



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**EFFECTO EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE
UN MODELO DE EDUCACIÓN LIBERADORA
CONDUCIDO POR ENFERMERAS, CENTRO DE
SALUD URBANO TH "ARENAL 4º. SECCION".**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
MACEDO PADILLA IRENE YADIRA
MENDEZ ANAYA ROSALBA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
JULIO HERNÁNDEZ FALCON



MÉXICO, D.F.

2000.

285990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis padres Victor e Irene, a quienes nunca podré pagar todos sus desvelos, ni aún con todas las riquezas del mundo.

A mis abues Esperanza y María de Jesús quienes siempre creyeron en mí.

A Omar por su afecto, comprensión y porque siempre está a mi lado.

A mis hermanos Nancy, Victor y Alfredo con cariño.

Yadira.

DEDICATORIAS

A mis padres Rosa y Rubén, por su apoyo, sus consejos, su amor y por ser mis mejores amigos

A mis hermanos Jazmín, Rubén y Magdalena, por haber nacido y formar parte de mi vida.

A Eduardo por su amor a pesar de la distancia.

Rosalba.

AGRADECIMIENTOS

*Expresamos nuestra sincera gratitud a todas las personas que participaron en éste proyecto; en especial a **Julio Hernández Falcón** por su valiosa colaboración.*

Gracias.

INDICE

	Resumen	1
I.	Introducción	2
II.	Marco teórico	3
	2.1 Educación para la salud	3
	2.2 Antecedentes históricos de la educación para la salud	4
	2.3 Importancia de la educación para la salud	6
	2.4 Atención primaria a la salud	7
	2.4.1. Niveles de prevención	7
	2.4.2. Actividades de promoción	8
	2.5 Modelo de promoción a la salud	11
	2.6 Obstáculos para el desarrollo de las actividades de promoción a la salud en atención primaria	13
	2.7 Proceso de enseñanza	15
	2.8 Un método correcto de enseñanza	17
III.	Material y métodos	21
	3.1 Justificación	21
	3.2 Objetivos	22
	3.3 Planteamiento del problema	22
	3.4 Hipótesis	22
	3.5 Tipo de estudio	22
	3.6 Universo de estudio	22
	3.7 Unidades de observación	23
	3.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
	3.9 Universo muestra	23
	3.10 Variables estudio	23
	3.11 Instrumentos	23
	3.12 Validez y confiabilidad	23
IV.	Resultados	24
	4.1 Etapa de iniciación	24
	4.2 Etapa de consolidación	25
	4.3 Etapa de proyección	25
	4.4 Discusión y Análisis	26
	4.5 Conclusiones	27
	4.6 Propuestas	27
	Anexos	28
	Bibliografía	47
	Glosario de términos	48

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro y grafica #1	29 - 30
Edad de los sujetos estudio de efectos de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras	
Cuadro y grafica #2	31 - 32
Sexo de los sujetos estudio de efectos de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras	
Cuadro y grafica #3	33-34
Escolaridad de los sujetos estudio de efectos de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras	
Cuadro y grafica #4	35-36
Ocupación de los sujetos estudio de efectos de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras	
Cuadro y grafica #5	37-38
Numero de participantes en las etapas del modelo de educación liberadora conducido por enfermeras	
Cuadro #6	39
enfermedades más comunes de los sujetos estudio de efectos de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras	

RESUMEN

Es un estudio realizado en el Centro de Salud Urbano TII "Arenal 4ª. Sección". en donde se aplicó el modelo de educación liberadora. Está integrado por tres etapas: la primera fue la etapa de introducción que se llevó a cabo durante los días 27 de marzo al 28 de abril del presente año. participaron 80 personas que reunieron los criterios de inclusión, es decir, hombres y mujeres de 10 a 50 años de edad residentes del área de influencia del centro de salud. En ésta fase se les orientó sobre las causas básicas de sus problemas de salud más frecuentes llenando la hoja epidemiológica.

La segunda etapa fue la de consolidación, en la que se elaboró material didáctico con todos los participantes para después pasar a la tercera etapa, proyección, en ésta los asistentes transmitieron lo aprendido a sus compañeros, sensibilizándose sobre el autocuidado individual, familiar y comunitario.

Estos datos son consistentes con la hipótesis de trabajo, pudiendo señalar que el efecto en la educación para la salud de un modelo de educación liberadora, conducido por la enfermera, es el autocuidado de su salud y la proyección del autocuidado a la familia y la comunidad.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La educación para la salud es parte importante de la atención primaria, aplicada en el primer nivel de atención, por lo cual el presente trabajo informa sobre los resultados obtenidos en la implementación de un modelo de educación liberadora, corriente pedagógica iniciada por Paulo Freire para educar a los analfabetas, y adaptada en la Educación para la Salud por Agustín Sanginés, en donde el personal de enfermería eliminó el modelo tradicional de enseñanza y logró involucrar a los individuos en un modelo de educación diferente, donde se adoptaron alternativas de solución de los problemas de salud que afectan a su comunidad.

La investigación está integrada por el capítulo del marco teórico en donde se menciona lo concerniente a la educación para la salud, su conceptualización, antecedentes e importancia; el capítulo de material y métodos en donde se incluye toda la metodología que se aplicó para la realización del estudio, y el capítulo IV donde se expresa cualitativa y cuantitativamente los resultados obtenidos durante la realización del proyecto, así como las conclusiones y propuestas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 EDUCACION PARA LA SALUD

Una de las principales tareas del personal de enfermería es promover la salud por medio de la prevención primaria, ya que es el más importante de los niveles de aplicación de medidas preventivas (primario, secundario y terciario), porque se aplica en el periodo prepatogénico de la enfermedad con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad.

Se lleva a cabo a través de actividades de promoción de la salud y protección específica en donde se incluye la educación para la salud.

La Educación para la Salud es más que una información de conocimientos respecto de la salud. Es enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenece.¹

Como disciplina científica, es de muy reciente desarrollo, pues para estructurarse como tal, hubo de apoyarse en otras ciencias, particularmente de educación, socioantropológicas, psicológicas y las sanitarias

¹ Álvarez Alba, Rafael Educación para la Salud. México D.F. 1995

Sin embargo, la educación higiénica como transmisión de conocimientos y conductas que sirven para evitar la enfermedad y fomentar la salud, ha sido siempre como una actitud inherente al hombre, basada en su condición instintivo-biológica que le hace huir del dolor y la muerte.

Dado que la palabra Educación significa un proceso de dirección, la Educación para la Salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores, tendente a crear en los individuos conductas favorables para su salud, a su vez, esta es un proceso dinámico que tiene que ver con lo variable, lo adaptativo y lo "normal"; conceptos todos ellos que han de relacionarse con el momento y el lugar en que se da el fenómeno dual de la salud y la enfermedad.²

2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

En la antigüedad el hombre, a través de sus propias experiencias empezó a distinguir lo que le causaba daño y lo que lo beneficiaba.

Más tarde la fuerza del pensamiento mágico primitivo confiere a esas incipientes pautas de Educación para la Salud, un carácter mágico-religioso que les da fuerza necesaria para que sus preceptos se cumplan. Así, sociedades más evolucionadas, como los pueblos semíticos del año 2000 a. de J. C., desarrollaron una serie de reglas de higiene sin las cuales el individuo se hace indigno e impuro de acercarse al altar y participa en la vida de la comunidad, evitándose con ello la propagación de enfermedades.

Las formidables construcciones de drenaje de los Cretenses, la Red de distribución de agua egipcios y, más tarde, los balnearios grecorromanos fueron la expresión de una necesidad de higiene colectiva que se fue imponiendo como un valor cultural transmitidos de padres a hijos involucrado en la educación general.

Del pensamiento mágico se pasó a una relación inicial de causa-efecto, y por lo tanto hubo la oportunidad de que los preceptos de educación higiénica fueran más racionales. Naturalmente, la Educación para la Salud

²Calvo Bruzos, Socorro Educación para la Salud. Madrid España. 1992 Editorial Díaz de Santos

evolucionó en forma paralela al progreso de la medicina, sufriendo un estancamiento temporal en la edad, media para renacer con la experimentación de los siglos posteriores, hasta hacerse realmente científica con el desarrollo de la bacteriología y la epidemiología en el siglo XIX.

En el presente puede denominarse el siglo de la higiene y la prevención, y por supuesto, la Educación para la Salud, parte trascendente de las mismas, se desarrolla hasta constituirse en una disciplina.

En nuestro país la educación higiénica, existió desde antes de la llegada de los españoles, siendo frecuente encontrar en los códices indígenas una serie de consejos sobre salud y enfermedad, tanto individuales como públicos.

En la época colonial fueron muchas las disposiciones en las que se obliga a la población, bajo amenaza de castigo, a practicar la limpieza de las calles y lotes baldíos, a proteger los depósitos de agua y a vacunarse. Siempre hubo temores infundados en la población que hubieron de ser combatidos, a veces con métodos educativos, y otras por la urgencia de la situación, con métodos coercitivos.

En el siglo XIX aparece el primer código sanitario, en el que asientan por escrito una serie de medidas educativas destinadas a conservar la salud. En esa época era frecuente también que los médicos insistieran en sus congresos sobre las medidas educativas destinadas a orientar a la población.

En México posrevolucionario el Departamento de Salubridad Publica creó por primera vez en el año de 1921, una oficina específica de propaganda y educación higiénica.

Hacia el año de 1933 la Oficina de Educación Higiénica impartidos los primeros cursos por correspondencia para maestros de escuela. En 1935 se dió importancia a la educación higiénica escolar, la higiene del adolescente y se emprende una campaña antialcohólica.

Para 1940 se creaban comités foráneos de educación higiénica hasta en las más pequeñas comunidades.

En la década de los setentas se da un impulso vigoroso a la educación sanitaria. En el año de 1973, al promulgarse el nuevo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, se

estableció la fundamentación jurídica de la competencia que en materia de educación para la salud tiene la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el territorio nacional.

También en el año 1973, al elaborarse el Plan Nacional de Salud, se incluyó como parte importante del mismo, el Programa Nacional de Educación para la Salud, que rige las actividades de Educación sanitaria en el país. Finalmente en ese mismo año, la Dirección de Educación Higiénica fue promovida a Dirección General de Educación para la Salud.

Prácticamente, los ministerios de salud de todos los países en el mundo tienen secciones de Educación Higiénica. La propia Organización Mundial de la Salud, que fue creada el 7 de abril de 1948, incorporó de inmediato la División de Educación Sanitaria, estableciendo secciones en todas sus oficinas de zona, asimismo, esta organización internacional publica informes técnicos sobre la materia y organiza periódicamente seminarios y otros tipos de reuniones técnicas para mejorar la calidad de la Educación para la Salud.

La Educación para la Salud ha tenido una trascendencia vital en la formación de la conciencia cívica de las personas, por lo tanto ha sido incorporada como una de las piedras angulares de la Salud Pública.³

2.3 IMPORTANCIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud intenta fomentar la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales que inciden en el estado de salud de la población, en función de acciones concretas y organizadas para transformarla.

Propicia y estimula un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico-científico, y otras formas de conocimiento local a través de un dialogo democrático entre ellos. Reconoce la pluralidad cultural en que se desarrolla y la legitimidad de otra lógica, facilitando el encuentro horizontal entre distintas vertientes culturales y racionales. Al involucrar a la comunidad en actividades de salud, va ganando experiencias de participación y por consiguiente abre camino hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo.

³ S.S.A Manual de la educación para la salud. México D.F. 1983. Pag. 16-18.

2.4 ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

La Atención Primaria a la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria a la Salud forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo mas cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados permanentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de Salud Pública.

Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.⁴

2.4.1 NIVELES DE PREVENCION

La enfermedad es el resultado de un proceso dinámico en el que los agentes etiológicos y factores de riesgo interaccionan con el huésped. Entre el inicio de la exposición a los agentes y factores y el comienzo de la enfermedad existe un periodo de inducción/incubación, que suele ser corto para las patologías agudas (infecciosas) y accidentes y largo para las crónicas.

⁴ O.M.S. "La declaración de Alma Ata", Conferencia Internacional sobre APS, OMS-UNICEF, Alma Ata, URSS, 1978 Pag. 1-11.

En la historia natural de las enfermedades suelen distinguirse tres períodos, prepatogénico, patogénico y de resultados. El primero comienza con la exposición a los factores etiológicos o de riesgo y en él desempeñan un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped a padecer la enfermedad. Los factores de riesgo, definidos como "cualquier exposición, situación o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad", pueden ser no modificables (edad, sexo) o, por el contrario, ser susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de prevención primaria, que pueden llegar a eliminarlos o, al menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del individuo a ellos.

En el período patogénico se distinguen habitualmente dos estadios o fases: presintomática (sin síntomas ni signos de enfermedad) y clínica. Durante la primera ya se han iniciado los cambios anatomopatológicos inducidos por el agente casual y, en la segunda, estas alteraciones orgánicas ya son suficientemente importantes para originar manifestaciones en el paciente.

La historia natural de las enfermedades acaba en un período de resultados, consecuencia del avance, detención o retroceso de alteraciones orgánicas inducidas por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación).

Los distintos niveles de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo es disminuir su incidencia. Este grupo de actividades se desarrolla en el período prepatogénico, antes del inicio de los estímulos inducidos por los factores etiológicos que provocaran la enfermedad.

Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen generalmente las de promoción de la salud (dirigidas a las personas) y las de protección de la salud (realizadas sobre el medio ambiente).

Las actividades de prevención secundaria pretenden detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica, cuando aún los síntomas y signos no son aparentes pero existen en el estado embrionario o subclínico y, por ello, nos permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión. La prevención secundaria pretende reducir la

prevalencia de la enfermedad. Las actividades de prevención terciaria se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida, enlenteciendo su progresión y, con ello, la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidez e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2.4.2 ACTIVIDADES DE PROMOCION

Cualquier actitud, recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbi-mortalidad es en sí misma una medida de promoción de la salud.

En términos globales, la mayor rentabilidad preventiva se obtiene a partir de medidas de prevención de la salud y no puede olvidarse que la prevención primaria es la única eficaz en múltiples ocasiones.

Para poder desarrollar la vida de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y destrezas por parte del personal de salud, pero sobre todo, un nuevo tipo de relación con el paciente. Hacer promoción de la salud significa, en definitiva, ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar .

Los problemas de salud comunes y aparentemente banales son los precursores de otros mas graves, de deterioros irreversibles y de muertes prematuras. Problemas como el tabaquismo, el alcoholismo, la diabetes o la limitación crónica al flujo aéreo están ligados en gran medida a actitudes conductuales, y es responsabilidad del personal de salud mostrar el grado en que estas abocan a la enfermedad. Evitar el inicio de estos hábitos es la mejor manera de contribuir a la promoción de la salud.

Es una función esencial del personal de enfermería ofrecer información adecuada respecto a los hábitos dietéticos, los efectos del tabaco, alcohol y otras drogas, recomendar el ejercicio físico adecuado a cada edad y detectar, a partir de la relación establecida con el paciente, los conflictos que puedan iniciarse por inadaptación personal o social.

Es necesario priorizar las necesidades según el sexo y edad de las personas a las que nos dirigimos; así, mientras debe preocuparnos ofrecer servicios de planificación familiar

adecuados a las mujeres en edad fértil. nos interesará conocer cuáles son las necesidades y expectativas sociosanitarias de la población anciana.

La promoción de la salud en cuanto a que esta ligada estrechamente a la pedagogía sanitaria, debe ser una labor fundamental de los profesionales de enfermería que, a menudo, establecen un vínculo de comunicación con los pacientes más intenso que el de otros profesionales sanitarios.

Es evidente que el amplio campo de actuación de las medidas de promoción de la salud no depende solo del personal de salud: fuera de él, las instituciones públicas y los gobiernos que diseñan la legislación general, y más concretamente la que regula la publicidad de determinados productos, tienen en esta área una responsabilidad de primer orden.

Componentes esenciales de la Atención Primaria a la Salud:

1. Educación sanitaria sobre los problemas de salud que se presenten, así como acerca de métodos preventivos y curativos que existen para resolverlos.
2. Promoción de buenas condiciones alimenticias y nutricionales.
3. Provisión suficiente de agua y de medidas higiénicas básicas.
4. Protección materno-infantil, incluida la planificación familiar.
5. Vacunación ante las principales enfermedades infecciosas.
6. Prevención y control de las endemias locales.
7. Tratamiento de las enfermedades comunes.
8. Provisión de los medicamentos esenciales.⁵

⁵ Zurro, Martín A. Atención Primaria. Conceptos, Organización y practica Clínica. Madrid. España.1995 Pag. 292-298.

2.5 MODELO DE PROMOCION A LA SALUD (NOLA PENDER)

El modelo de promoción de la salud se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. La teoría de Fishbein de la acción razonada, que afirma que la conducta es una función de las actitudes personales y las normas sociales, ha influido también en el desarrollo del modelo. El modelo de promoción de la salud tiene una construcción similar a la del modelo de creencia en salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud. Los fundamentos de la Dra. Pender sobre el desarrollo humano, la psicología experimental y la educación contribuyen también a estos fundamentos sobre psicología social y teoría del aprendizaje que plasma en su modelo de promoción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Principales conceptos y definiciones:

1. Importancia de la salud. Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
2. Control de la salud percibido. La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud puede motivar su deseo de salud.
3. Autoeficacia percibida. La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.
4. Definición de salud. La definición del individuo sobre lo que significa salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.
5. Estado de salud percibido. El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

6. Beneficios percibidos de las conductas. Los individuos pueden sentirse mas inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

7. Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud. La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios.

Aceptación por la comunidad de enfermería:

Practica- El concepto de promoción de la salud es muy popular dentro de la practica. El bienestar como especialidad de la enfermería ha tenido su auge durante la ultima década. El coste humano, financiero y ambiental que la sociedad paga por los individuos que no colaboran en la prevención y promoción sanitaria es muy alto.

Formación- El empleo del modelo de promoción de la salud no ha sido introducido aun en la formación de enfermería. La promoción de la salud constituye un nuevo énfasis que queda actualmente por detrás de los cuidados dirigidos a la enfermedad, debido a que la formación clínica se enfoca mayormente a los equipos de cuidados de fase aguda.

.Investigación- El modelo de promoción de la salud constituye principalmente un cuestionario para la investigación. Se han publicado docenas de informes en los que se emplea el modelo y el perfil de estilo de vida promotor de salud. El modelo tiene implicaciones para su aplicación debido al énfasis que pone en la importancia de la valoración individual de los factores que se cree que influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Características del modelo:

Sencillez- El modelo de promoción de la salud es fácil de entender. Su lenguaje es claro y accesible a los enfermeros/as. Las relaciones entre los diferentes factores de cada grupo están bien establecidas, pero requieren una mayor clarificación. Los grupos de factores quedan representados claramente como influencias directas o indirectas mediante un

sencillo diagrama que muestra su asociación. Los factores se consideran independientes, pero los grupos tienen un efecto interactivo que da como resultado la acción.

Generalidad- El modelo tiene un espectro de nivel medio. Es fácilmente generalizable a las poblaciones adultas. Las investigaciones de las que se deriva el modelo se basan en muestras de hombres, mujeres, jóvenes, ancianos, sanos y enfermos. Actualmente se está comprobando la aplicabilidad del modelo a los niños de edades comprendidas entre los 10 y los 16.

Precisión empírica- El modelo ha sido apoyado por las comprobaciones realizadas por Pender y otros como sistema para explicar la promoción de la salud. El perfil de estilo de vida promotor de la salud ha surgido como un instrumento para valorar las conductas promotoras de la salud.

Consecuencias- La Dra. Pender ha identificado la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de las enfermedades lo fue del siglo XX. El modelo puede influir potencialmente la interacción entre el enfermero/a y el consumidor. Pender ha respondido al entorno político, social y personal de su tiempo para clarificar el papel de la enfermería de proporcionar servicios de promoción de la salud a las personas de todas las edades.⁶

2.6. OBSTACULOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION A LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA

La introducción de las actividades preventivas y de promoción para la salud en el seno de las habituales de la atención primaria tropieza todavía con diversas dificultades que es necesario analizar para poder vencerlas mediante acciones desarrolladas en los distintos niveles de sistema sanitario. Estas dificultades son importantes y, en muchos casos, están relacionadas con el hecho de que la atención primaria sufre graves déficit infraestructurales, con insuficiencias de todo tipo de dotaciones.

⁶ Marriner- Tomey, Ann. Modelos y teorías en Enfermería. 3ª Edición. Madrid, España. 1994. Editorial Mosby/ Doyma. Pag 509-512.

Los obstáculos pueden ser sistematizados de la siguiente forma:

1. Una relación médico paciente inadecuada y sin continuidad temporal es, sin duda, un factor negativo para conseguir el éxito en aspectos tan importantes como la aceptabilidad y cumplimiento de las actividades propuestas por parte de la población consultante.
2. El trabajo aislado de los profesionales. El contexto de trabajo también parece influir en forma decisiva en el grado de cumplimiento de las actividades.
3. La falta de tiempo, derivada frecuentemente de una dotación insuficiente de recursos humanos o materiales, a la que suele sumarse una sobrecarga de trabajo por excesiva demanda asistencial curativa.
4. Déficit importantes en los sistemas de registros y citaciones, así como en la documentación clínica utilizada por el equipo.
5. Falta de instrumental y de otros materiales necesarios para la realización de actividades programadas.
6. La falta de valoración de los profesionales y la población de la importancia del problema a prevenir.
7. La ausencia de colaboración o coordinación con otros sectores relacionados con la salud y con los medios de comunicación social.
8. La existencia de recomendaciones diversas acerca de la pertinencia, periodicidad o forma de realizar determinadas actividades preventivas.
9. Las lagunas preventivas de los profesionales sanitarios en el campo de la prevención y promoción de la salud, a lo que en algunas ocasiones se suma cierto grado escepticismo acerca de su efectividad.
10. La ausencia o escasez de incentivos personales y colectivos, incluidos los económicos, relacionados con el grado de implantación y cumplimiento de actividades preventivas y de promoción.

Estos obstáculos y restricciones deben vencerse mediante la puesta en marcha de medidas positivas o de incentivación que incidan en forma directa sobre los distintos componentes del programa: el sistema, los profesionales y la población.⁷

⁷ Zurro, Martín A. Op. Cit. Pag 299- 300.

2.7. PROCESO DE ENSEÑANZA

La efectividad de las actividades educativas que realiza el personal de salud requiere de la comprensión de los diferentes elementos que intervienen en la enseñanza.

Enseñar a la población como conservar y promover su salud implica el reconocimiento de las características y peculiaridades de este proceso, de las formas y procedimientos de dirección del aprendizaje, de los materiales educativos de apoyo y de otros aspectos más.

Si el objetivo de la educación para la salud es el cambio de conducta en beneficio de la salud, es necesario, entonces, conocer las características dinámicas de la enseñanza.

El concepto enseñanza supone tanto una labor y esfuerzo educativo dirigido a grupos, como un que hacer más complejo, a conglomerados o colectividades, mediante el empleo de técnicas de difusión masiva.

De esa manera se señalan las peculiaridades didácticas de los educandos, de las características de los objetivos de aprendizaje que deben lograrse, del contenido educativo que deben conocer las personas, de los procedimientos didácticos que se usan en la enseñanza, de los medios educativos auxiliares de la función del educador y de la naturaleza de la situación didáctica.

En la enseñanza de la educación para la salud hay que considerar los siguientes elementos:

- Universo de educandos. Lo forman las personas a quienes se va a educar. Puede decidirse que son los beneficiarios de los mensajes que los trabajadores de la salud harán llegar a la población.

El aprendizaje es un proceso activo, principio que debe tomar muy en cuenta el trabajador de salud haciendo participar a los educandos en el proceso de la enseñanza, ya sea niños, adolescentes o adultos, independientemente de sus características educativas, sociales, culturales o económicas.

Los conocimientos que sobre salud y enfermedad tienen las personas, son el resultado de una amplia y variada experiencia que se inicia en el hogar, se continúa en la escuela, en el trabajo y en la colectividad.

Así pues, el universo potencial de sujetos de la educación para la salud esta constituida por toda la Población.

- **Objetivos.** Las actividades educativas que realiza el trabajador de la salud deben dirigirse al cumplimiento de objetivos de aprendizaje, es decir, al hacer educación para la salud lo que se busca son cambios de actitudes y de conducta.
- **Contenido educativo.** El contenido educativo sustituye el elemento por medio del cual se alcanzaran los objetivos propuestos. Comprende los mensajes que el trabajador de la salud deberá difundir entre los educandos, utilizando para ello los procedimientos y los medios auxiliares convenientes. Este elemento del proceso de enseñanza se refiere a las verdades científicas sobre salud y enfermedad, las circunstancias ambientales que perjudican o favorecen la salud y las acciones practicas que deben realizarse para el logro del bienestar.
- **Los procedimientos o técnicas.** Para llevar a cabo el trabajo en educación para la salud, se cuenta con una serie de instrumentos que lo facilitan, que son las técnicas o ayudas didácticas. El uso de técnicas auxiliares constituye una exigencia y necesidad para el educador en salud, el cual requiere de un entrenamiento previo para su implementación. Lo importante de las técnicas esta en encuadrarlas en el conjunto de los temas y objetivos, comprobando que tienen una utilidad relativa en función de su papel de medio adecuado a su fin. Si no se les sitúa en este enfoque, pierden su fuerza y eficacia. Su valor depende del grado de inserción en toda la dinámica de conjunto que va llevando a los participantes hacia una toma de conciencia personal o colectiva.
- **El educador.** Para que un educador cumpla su propósito, es indispensable que sepa lo que va a enseñar, que lo sepa transmitir en forma adecuada que refuerce lo enseñado con el testimonio y su conducta personal, sobre todo, en los casos en los que se esta tratando de enseñar actitudes frente con problemas específicos. Así, independientemente de las técnicas que utilice, sus características de personalidad serán definitivas para el éxito o el fracaso del proceso de transmisión.
- **La situación didáctica.** Es la relación que se establece entre el trabajador de la salud y un grupo de personas quienes se les dirigirá un mensaje de salud. En términos pedagógicos se trata del acto docente.

El proceso de enseñanza en la educación para la salud, significa la organización de todos los casos y momentos que debe realizar el trabajador de la salud, a fin de lograr en los educando conductas en beneficio de la salud individual y colectiva. Pero es necesario entender que la enseñanza no debe ajustarse a esquemas rígidos, por el contrario, siempre es útil examinar de diferentes soluciones educativas para encontrar las que más convengan a una situación determinada. Todo esto implica perseverancia y sentido práctico, así como sensibilidad e imaginación por parte de los trabajadores de salud.⁸

2.8 UN METODO CORRECTO DE ENSEÑANZA (EDUCACION LIBERADORA)

La Educación Liberadora empezó a tomar forma hacia 1960 y surgió como una alternativa de lucha en favor de los explotados, como fruto del trabajo de Paulo Freire con grupos de analfabetas de la región más pobre del Brasil, el Noreste. Ahí, Freire aprendió lo que significa ser analfabeta en una sociedad dirigida por quienes conocen las letras y que se aprovechan de esta situación para enriquecerse, despreciando y explotando a quienes no han tenido acceso a la educación.

La comprensión del nacimiento de la Educación Liberadora de Paulo Freire quedaría incompleta si no se toma en cuenta el trabajo realizado por éste educador a lo largo de su vida: en Brasil, Chile, y en algunas naciones del continente africano.

El método de alfabetización creado por Paulo Freire permitía, en un plazo de tiempo más o menos corto alfabetizar a los adultos. Pero este método tenía como finalidad principal la de hacer posible que el adulto aprendiera a leer y escribir su historia y su cultura, a leer su mundo de explotación y no solamente a recibir en forma pasiva los mensajes que los gobernantes querían que ellos aprendieran para facilitar su acción explotadora.

El método de Paulo Freire no fue creado como un instrumento de subversión sino como una alternativa que hiciera posible que los hombres y las mujeres, a los que se les había negado el derecho a expresar y decidir su vida, pudieran conquistar este derecho.⁸

⁸ S.S.A. Op.Cit. Pag.21-40.

Como el mundo de los analfabetas es de explotación, con el método de alfabetización liberadora de Freire, esos hombres y esas mujeres que no sabían leer ni escribir empezaron a decir lo que pensaban, a expresar sus intereses que eran opuestos a los de los gobernantes. Para los ricos, la Educación Liberadora era subversiva y comunista porque permitía que los hombres y las mujeres expresaran sus ideas y se organizaran para defender sus intereses. La posibilidad de desarrollar la Educación Liberadora en Brasil fue suprimida y Freire tuvo que abandonar el país. Así, Freire inició sus largos años de exilio, hasta que por fin pudo regresar a Brasil en 1981.

Paulo Freire prefiere hablar en los términos de educador-educando y no en los términos tradicionales de profesor-alumno, para enfatizar la necesidad de crear una nueva relación entre los seres humanos que participen en la educación como sujetos, para resaltar el hecho de que el alumno y el profesor aprenden conjuntamente, intentan conocer para transformar la sociedad en la que viven y no la aceptan tal como es. El acto de enseñar presupone el aprender. Nadie educa a nadie: los hombres se educan entre sí mediatizados por su trabajo diario, nos dice Freire. Todos sabemos algo de algo, nadie puede creer que posee la verdad absoluta sobre las cosas. De ahí la exigencia del diálogo, en donde el profesor y el alumno puedan opinar sobre las cosas, analizarlas y participar en la toma de decisiones de todo lo que les va a afectar.⁹

⁹. Escobar G. Miguel, Paulo Freire y la Educación Liberadora, Editorial El Caballito, México, 1985, pag. 9-11.

La educación para la salud es una tarea difícil, no solo porque, habitualmente, el personal de enfermería que ha de llevarla a cabo no se encuentra capacitado para ello y también por no hacer un trabajo que produzca resultados inmediatos. A esta dificultad se agrega la presión de la población que requiere soluciones a sus problemas actuales de salud, es decir, medicina curativa. El limitar su trabajo a acciones curativas es una tentación fácil para el personal de salud ya que representa la función para la cual ha sido capacitado y así soluciona dos problemas: evita las dificultades de la educación para la salud y da respuesta inmediata a las solicitudes de la comunidad.

Se persigue un cambio en el papel de la comunidad en salud, el personal sanitario ha de aprender a escuchar, dialogar y aprender de los demás, así como compartir de sus propios conocimientos.

El éxito de la educación y salud solo puede alcanzarse en la medida en que el personal sanitario logre captar la confianza y participación a la comunidad en los trabajos de promoción a la salud, y esto solo es posible si se trabaja en función de sus anhelos, necesidades e inquietudes. Es por todo esto que surge la necesidad de tener un método correcto de enseñanza donde el personal de enfermería y la comunidad se involucren en la solución de sus problemas de salud, basándose en sus propias experiencias y encontrar así una forma de lograr el autocuidado individual, familiar y comunitario. Considerando que el autocuidado individual es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular factores que afecten a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.¹⁰

El Modelo de Educación Liberadora considera a los alumnos (población en general) básicamente activos, y pueden llegar a ser autosuficientes. Consiste en tener un dialogo abierto, en el cual hay muchas respuestas sacadas de la experiencia de la gente y todos se enseñan los unos a los otros.

¹⁰ Marriner Tomey Ann. Op.Cit Pag 213.

La forma principal de aprender es activa, todos contribuyen, se aprende haciendo y discutiendo.

Se compone de tres etapas: Iniciación, Consolidación y Proyección. En cada una de las etapas y momentos de enseñanza se procura integrar los cuatro pilares básicos de la medicina liberadora: Prevención, Curación, Concientización y Organización.

Dentro de los temas y conceptos importantes que incluye el modelo de educación liberadora incluye los siguientes: análisis críticos, conciencia social, habilidades de comunicación enseñanza y organización, innovación autosuficiencia, uso de recursos, etc.¹¹

¹¹ Wener David. Aprendiendo a promover la salud. México D.F. 1989. Editorial Fundación Hesperian. Pag. 26-27.

CAPITULO III

MATERIAL Y METODOS

3.1 JUSTIFICACION

La enfermera ante todo, desarrolla una actividad de carácter docente que se justifica mas aún si se considera la posibilidad de incrementar capital cultural de la población, que se traduzca en una actitud responsable de autocuidado.

Esta responsabilidad del sujeto de cuidado, solo es posible si se asume la actividad educativa en un sentido participativo, democrático, que involucre a todos los participantes en el proceso de conocer, hacer y ser, de manera que se rompa con los estereotipos asistencialistas, paternalista de educación para la salud.

En nuestro país existe un numero considerable de muertes causadas por enfermedades que se pueden prevenir.

Es por tal motivo que consideramos la necesidad de cambiar de un modelo conservador de enseñanza a un modelo de educación liberadora.

3.2 OBJETIVOS

Objetivo General

Demostrar cuales son los efectos de un modelo de educación liberadoras conducido por enfermeras.

Objetivos Específico

- Conocer el modelo de educación liberadora.
- Implementar actividades de educación para la salud sustentadas en el modelo de educación liberadora .
- Evaluar los resultados de la implementación del modelo de educación liberadora a través del autocuidado.

3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Licenciado en Enfermería contempla entre sus funciones sustantivas la enseñanza, esta es, el promover cambios de conducta en la población para mejorar sus condiciones de vida y de salud.

De manera tradicional la educación para la salud en las unidades de primer nivel de atención son realizadas por el personal de enfermería de una manera estereotipada y reduccionista en donde los participantes no se involucran en el autocuidado de su salud.

Por lo anterior, ¿cuál es el efecto en la educación para la salud de un modelo de educación liberadora conducido por la enfermera?

3.4. HIPOTESIS

El efecto en la Educación para la Salud de un modelo de educación liberadora, conducido por la enfermera, es el autocuidado de su salud y la proyección del autocuidado a la familia y la comunidad.

3.5 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo analítico, prospectivo, de intervención, de educación, de primer nivel.

3.6 UNIVERSO ESTUDIO

Usuarios del Centro de Salud Urbano T II "Arenal 4ª. Sección"

3.7 UNIDADES DE OBSERVACION

Usuarios de servicios de salud.

3.8 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

Inclusión- Hombres y mujeres de 10 a 50 años de edad. que sean residentes del área de influencia del centro de salud.

Exclusión- Menores de 10 años y mayores de 50 años. y que no sean residentes del área de influencia.

Eliminación- Aquellos que deserten durante la realización del estudio.

3.9 UNIVERSO MUESTRA

No estadístico. arbitrario conformado con 80 personas.

3.10 VARIABLES ESTUDIO

A) VARIABLE INDEPENDIENTE:

Modelo de educación liberadora.

B) VARIABLE DEPENDIENTE

Autocuidado de la salud.

3.11 INSTRUMENTOS

En la primera etapa se utilizó la hoja epidemiológica.

En la segunda y tercera etapa se llevó a cabo el registro de la asistencia en una libreta de control.

3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez y confiabilidad se confirman por la utilización de la hoja epidemiológica y el registro de la asistencia.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 ETAPA DE INTRODUCCION

En el desarrollo del proyecto se consideraron tres etapas: iniciación, consolidación y proyección. La primera etapa se desarrolló con 80 personas a quienes se les invitó a participar. Dicha invitación incluyó la orientación acerca del propósito del estudio y el llenado de la hoja epidemiológica. De ésta forma se encontró que se trataba de personas en el grupo de edad de 41 a 50 años un 32.5%, un 25% de 31 a 40 años, en 23.75% de 21 a 30 años y por último el 18.75% de 10 a 20 años. (Ver cuadro y gráfica #1)

En cuanto al sexo predominó el femenino con 65% y el 35% restante lo integró el sexo masculino. (Ver cuadro y gráfica #2) Respecto a la escolaridad en su mayoría tienen estudios de secundaria con el 32.5%, el 27.75% tienen estudios de primaria, en cuanto a estudios a nivel medio superior lo componen el 20%, con carrera comercial 15%, a nivel superior 7.5% y con escolaridad nula 1.25%. (Ver cuadro y gráfica #3)

En la ocupación de los sujetos estudio el 42.5% se dedica al hogar, el 23.75% es estudiante, el 11.25% es empleado, son comerciantes el 10%, obreros el 7.5% y jubilados el 5% restante. (ver cuadro y gráfica #4)

Con el llenado de la hoja epidemiológica se detectaron los problemas de salud más frecuentes, en donde hipertensión arterial ocupó el 14.3%, gripa 11.5%, amigdalitis 10.7%, vulvovaginitis 9.3%, gastroenteritis, dolor muscular y diabetes con 7.9%, cistitis e insuficiencia venosa periférica con 4.3%, parasitosis con 3.5%; caries dental, reumas y úlcera gástrica con 2.8%, otitis y amibiasis 2.4%, desnutrición, heridas y neurosis 2.1%, y por último bronquitis con .7%. (Ver cuadro #6)

Durante el llenado del instrumento se orientó sobre las causas básicas de los padecimientos más frecuentes que presentaban, concientizándolos para lograr así, el autocuidado de su salud.

A las personas entrevistadas se les hizo la invitación a participar en la segunda etapa del proyecto explicándoles las actividades que se realizarían. Las personas que aceptaron fueron incluidas en una libreta de registro donde se llevó el control de la asistencia.

4.2 ETAPA DE CONSOLIDACION

En la etapa de consolidación se establecieron diferentes fechas para la elaboración de material didáctico, participando el 53.75% de las personas entrevistadas en la primera etapa. (Ver cuadro y gráfica #5). El día 3 de mayo del 2000 se trabajó con el periódico mural de diabetes mellitus, participando en su mayoría personas con ésta patología.

El día 4 de mayo se realizó el periódico mural de hipertensión arterial, el 24 de mayo se realizó un rotafolio de enfermedades diarreicas, el 25 de mayo se elaboró un tríptico de infecciones respiratorias agudas y el 12 de junio se realizó un rotafolio de SIDA. (Ver anexos de material didáctico) Se invitó a los participantes a todas las sesiones, asistiendo a la que era de mayor interés para ellos. Hubo personas que participaron en varias de las sesiones. Durante éstas reuniones la gente participaba activamente en la elaboración del material didáctico, dando ideas y mencionando sus propias experiencias para ser incluidas en éste material. También se les explicó en qué consistía la tercera etapa del proyecto y se les dio la fecha de las reuniones para el desarrollo de ésta.

4.3 ETAPA DE PROYECCION

En ésta etapa los participantes proyectaron sus conocimientos aprendidos durante la primera y segunda fase del proyecto. Cada uno de ellos exponía el tema de acuerdo al material que había elaborado. Participaron el 48.75% de los encuestados en la etapa de introducción.

Al inicio de la reunión hubo muestras de timidez por parte de algunos de los presentes, pero durante el transcurso de la sesión los demás participantes contagiaban el ánimo y así todos expresaban sus conocimientos y experiencias. Logrando una retroalimentación entre todos los asistentes observando que en verdad se sensibilizaron y detectaron la importancia que tiene el conocer las verdaderas causas que nos llevan a un estado de enfermedad.

En el desarrollo de la reunión los participantes nos exponían cómo iban a transmitir la información a sus hogares incluso con sus vecinos, para alcanzar con esto que en su entorno se practique un verdadero autocuidado de su salud.

4.4 DISCUSION Y ANÁLISIS

Con la aplicación del modelo liberador se pretende un cambio de actitud y de conducta, para la implementación de medios que le permitan al individuo y la comunidad la conservación y mejoramiento de su salud. La primera etapa se realizó a través de la hoja epidemiológica, ésta hoja fue un pretexto para acercarnos al usuario y encontrar junto con ellos los problemas de salud que aparecen con mayor frecuencia en su comunidad.

Con éste acercamiento se dejaba expresar al individuo lo que para él son las causas aparentes que provocan los problemas de salud para después nosotros intervenir hablando de las causas básicas de dichos padecimientos, así, se logró una orientación educativa individual resolviendo dudas y tratando de erradicar mitos.

Al involucrar a la comunidad en actividades de salud, va ganando experiencia de participación, y por consiguiente abre camino hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo.

La evaluación del individuo es subjetiva, ya que no podemos decir con precisión cuánto aprendió, pero para nosotros el haber asistido a la segunda etapa es por que la primera fue satisfactoria y convincente.

Más de la mitad de las personas entrevistadas, participaron en la elaboración de material didáctico propiciando y estimulando un espacio de intercambio entre distintas formas de

saber, a través de un diálogo democrático entre cada uno de los participantes, adquiriendo conocimientos, expresando inquietudes y resolviendo sus dudas.

Los participantes asimilaron que los problemas de salud comunes y aparentemente sin importancia son los precursores de otros más graves, de deterioros irreversibles y de muertes prematuras. Por tal motivo la importancia de practicar la prevención mediante una verdadera conciencia de autocuidado.

Para la etapa de proyección hubo poco ausentismo, las personas que asistieron estaban motivadas para expresar lo aprendido, había personas que tuvieron la iniciativa de documentarse acerca del tema que se estaba tratando para ampliar sus conocimientos y transmitirlos a los presentes.

4.5 CONCLUSIONES

-Se concluye que el efecto en la educación para la salud de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras, es el autocuidado de su salud y la proyección del autocuidado a la familia y la comunidad.

-Que el modelo de educación liberadora es un método correcto de enseñanza para concientizar a la población sobre sus problemas de salud y lograr que se involucre en la solución de éstos.

-Que con el modelo de educación liberadora no se obtienen resultados inmediatos, ya que se requiere de más tiempo para valorar verdaderamente el cambio de actitudes y de conductas, pero se evaluó por el interés de las personas que participaron desde la primera etapa y terminaron hasta la etapa de proyección, demostrando significativamente lo que aprendieron.

-Que hace falta que el personal de enfermería se involucre verdaderamente en un modelo de educación para la salud y propicie que la comunidad participe activamente para resolver sus problemas de salud.

4.6 PROPUESTAS

-Concientizar al personal de enfermería de adoptar nuevas formas de educación para la salud, como el modelo de educación liberadora.

-Que el personal de salud tenga una mejor organización de sus actividades, dedicando más tiempo a la educación para la salud, para así lograr transmitir una conciencia de prevención en la comunidad.

-Que el equipo de salud aprenda a saber escuchar a la población para poder dar alternativas de solución a sus problemas de salud.

-Aceptar que la comunidad puede aportar ideas para el mejoramiento de su salud, y que puede trabajar en conjunto con el equipo de salud.

-Que se siga investigando sobre la educación liberadora e implementarla con una evaluación a más largo plazo.

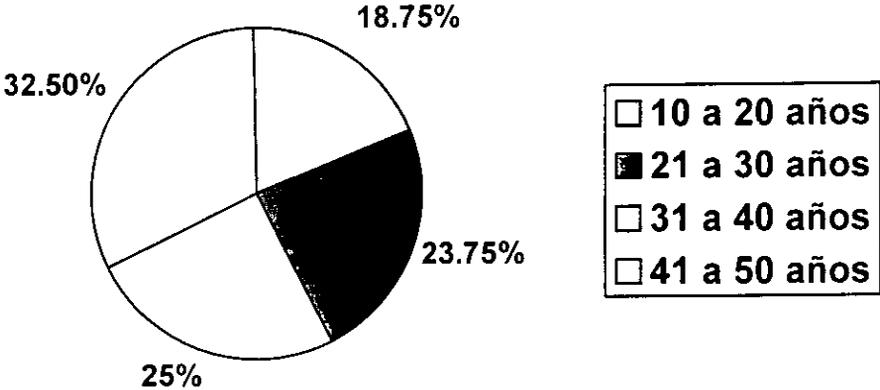
ANEXOS

Cuadro #1. Edad de los sujetos estudio de efectos de un modelo de Educación Liberada conducido por enfermeras.

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
10 a 20 años	15	18.75%
21 a 30 años	19	23.75%
31 a 40 años	20	25%
41 a 50 años	26	32.5%
Total	80	100%

Fuente: 80 encuestas aplicadas a los usuarios del C. de Salud U. TII "Arenal 4ª. sección"/2000

Gráfica #1. Edad de los sujetos estudio de efectos de un Modelo de Educación Liberadora conducido por enfermeras.



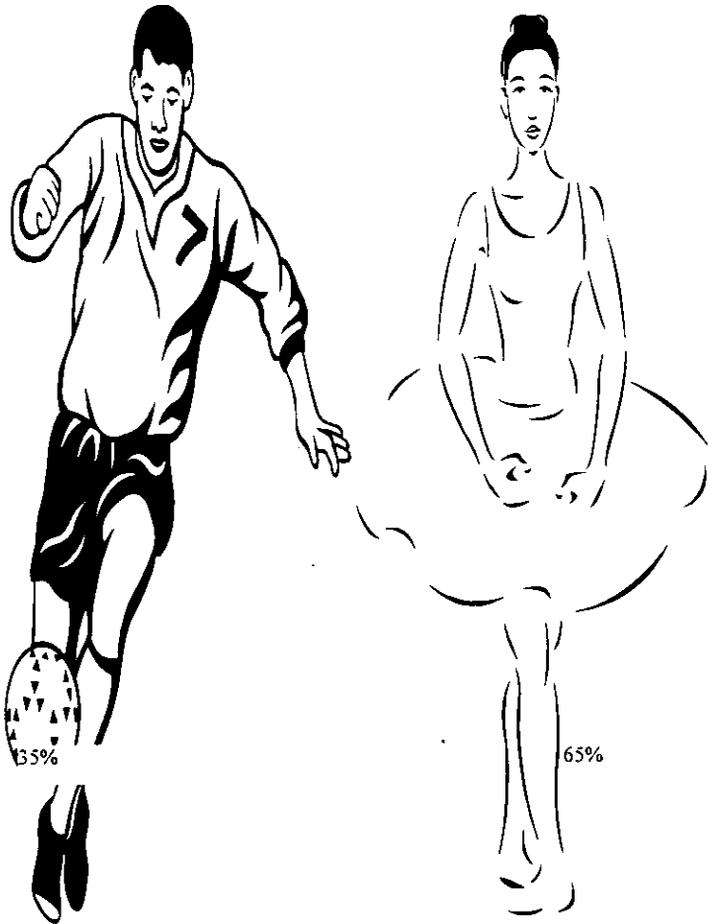
Fuente: 80 encuestas aplicadas a usuarios del C.S.U. TII "Arenal 4ª. sección"/2000

Cuadro #2. Sexo de los sujetos estudio de efectos de un modelo de Educación Liberadora
conducido por enfermeras.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Femenino	52	65%
Masculino	28	35%
Total	80	100%

Fuente: 80 encuestas aplicadas a usuarios del
C.S.U. TII "Arenal 4ª. sección"/2000.

Gráfica #2. Sexo de los sujetos estudio de efectos de un Modelo de Educación Liberadora
conducido por enfermeras.



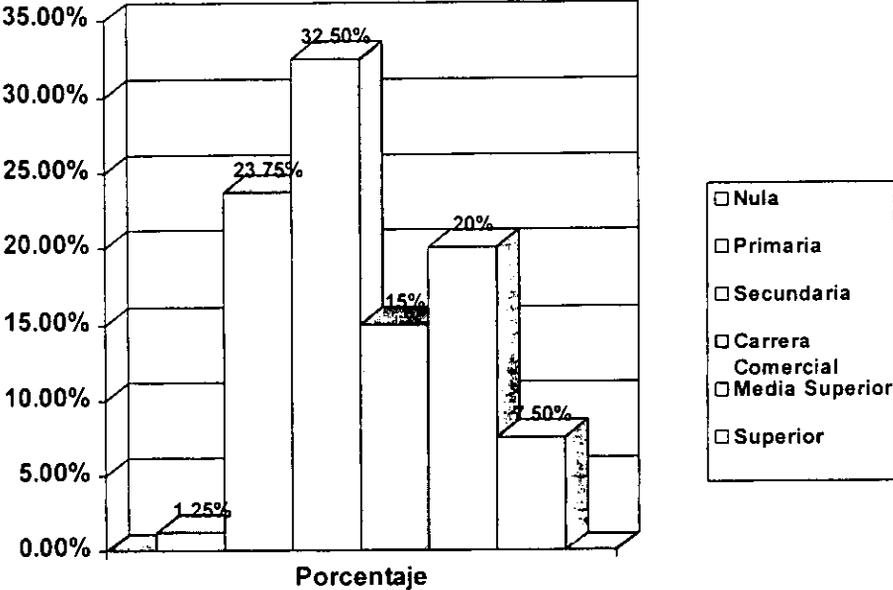
Fuente: 80 encuestas aplicadas a los usuarios del C.S.U. TII "Arenal 4ª. sección"/2000

Cuadro #3 Escolaridad de los sujetos estudio de efectos de un Modelo de Educación Liberadora conducido por enfermeras.

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Nula	1	1.25%
Primaria	19	23.75%
Secundaria	26	32.5%
Carrera Comercial	12	15%
Media Superior	16	20%
Superior	6	7.5%
Total	80	100%

Fuente: 80 encuestas aplicadas a los usuarios del C.S.U.TII "Arenal 4ª. Sección"/2000

Gráfica #3 Escolaridad de los sujetos estudio de efectos de un Modelo de Educación Liberadora conducido por enfermeras.



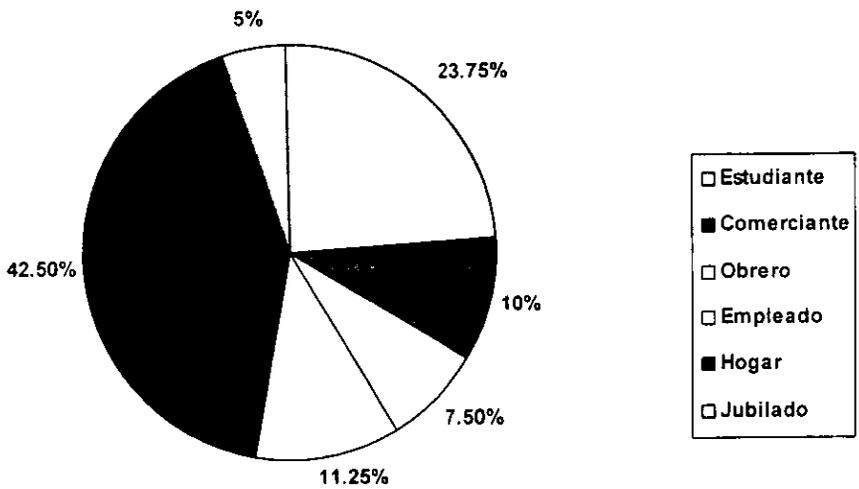
Fuente: 80 encuestas aplicadas a los usuarios del C.S.U.TII "Arenal 4ª. Sección"/2000

Cuadro # 4 Ocupación de los sujetos estudio de efectos de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras

OCUPACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
Estudiante	19	23.75%
Comerciante	8	10%
Obrero	6	7.5%
Empleado	9	11.25%
Hogar	34	42.5%
Jubilado	4	5%
Total	80	100%

Fuente: 80 encuestas aplicadas a los usuarios del C.S.U.TII "Arenal 4ª. Sección"/2000

Gráfica # 4 Ocupación de los sujetos estudio de efectos de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras.



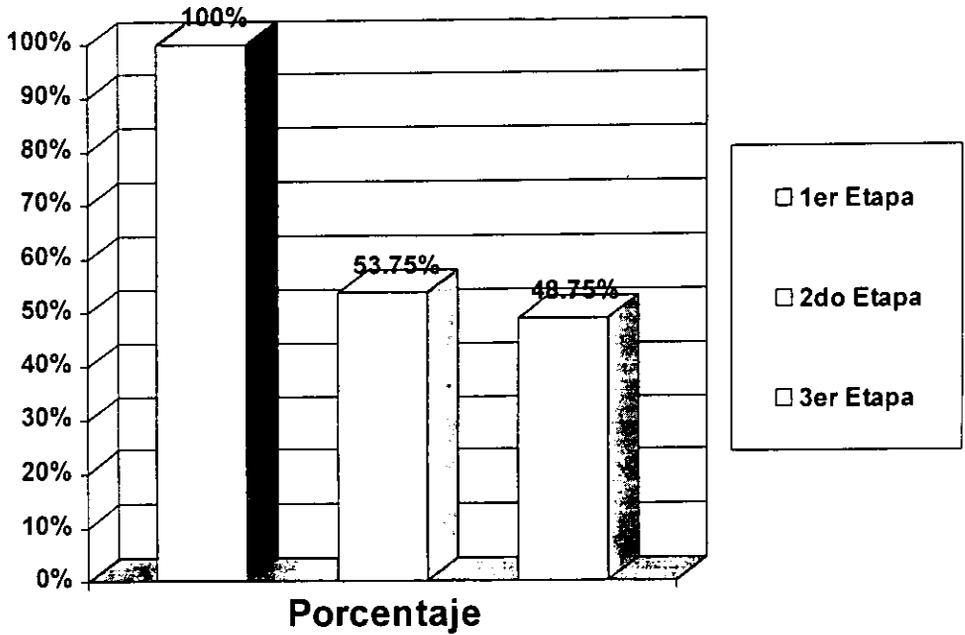
Fuente: 80 encuestas aplicadas a los usuarios del C.S.U.T.II "Arenal 4ª. Sección"/2000

Cuadro #5 Número de Participantes en las etapas del modelo educación liberadora conducido por enfermeras.

ETAPA	NÚMERO	PORCENTAJE
Primera etapa (Iniciación)	80	100%
Segunda etapa (consolidación)	43	53.75%
Tercera etapa (Proyección)	39	48.75%

Fuente: Control de asistencia de los participantes del Proyecto de educación liberadora.

Gráfica #5 Número de Participantes en las etapas del modelo educación liberadora conducido por enfermeras.



Fuente: Control de asistencia de los participantes del Proyecto de educación liberadora.

Cuadro # 6. Enfermedades más comunes de los sujetos estudio de efectos de un Modelo de Educación Liberadora conducido por enfermeras

ENFERMEDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Desnutrición	2	1.4%
Caries Dental	4	2.8%
Amibiasis	3	2.1%
Parasitosis	5	3.5%
Gastroenteritis	11	7.9%
Gripa	16	11.76%
Anginas	15	10.7%
Otitis	3	2.1%
Bronquitis	1	.8%
Vulvovaginitis	13	9.3%
Cistitis	6	4.3%
Reumas	4	2.8%
Dolor Muscular	11	7.9%
Várices	6	4.3%
Hipertensión	20	14.3%
Diabetes	11	7.9%
Ulcera	4	2.8%
Heridas	2	1.4%
Neurosis	2	1.4%
Total	139	100 %

Fuente: 80 Encuestas aplicadas a los usuarios del C.S.U. TII "Arenal 4ª Sección" /2000.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOJA EPIDEMIOLOGICA

Objetivo: Demostrar cuales son los efectos de un modelo de educación liberadora conducido por enfermeras.

I.

1. - Edad. _____ 2. - Sexo. _____ 3. - Escolaridad. _____ 4. - Ocupación. _____

II.

Causas Básicas	Causas Aparentes	Enfermedades	Numero de Enfermos			Consecuencias		
			Niños	Hombres	Mujeres	Gastos	Días Perdidos	Muertes
EXPLOTACION	Falta de Alimentación	Desnutrición Raquitismo Anemia Caries Dental Subtotal						
	Falta de servicios Sanitarios	Amibiasis Parasitosis Gastroenteritis Fiebre intestinal						
	Falta de vivienda y ropa adecuada	Cinpo Anginas Bronquitis Neumonía Otitis Fiebre Reumática Asma Bronquial Subtotal						
	Falta de útiles de aseo	Sarna Projos Impetigo Infecciones Piel Vulvovaginitis Cistitis Subtotal						
	Exceso de trabajo	Reumas Dolor muscular Varices Hipertensión Úlcera Subtotal						
	Accidentes de trabajo	Heridas Fracturas Quemaduras Subtotal						
OPRESION POLITICA	Corrupción Administrativa	Sarampión Poliomielitis Tosfeina Tuberculosis Veneras Paludismo Subtotal						
EDUCACION DEFORMADA	Falta de Conciencia y voluntad	Nemosis Alcoholismo Drogadicción Cirrosis Subtotal						
Total								

MATERIAL DIDÁCTICO

ELABORADO

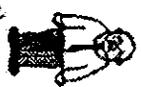
EN LA ETAPA DE

CONSOLIDACIÓN

Periodico Mural ¿ Que es la Diabetes?



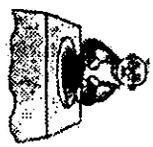
Cansancio



Debilidad



Sed



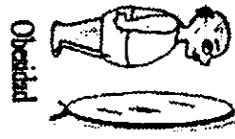
Hambre



Polifuria



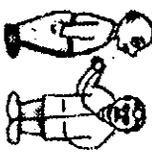
Herencia



Obesidad



Peso Ideal



Revisión Médica



Hacer ejercicio



No introducir objetos



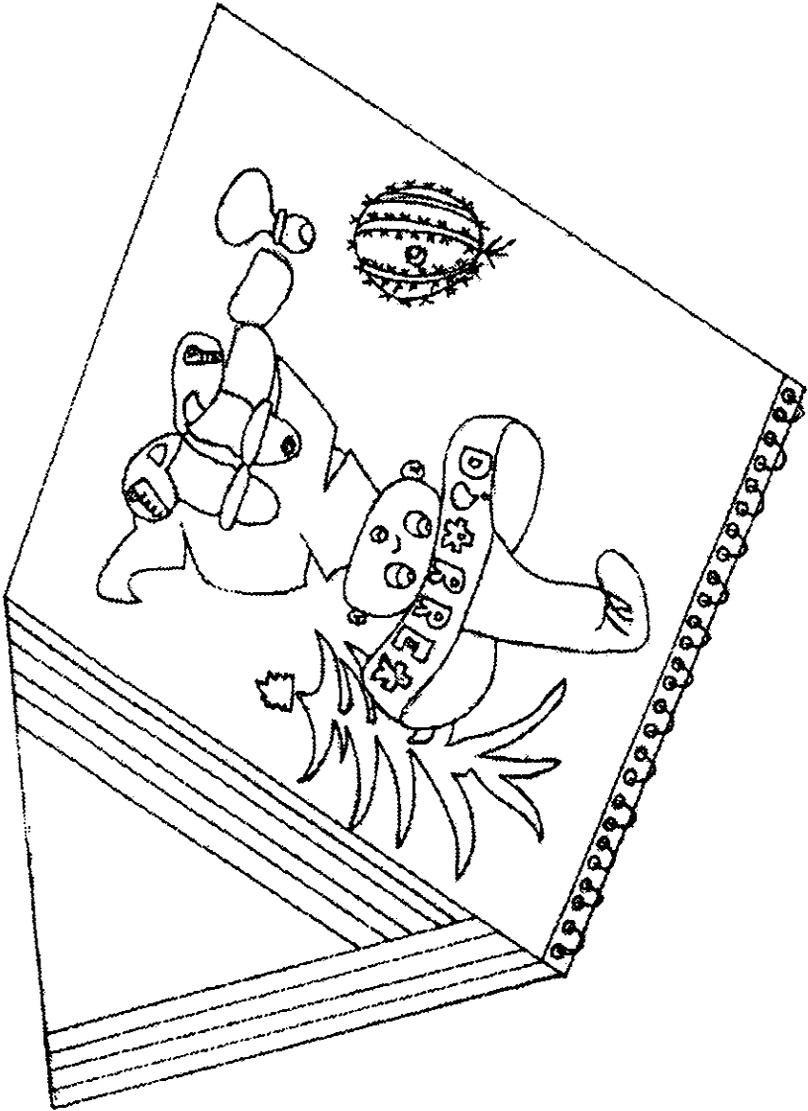
Cuidado de los pies



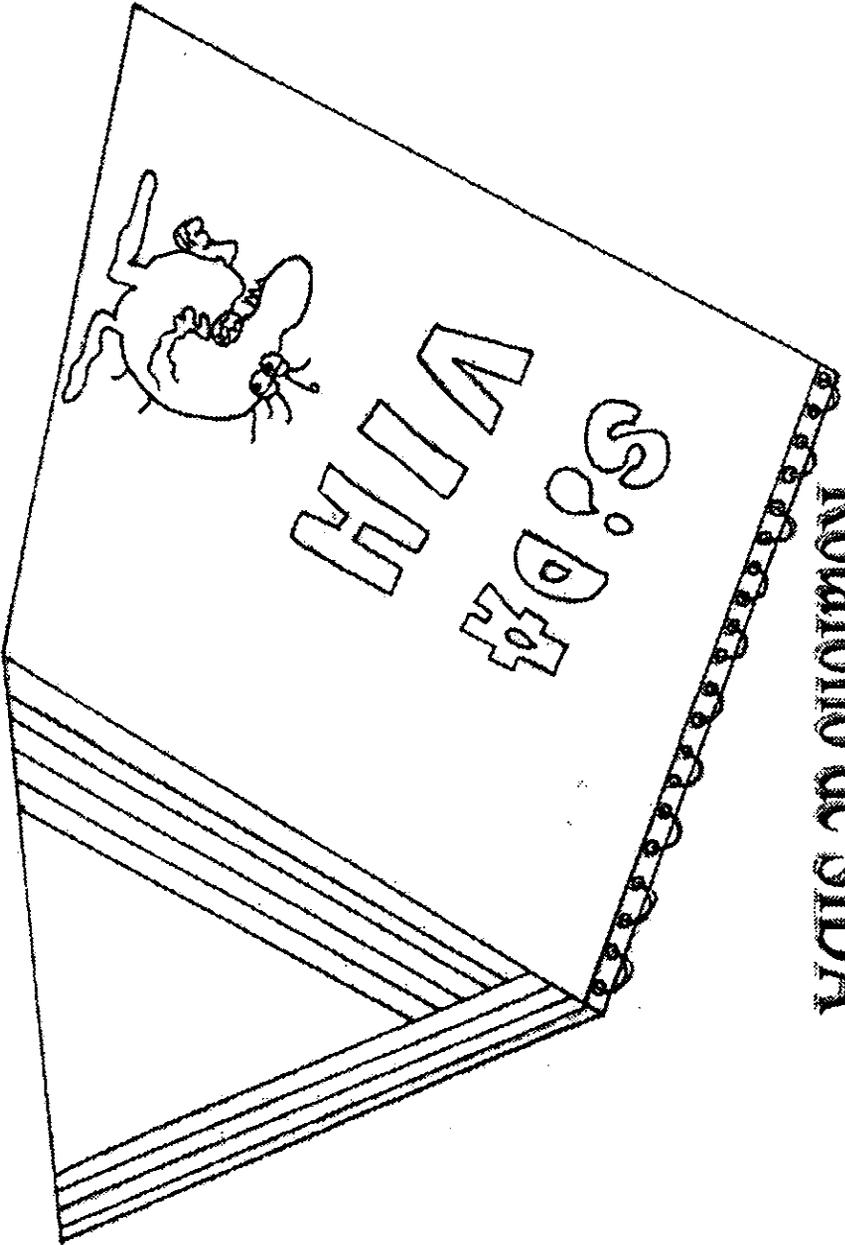
Visita al dentista



Rotafolio de Diarrea

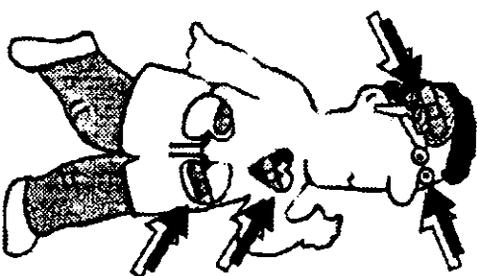
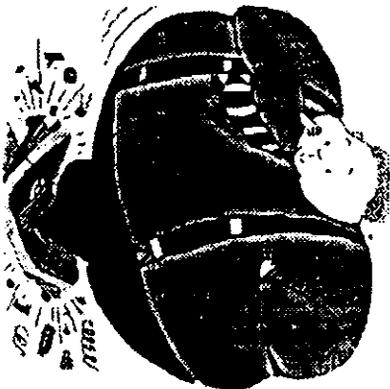
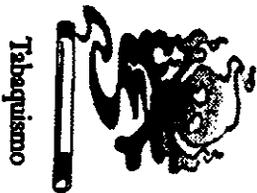
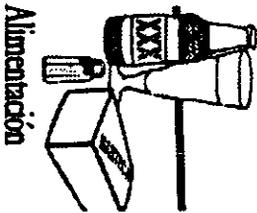
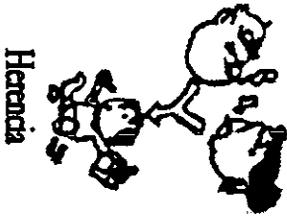


Rotafolio de SIDA

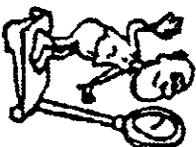


Periodico mural de

Hipertension



Control



BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Alva, Rafael. Educación para la salud. México, D.F. 1995.- Aranda Regules, José Manuel. Nuevas perspectivas en APS. Madrid, España. 1994. Editorial Díaz de Santos. S.A.
- Calvo Bruzos, Socorro. Educación para la salud. Madrid, Esp.1992. Edit. Díaz de Santos. S.A.
- Cavanagh, J. Stephen. Modelo de Orem. Barcelona, España. 1993.
- Escobar G. Miguel. Paulo Freire y la Educación liberadora. Edit el Caballito. México. 1983.
- Freire Paulo. La importancia de leer y el proceso de liberación. Edit Siglo XXI Madrid.
- Garza, Rosa Maria. Aprender como aprender. México, D.F. 1998. Editorial Trillas.
- Hidalgo Guzmán, Juan Luis. Aprendizaje operatorio. México, D.F. 1992. Editorial Casa de la Cultura del Maestro Mexicano. A.C.
- Hilgard, Ernest. Teorías de aprendizaje -México, D.F. 1983. Editorial Trillas.
- Higashida Hirose, Bertha Y. Educación para la Salud. México D.F. 1995. Editorial Interamericana McGraw-Hill.
- Marriner Tomey Ann. Modelos y teorías en enfermería. Madrid, Esp. 1994. Edt. Mosby/Doyma.
- OMS. "La declaración de Alma Ata", conferencia internacional de APS. OMS, UNICEF. Alma Ata. URSS.1978.
- Sanginés García, Agustín. Medicina Liberadora. México, D.F. 1990.
- S.S.A. Manual de Educación para la Salud. México, D.F. 1983.
- Turton Pat, Orr Jean. Enfermería comunitaria. Mexico, D.F. 1992. Editorial Limusa.
- Vargas Domínguez, Armando. Educación para la salud. México, D.F. 1993. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.
- Weller, Barbara F. Diccionario enciclopédico de ciencias de la salud. México, D.F. 1997. Editorial Mc Graw-Hill.
- Wenner, David. Aprendiendo a promover la salud. México, D.F. 1987
- Zurro, Martín A. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Madrid, España. 1995.

GLOSARIO DE TERMINOS

- APRENDIZAJE.** Se entiende por aprendizaje el proceso, en virtud del cual una actividad se origina o se cambia a través de la reacción a una situación encontrada, con tal que las características del cambio registrado en la actividad no puedan explicarse con fundamento en las tendencias innatas de respuestas, la maduración o estados transitorios del organismo.
- ATENCION PRIMARIA.** Asistencia esencial, basada en métodos y tecnología prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo.
- AUTOCUIDADO.** Es una acción de personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismos en situaciones ambientales.
- BACTERIOLOGIA.** Estudio científico de las bacterias.
- BIOMEDICA.** Medicina clínica basada en los principios de las ciencias naturales, biología, bioquímica, etc.
- CENTRO DE SALUD.** Organización comunitaria de salud que provee un cuidado ambulatorio para su prevención.
- COMUNIDAD.** Grupo de individuos que viven en la misma área, y tienen intereses comunes, o pertenecen a la misma organización.

ENFERMEDAD.	Proceso patológico definido, que presenta un conjunto característico de signos y síntomas y que afecta a todo el cuerpo o a cualquiera de sus partes. cuya etiología, patología y pronóstico pueden ser conocidos o no.
EPIDEMIOLOGIA.	Estudio de la distribución de factores que determina la salud y la enfermedad en poblaciones humanas y su aplicación al estudio de la prevención y control de las enfermedades.
ETAPA DE CONSOLIDACION.	Etapa que implica la reflexión sobre la totalidad de la hoja epidemiológica y la preparación clínica a profundidad para pasar a un conocimiento más fundamentado en técnicas preventivas terapéuticas.
ETAPA DE INTRODUCCION.	Etapa de iniciación del modelo de educación liberadora basada en la hoja de control de salud.
ETAPA DE PROYECCION.	Ultima etapa del modelo liberador en donde los promotores de salud proyectan sus conocimientos.
FACTOR DE RIESGO.	Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño.
OMS.	Siglas de Organización Mundial de la Salud.
RIESGO.	Significa la mayor probabilidad de padecer un daño.
SALUD.	La OMS establece: "la salud es un estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad".
SALUD PUBLICA.	Campo de la medicina relacionado con la salvaguarda y mejora del bienestar físico, mental y social de la comunidad como un todo.
UNICEF.	Siglas de United Nations Internataional Children's Emergencia Found, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.