicos para desempeñarse en un TEI – en especial en lo que se refiere al personal de mayor edad – pero que poseen actitudes favorables para aprender cómo hacerlo. Están dispuestos a asumir el rol que, según Prochaska y DiClemente (1982, 1992) corresponde a la etapa contemplativa para pasar después a la de cambio. Están de acuerdo con que es necesario aprender a organizarse, a compartir, a reconocerse y apreciarse como colectivo o grupo y poseer identidad. Se espera que el TEI en el personal de las unidades pase de ser considerado como una suma de esfuerzos, a un mecanismo para la transformación interna del paradigma educativo, organizacional y servicios, que lleve a una redistribución del poder y una mayor prevalencia del *poder hacer*, reduciendo el *poder sobre* como forma de sometimiento, todo ello mediante el TEI. De manera contraria, en la tercera unidad se evidencian problemas distintos, en cuanto a la dinámica institucional y de salud laboral – síndrome de *burn out* – que fueron reconocidos como prioritarios tanto por el grupo base como por las facilitadoras de modo que, al encontrarse en una etapa precontemplativa (Prochaska & DiClemente, 1982, 1992) para la introducción de cambios para el TEI dadas las condiciones existentes, fue necesario darle un enfoque diferente a la estrategia aplicada para la intervención.

Continuando con el desarrollo del modelo, la *tercera lección* de “valoración y empleo de la cultura popular”, corresponde a la intervención, producto de la reflexión generada de manera colectiva por el grupo. Esta se implementa bajo una perspectiva experiencial, cuyo objetivo es que las personas asistentes aprendan a través de la experiencia personal, activa y directa, ofreciendo oportunidades reales para fortalecer el dominio – o iniciar, el desarrollo – de las habilidades necesarias para integrarse en TEIs a fin de diseñar y desarrollar proyectos interdisciplinarios. Con base en el análisis de los resultados del diagnóstico, se definen los objetivos de aprendizaje que sería necesario lograr fundamentados en los resultados de la matriz FODA. Se propone y discute con los subgrupos estos objetivos de aprendizaje y contenidos temáticos. El siguiente paso es posicionar el fenómeno a través de la producción y desarrollo de una experiencia educativa del tipo seminario taller para alcanzar los objetivos. Así, cada facilitadora elige aquellos que su formación y experiencia le permite

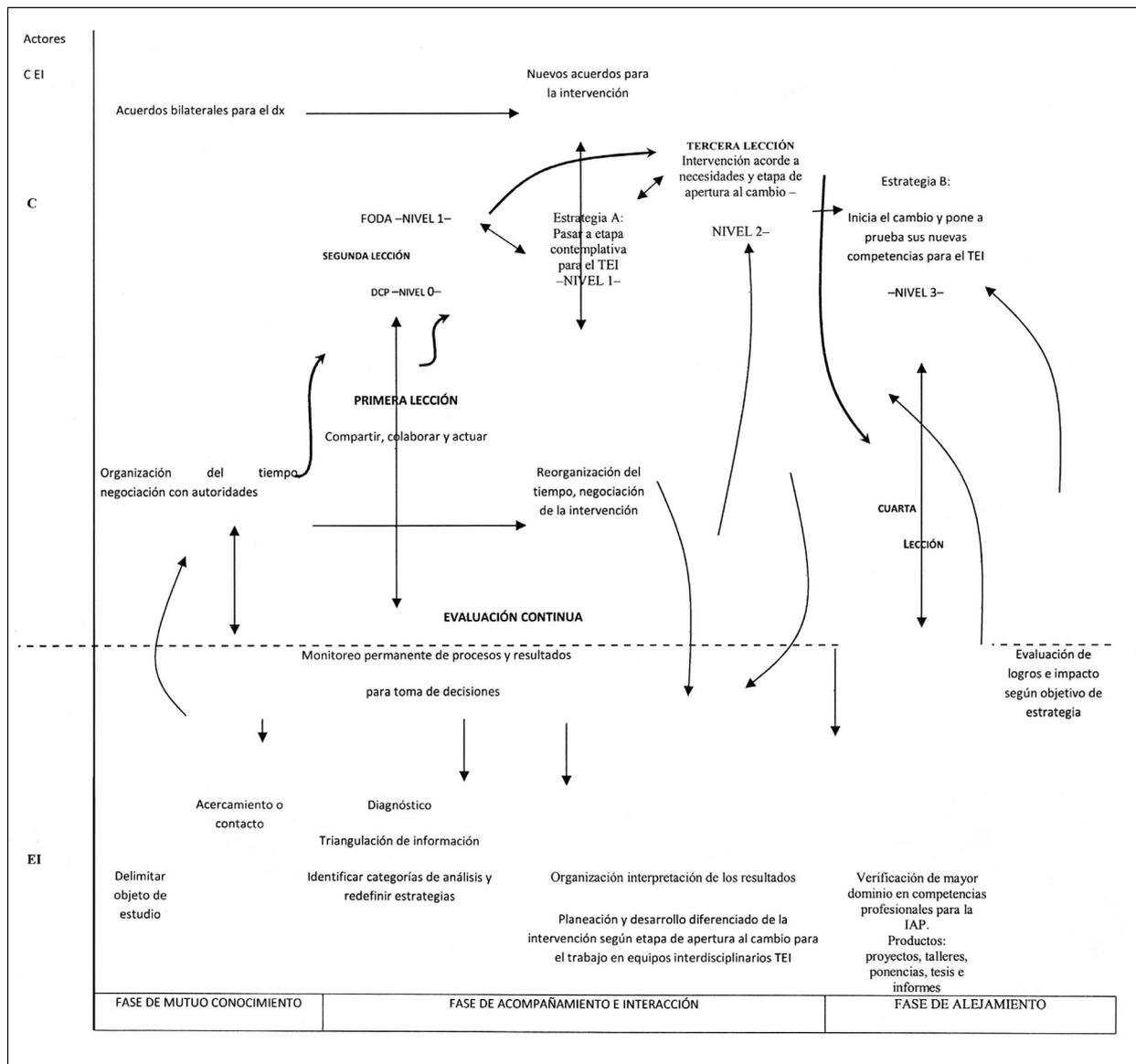


Figura 1. Etapas

abordar con mayor facilidad, elabora las cartas descriptivas de las sesiones elegidas y se responsabiliza de las actividades estrictamente académicas de la sesión a su cargo, entre tanto el resto del equipo facilita la operatividad – apoyo logístico. Las temáticas sobre las que hubo que trabajar para desarrollar las competencias en dos unidades fueron: Modelo UNI, Teoría de Cambio, interdisciplina, trabajo en equipo, promoción de la salud, manejo de conflictos, comunicación y elaboración de proyectos sociales. Para la tercera unidad se trabajaron, adicionalmente, desarrollo humano, asertividad, liderazgo, persuasión y calidad de la atención. El seminario taller es la estrategia básica para dar atención a las necesidades cognitivas de tipo conceptual y metodológico relacionadas con la interdisciplina y la falta de experiencias prácticas para el TEI así detectadas – nivel 2

*de comunicación: elaboración de materiales educativos* (Guzmán, Alonso, Pauliquen, & Sevilla, 1996).

El formato seminario-taller permite establecer ciclos de aprendizaje así como la organización de las actividades y su duración – con base a la fisiología del proceso de aprendizaje y el aprendizaje en adultos (Finger & Asún, 1996). Se programan sesiones con duración máxima de 5 horas, distribuyendo el tiempo como sigue 15% para abordar el componente cognitivo (lecturas y exposiciones); 70% para la práctica – considerando el encuadre mediante la lectura de relatorías de la sesión anterior –, la organización y realización de tareas en subgrupos, elaboración de materiales, su presentación y discusión en una plenaria; 10% del tiempo para descanso y socialización y el 5% para la evaluación y nuevos acuerdos. Durante el taller

se utilizan básicamente técnicas didácticas grupales participativas de aprendizaje mediante la vivencia o experiencia – *aprender haciendo* – y el modelaje – mostrando la manera convencionalmente “correcta” de hacer, lo que se tiene que hacer y la asesoría durante el desempeño. Con respecto a la asesoría, ésta se considera como una práctica cotidiana por parte de todo el equipo facilitador consistente en lograr aprendizajes significativos a partir de la aplicación de una serie de estrategias como la reafirmación temática, la resolución de dudas, la indicación y revisión de determinados ejercicios, la demostración y supervisión de tareas prácticas en escenarios reales y los intercambios de experiencias.

Particularmente, las habilidades de tipo organizativo y de comunicación requeridas para el TEI se propician durante la intervención y la evaluación. Se definen actividades específicas para cada una de las funciones de coordinación, relatoría, exposición y discusión y la asignación aleatoria de los roles de estas funciones se realiza antes de iniciar cada sesión, cuidando que cada participante los desempeñe al menos, una vez. A las facilitadoras les corresponde verificar el desempeño del rol y ofrecer retroalimentación al término de la sesión. Durante las sesiones generales de discusión – plenarias – se fortalecen las habilidades argumentativas que permiten tanto disentir como lograr consensos – nivel 2 de comunicación – haciendo una reinterpretación o decodificación de los conceptos presentando ejemplos concretos de su experiencia en la práctica diaria o ligando los conceptos a situaciones del contexto actual, mientras el resto de la audiencia debate o complementa los argumentos. Al mismo tiempo se inician las competencias para desempeñarse gradualmente en los cuatro niveles de comunicación previstos en la metodología de la IAP y que guardan correspondencia con las lecciones de Fals Borda (1985) recién comentadas a fin de mejorar su desempeño como miembros de un equipo de trabajo.

En la propuesta y desarrollo de estas actividades, como en los otros componentes de esta intervención social, influye nuestro propio convencimiento de que el diálogo, la argumentación, la resolución pacífica del conflicto, la tolerancia y el respeto a los derechos e ideas de las demás personas son elementos imprescindibles para la construcción de mayor bienestar en todas las dimensiones de la vida (Cronick, 2002). Estas habilidades pueden ser adquiridas y desarrolladas mediante el entrenamiento, por lo que se requiere propiciar experiencias que permitan lograrlo.

Así, en las mesas de discusión y en las plenarias, se privilegia el interés de las personas participantes. La discusión parte de situaciones concretas de la vida y dinámica institucional y no en conceptos abstractos. Se propone un esquema general para argumentar a fin de

mantener un orden y coherencia, se respetan los diferentes ritmos de aprendizaje, se estimula que justifiquen sus propias opiniones y creencias y la discusión del problema lleva a la formulación de varias posibles respuestas. A fin de propiciar los aprendizajes, a las facilitadoras les corresponde parafrasear las aportaciones, señalar imprecisiones o contradicciones – en caso de existir – solicitar que se aclaren las propuestas y planteamientos, así como realizar preguntas retadoras.

Los documentos utilizados para el análisis crítico y discusión durante el seminario taller – *nivel 3 de comunicación* – son considerados apenas como “muestras” de la amplia literatura existente con que es posible ilustrar las diferentes perspectivas desde las cuales se abordan los componentes teóricos relacionados con la interdisciplina y el trabajo en equipo, reconociendo que, aunque pretenden ser representativas, indudablemente tienen un sesgo de selección derivado de la formación profesional, la visión y perspectiva teórica y metodológica – incluso preferencias personales – que cada facilitadora tiene ante estos temas. La variedad de perspectivas disciplinarias, sin embargo, no es contradictoria. Un área compartida con la misma visión es la relativa a la promoción de la salud, emergida de la *Carta de Ottawa* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986a) y ratificada en las Conferencias Mundiales subsecuentes (OMS, 1986b, 1988, 1991, 1997, 2000, 2005).

Finalmente, en la tercera fase, la de alejamiento, destaca la documentación y diseminación de los resultados – *cuarta lección* – que busca retribuir a la comunidad que compartió su saber, con una reelaboración del mismo a partir, también, de la mirada del equipo facilitador, con el desarrollo de intervenciones específicas a la etapa de cambio en cada unidad de salud con la finalidad de mejorar las capacidades comunitarias para desempeñar con eficacia los nuevos roles de trabajo interdisciplinario que contribuyen a la solución del problema que motivó la acción participativa.

A lo largo de la toda la experiencia de investigación, se desarrolla un proceso continuo de evaluación, que favorece el monitoreo crítico y sistemático en relación al proceso y los resultados (los productos, los logros y los efectos); siempre partiendo de que la evaluación tiene sentido en la medida en que nos sirve para la toma de decisiones. Específicamente, la evaluación de proceso consiste en el análisis y retroalimentación que cada uno de los y las participantes realizan al final de cada sesión participativa, tanto en la fase de diagnóstico como de intervención y de las sesiones de evaluación general al final del proceso. Lo anterior se lleva a cabo mediante dos preguntas: ¿qué te gustó? y ¿qué cambiarías? de la sesión, que los y las participantes contestan de manera individual y escrita. De tal manera que una vez finalizada cada una de las sesiones, las facilitadoras cuentan con la retroalimen-

tación básica que permite mejorar las estrategias de acción para las posteriores sesiones. En este sentido, se favorece la mejora constante de las acciones realizadas, a pesar de la constante dificultad para conciliar los tiempos disponibles para el trabajo.

La evaluación de productos se realiza mediante el análisis y reflexión en torno a varias de las acciones consideradas básicas. La primera se centra en las tesis elaboradas por dos estudiantes de Psicología; la segunda a través del diseño de proyectos interdisciplinarios, sus avances y limitaciones; la tercera se completa con la elaboración de la propuesta del modelo metodológico para el desarrollo de competencias profesionales para el TEI y la cuarta se trabaja en torno a la difusión de la experiencia en diferentes foros especializados. En relación a los productos generados, se puede concluir que a la fecha continúan en un avance constante, particularmente en las unidades de salud se están repensando y rediseñando las prácticas y discursos a pesar de las dificultades que en términos de tiempo y espacio se les presentan. En cuanto a la evaluación de logros, ésta consiste en verificar el cumplimiento de los objetivos de cada una de las técnicas y estrategias implementadas, en las tres fases del proyecto. Es decir, se desarrolla un proceso reflexivo y analítico que permite verificar el grado de cumplimiento de los objetivos que se plantean, tanto en el Manual Diagnóstico Participativo (DCP) como en las cartas descriptivas de la sesión de intervención y evaluación general, a partir de las necesidades identificadas con los y las participantes. También se establecen las razones por las cuales se posibilita o imposibilita su cumplimiento. Esta evaluación permite validar la experiencia de construcción colectiva y participativa que se desarrolla, en tanto los objetivos fueron cubiertos a pesar de las limitaciones temporales y de carácter institucional.

La evaluación de efectos se centra en dos aspectos. Primeramente, el análisis de los avances y limitaciones de los Programas Operativos Anuales (POAS) de las unidades de salud participantes en cuanto al desarrollo de proyectos de prevención interdisciplinarios. En segundo lugar, en lo relativo al desarrollo de competencias profesionales para el TEI en la atención a la salud. Esta evaluación se implementa a través de tres estrategias básicas. La primera de ellas consiste en que cada uno de los y las participantes, al finalizar cada una de las sesiones, tanto del diagnóstico como de la intervención y la evaluación al final del proceso, contestan una pregunta abierta ¿Qué aprendí? de la sesión. Es a partir de sus respuestas dadas individualmente y en forma escrita cómo se determinan las competencias profesionales desarrolladas en términos de conocimientos, habilidades y actitudes. En este sentido, los y las participantes se apropiaron de una serie de conocimientos básicos para su desempeño laboral-educativo. Además de que

fue a partir del trabajo colectivo y reflexivo desarrollado con su equipo cómo ellos y ellas construyeron y/o consolidaron actitudes positivas hacia el trabajo en equipo y la interdisciplina. La segunda técnica desarrollada se concentra en identificar los contenidos teóricos que los y las participantes se apropiaron después de la intervención realizada. En este sentido, se implementa la técnica “Los puertos” que posibilita medir los conocimientos adquiridos a través del todo el proceso. A nivel de conocimientos, los y las participantes reconocieron la integración de nuevos marcos teóricos y metodológicos como elementos cognitivos base para su práctica cotidiana. La tercera técnica que posibilita acercarnos a la comprensión del desarrollo de competencias profesionales se denomina “ejes de satisfacción y utilidad”. En dicha técnica, los y las participantes plasman en un gráfico de ejes “x” y “y”, el grado de satisfacción y de utilidad que tiene para su trabajo cotidiano cada uno de los temas desarrollados a lo largo de la intervención. De manera general, los y las participantes a través de este proceso evaluativo, reconocieron una satisfacción superior al 80% en relación a las temáticas abordadas a lo largo de la investigación. En términos de utilidad, el porcentaje fue semejante, de ahí que podamos concluir que el sentido de utilidad del propio proceso evaluativo se cumplió. Sin embargo, reconocemos que sería necesario incluir al proceso evaluativo una estrategia que favorezca el seguimiento de las acciones actuales y que posibilite evaluar el impacto a mediano y largo plazo. Lo anterior con la finalidad de consolidar los avances ya realizados y, por supuesto, promover y facilitar la construcción de nuevas formas de ser y hacer en beneficio del equipo de trabajo y de la comunidad.

## Discusión

Este proyecto de IAP constituye una vivencia de trabajo interdisciplinario de un grupo de académicas universitarias del área de la salud, con perfiles profesionales diferentes (enfermería, medicina y psicología) pero que comparten experiencias educativas (diseño curricular, enseñanza de metodología de la investigación y de cursos de educación continua para profesionales en servicio). Es una experiencia de trabajo en equipo de tipo interdisciplinario desarrollada por el grupo facilitador con el objetivo de proponer una estrategia de trabajo que contribuya resolver la necesidad existente de desarrollar y fortalecer diversas competencias para optimizar el TEIs, en congruencia con los conceptos vigentes de salud y los modelos actuales de calidad de la atención. Además, en lo operativo se ha requerido trabajar en clarificar y especificar las funciones de las diversas áreas para poder integrarlas al realizar proyectos interdisciplinarios como estrategia básica de trabajo en las unidades de salud. Sin dejar de lado, la

propia dinámica de cada una de ellas se ha contribuido al proceso de reestructuración de las prácticas disciplinarias en las unidades mediante la creación de espacios alternativos de trabajo, convivencia y reconocimiento entre los actores.

Así, consideramos que los resultados son útiles para la resocialización del personal de salud en respuesta a sus necesidades de tipo conceptual y metodológico con el fin de incrementar y fortalecer el TEI, pero también en su rol como profesionales docentes de los estudiantes universitarios que llegan a realizar diversos tipos de prácticas a las unidades de salud. En este sentido, nos parece que los resultados pueden servir también en la reestructuración de los planes de estudio de licenciaturas del área de la salud. Se hace indispensable trabajar con la resistencia al cambio a nivel de las facultades para lograr que el trabajo en equipo y la interdisciplina sean una realidad en el trabajo cotidiano de los futuros profesionales.

En este trabajo queremos destacar el reconocimiento que le damos a la Investigación Acción Participativa como una opción que favorece la construcción y reconstrucción de procesos en tanto que permite una articulación dialéctica entre los y las participantes y su realidad en su propio contexto histórico. Ha sido importante reconocerlos como seres activos, críticos y participativos en los procesos de toma de decisiones a lo largo de todo el proceso investigativo; esto a partir de considerar que la realidad es socialmente construida, vivida y percibida de diferentes maneras por los actores sociales involucrados que generan una cultura que los identifica.

Sin embargo realizar este tipo desde la perspectiva de la IAP no ha estado exento de problemas y dificultades. Se ha tenido que enfrentar insalvables reglas por parte de la propia normatividad institucional que limitan de manera importante el trabajo desde este tipo de enfoque. Una de ellas corresponde precisamente, a que al ser un proyecto financiado se asignan tiempos para el desarrollo completo de la investigación, – desde su inicio hasta la entrega de los diferentes informes finales –, que son establecidos en concordancia con otros enfoques de investigativos (más de carácter cuantitativo) en los cuales el control sobre el tiempo disponible de quien investiga es mayor – salvo interferencias logísticas o administrativas – en tanto, que al realizar IAP se está en la absoluta disposición del tiempo y la dinámica que imprime la población participante, no hay atajos que no violenten de alguna manera el proceso de investigación participativa. La IAP no debe establecer tiempos fijos para alcanzar metas desde la perspectiva de planeación organizacional. Los periodos de vigencia están determinados por el grado de compromiso – en el cual influye la etapa de apertura al cambio – y las necesidades locales. Y si bien no son eternos y a la luz de la teoría trans-teorética de Prochaska y DiClemente (1982, 1992) pue-

den ser de algún modo estimados, definitivamente no pueden ser preestablecidos para satisfacer conveniencias ajenas.

El otro obstáculo, corresponde al formato de informes, que obliga al equipo a duplicar tiempo y esfuerzos destinados a esta tarea, puesto que la IAP también propone modos propios de sistematizar y exponer la información (capitulado, ordenamiento de los resultados y mecanismos para su integración en el conjunto de conocimientos preexistentes) con la intención declarada de romper con las reglas comunes al discurso científico positivista. Es importante continuar el desarrollo de nuevas formas de reportar que sean pertinentes al tipo de investigación y que puedan ofrecer información clara y relevante.

Por otro lado, consideramos que esta experiencia es un ejemplo de la integración del conocimiento desde diversas disciplinas. Es común que los y las profesionales de la psicología consideren que su ejercicio debe ser en un área concreta, con competencias propias y especializadas de modo que, muchas veces, los conocimientos y las habilidades adquiridas en otras áreas les resultan ajenos e incluso los consideran poco útiles, dificultando con ello la posibilidad de poder trabajar, por ejemplo, en una unidad de salud de primer nivel de atención. En esta experiencia hemos requerido de diferentes recursos que teníamos. Por ejemplo, desde la psicología requerimos competencias de investigación y en otras áreas de la psicología como las de organizacional, educativa y comunitaria.

Finalmente, verificamos la importancia de desarrollar procesos participativos en los cuales las experiencias se comparten y se analizan como una estrategia para elaborar modelos teórico metodológicos que permitan desarrollar proyectos a mediano y largo plazo en muy diversas áreas de la salud (Arés Muzio, 2000; Porbén González, 2003; Tovar Pineda, 2000). Es una experiencia que evidencia la posibilidad de trabajar en la promoción de la participación, compromiso, redistribución del poder como una alternativa a las prácticas tradicionales en el campo de la salud que favorecen relaciones verticales, inequitativas y asimétricas. El propósito final es continuar con el proceso de análisis, reflexión y retroalimentación que permitan enriquecer la propuesta.

## Referencias

- Arés Muzio, P. (2000). Propuesta de un diseño teórico-metodológico para la intervención familiar en salud comunitaria. *Revista Interamericana de Psicología*, 34(2), 57-69.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Madrid, España: Martínez Roca.
- Bourdieu, P. (1997). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México, DF: Siglo XXI.

- Cronick, K. (2002). La relatividad, lo verosímil, la toma de conciencia: una problematización comunitaria. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1/2), 41-62.
- Díaz Barriga, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 5(2). Retrieved November 25, 2005, from <http://redie.ens.uabc.mx.vol5no2/contenido-Díaz.html>
- Espinoza, R. H. (2000, June). *Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud*. Paper presented at the V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: Hacia una mayor Equidad, Ciudad de México, DF.
- Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular*. Bogotá, Colombia: Siglo.
- Fals Borda, O. (2001). Participatory (action) research and social theory: Origins and challenges. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research* (pp. 27-37). London: SAGE.
- Fernández, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3(2). Retrieved October 12, 2007, from <http://www.redie.ens.uabc.mx.vol3no2/contenido-fernandez.html>
- Finger, M., & Asún J. (1996). *Adult education at the crossroads: Learning our way out*. London: Zed.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo, Uruguay: Tierra Nueva.
- Guzmán, G., Alonso, A., Pauliquen, P., & Sevilla, E. (1996). Las metas participativas de investigación, un aporte al desarrollo local endógeno. In *Agricultura ecológica y desarrollo rural*. Córdoba, España: Instituto de Sociología y Estudios Campesinos.
- McTaggart, R. (1997). *Participatory action research: International contexts and consequences*. Ithaca, NY: State University of New York Press.
- Moll, L. (1995). *Vygotsky y la educación*. Buenos Aires, Argentina: Aique.
- Morín, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Nigenda, G. (2000, September). *Las profesiones de la salud: análisis de su participación en la producción de servicios al final del siglo*. Paper presented at the IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, México, DF.
- Organización Mundial de la Salud. (1986a, November). *Carta de Ottawa*. Paper presented at the I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá.
- Organización Mundial de la Salud. (1986b, November). *Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública*. Paper presented at the I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá.
- Organización Mundial de la Salud. (1988, April). *Recomendaciones de Adelaide sobre las políticas públicas favorables a la salud*. Paper presented at the II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Adelaide, Australia.
- Organización Mundial de la Salud. (1991, June). *Declaración de Sundsvall*. Paper presented at the III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Sundsvall, Suecia.
- Organización Mundial de la Salud. (1997, July). *Declaración de Yakarta sobre la Adaptación de la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Paper presented at the IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Yakarta, Indonesia.
- Organización Mundial de la Salud. (2000, June). *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. Paper presented at the V Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ciudad de México.
- Organización Mundial de la Salud. (2005, August). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Paper presented at the VI Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bangkok, Tailandia.
- Pirch, T. (1998). Mapmakers no mapmaking. *Systemic Practice and Action Research*, 11(6), 651-68.
- Porbén González, M. (2003). Modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en las Américas. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(1), 181-188.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. D. (1982). Transtheoretical analysis: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. D. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modifications* (pp. 188-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Rogoff, B. (1993). *Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Barcelona, España: Paidós.
- Robbins, P. (1999). *Comportamiento organizacional. Conceptos, controversias y aplicaciones*. México, DF: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Tovar Pineda, M. A. (2000). Psicología social-comunitaria: una alternativa teórico metodológica desde la subjetividad. *Revista Interamericana de Psicología*, 34(2), 83-93.
- Tristá, P. B. (1997). *Cultura organizacional. Culturas académicas*. México, DF: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.
- Vigostky, L. (1988). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. México, DF: Grijalbo.
- Zemmelman, M. H. (1997). *Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*. México, DF: Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

Received 05/01/2009

Accepted 05/01/2009

**María Luisa Rojas Bolaños.** Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.  
**María Teresita Castillo León.** Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.  
**Rebelín Echeverría Echeverría.** Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.  
**Julia Alejandra Candila Celis.** Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.