



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE CONDICIONAN LA PARTICIPACION DE
LOS INDIVIDUOS DEL MODULO III DE MORELIA,
MICHOACAN EN LA EDUCACION PARA LA SALUD, EN
SU BENEFICIO, EL DE SU FAMILIA Y LA DE SU
COMUNIDAD.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

ESPARZA LAGUNAS LORENA



ASESOR: L.E.O. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

MEXICO. D.F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

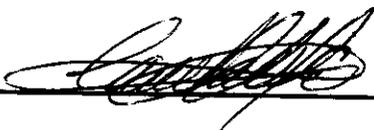


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



VoBo

PROFESOR: EZEQUIEL CANELA NÚÑEZ
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

*Si tienes fe,
Si tú en Dios crees,
Si eres todo un hombre,
Si quieres conocer el mundo,
Si no tienes miedo a la vida,
Si amas de verdad
¡ Abreme ¡
si no
dejame morir sin ser abierto.*

A Dios:

Esforzarnos para descubrir lo divino más allá de lo visible, la lógica, lo racional o las apariencias exteriores que en forma superficial alcanzamos a percibir, ya que solo Dios nos ayuda a encontrar la razón en el sentido y la lógica de vivir.

Gracias Dios por permitirme alcanzar una meta más.

A mis Padres:

Ustedes son la base, el fundamento, los cimientos de mi vida porque siempre tengo cariño, apoyo, ayuda, que surge de su gran amor y se extiende en forma incondicional entre los miembros de la familia
Gracias por estar a mi lado a lo largo de mi formación, por enseñarme que el mayor tesoro que un padre puede heredar a su hijo es el estudio, porque me ayudan a levantarme cuando tropiezo y caigo, me alientan a seguir adelante, a no desmayar, a entregar lo mejor de mí. El peso de mi carga comparten los encuentro en mi soledad, en momentos de duda, en mi alegría, en la enfermedad, en el trabajo. Me perdonan, sin reproches, a darme otra y otra y muchas oportunidades más.

Los quiero Mucho que Dios los bendiga.

Agradecimiento:

Al profesor Exequiel Canela Niñez.

*Gracias por brindarme un poco de su tiempo al asesorar este trabajo;
ya que aprender es una tesoro que acompaña a su dueño por donde quiera.*

Fe de erratas.

Querido lector:

Te pido una disculpa por el error cometido: en los agradecimientos, se escribió la palabra aprendido con una omisión de una letra, es decir la escribimos apendido.

Aunque puse mucho cuidado en el proceso de hacer la tesis, estos errores suceden con mayor frecuencia de lo que quisiéramos.

A mis hermanos:

Sara y Javier

Gracias por pasar tiempo conmigo escuchando mis pensamientos y dándome valor y entendimiento.

A una gran amiga: Gloria Moreno R.

Soy verdaderamente afortunada, tengo una amiga fiel, siempre atenta a escucharme, paciente, dispuesta a perdonar mis faltas, a concederme una nueva oportunidad Gracias Gloria por compartir este pequeño triunfo.

Cada uno de mis amigos especiales, cada uno de ellos ha compartido una parte de mi vida, cada uno sabe cuanto lo quiero porque he aprendido a decirselo, no con palabras si no con acciones, con actitudes y hasta con detalles Gracias

INDICE

I. Introducción	2
II. Justificación.	4
III. Planteamiento del problema.	5
IV. Objetivos.	6
V. Metodología.	7
1. Marco Teórico.	9
1.1 Estrategia de Extensión de Cobertura.	9
1.2 El Estado de Michoacán.	10
1.2.1 Fuentes de trabajo.	12
1.2.1.1 Agricultura.	12
1.2.1.2 Ganadería.	13
1.2.1.3 Industria.	14
1.2.1.4 Comercio.	14
1.2.1.5 Emigración.	15
1.2.2 Distribución de la riqueza.	16
1.2.3 Niveles de salud.	16
1.2.4 Educación.	17
1.2.5 Comida.	18
1.2.6 Casa y Vestido.	20
1.2.7 Personajes ilustres.	21
1.3 Cultura y medicina tradicional	21
1.3.1 La familia.	22
1.3.2 Comunidad rural.	24
1.4 Enseñanza – Aprendizaje.	26
1.4.1 El proceso enseñanza – aprendizaje.	26
1.4.2 Didáctica.	27
1.4.2.1 Planeación.	29
1.4.2.2 Objetivos.	29
1.4.2.3 Preparación del tema.	30
1.4.2.4 Ejecución.	30
1.4.2.5 Motivación.	31

1.4.2.6.	Evaluación.	32
1.5.	Educación para la salud.	33
1.5.1.	Importancia de salud pública.	34
1.5.2.	Educación para la salud y participación de la comunidad.	35
1.6.	Comunicación entre personal de salud y comunidad.	35
1.6.1.	Comunicación.	35
1.6.2.	El comunicador.	36
1.6.3.	Entrar en comunicación y no sólo informar.	37
1.6.4.	Fomento de la autorresponsabilidad del paciente y de la comunidad	39
1.6.5.	Métodos para mejorar la comunicación.	40
1.7.	Métodos y medios auxiliares.	41
1.7.1.	Observaciones generales.	41
1.7.2.	Lenguaje.	42
1.7.3.	Charlas y discurso libre.	43
1.7.4.	Participación de los oyentes en el adiestramiento, algunas indicaciones prácticas.	44
1.8.	Medios y material didáctico.	47
1.8.1.	Cuándo y qué tipo de material didáctico se puede utilizar.	47
1.8.2.	Preparación de los dibujos.	49
1.8.3.	Prueba previa del material de enseñanza.	50
1.8.4.	Algunas recomendaciones prácticas.	51
1.8.4.1.	El tablero (pizarrón).	51
1.8.4.2.	Rotafolio y papelógrafo.	52
1.8.4.3.	Fanelógrafo.	53
1.8.4.4.	Fotografías, diapositivas, filmes.	54
1.8.4.5.	Retroproyector, epidioscopio, películas.	55
1.8.4.6.	Demostraciones.	55
1.8.4.7.	Juegos, roles y teatro.	57
2.	Resultados.	59
3.	Conclusiones.	110
4.	Acciones para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia.	114
5.	Anexos.	115
6.	Glosario.	121
7.	Bibliografía.	123

I. INTRODUCCIÓN.

La educación para la salud es más que la información de conocimientos respecto de la salud, es enseñanza aprendizaje 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, además una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen.

La autorresponsabilidad en la salud implica aprovechar y aplicar los recursos indisponibles para alcanzarla, no sólo para el bienestar personal y familiar, sino también para el de la colectividad. Es éste uno de los propósitos de la participación de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia en las acciones de salud, durante el servicio social.

El servicio social se llevó a cabo en el Módulo III de Morelia, Michoacán, el cual está integrado por diez comunidades rurales de población dispersa que se caracteriza por tener una población de 500 a 3000 habitantes donde existen creencias y costumbres particulares, desarrollo de actividades propias de su región como la falta de trabajo; la escasez de vías de comunicación y transportación idónea, por lo que estos factores repercuten en la oportunidad para brindarles los servicios de salud.

Uno de los objetivos como pasante en el servicio social es capacitar a la Auxiliar de Salud sobre los cuatro subsistemas básicos que son: Atención al menor de cinco años, Embarazo, parto y puerperio, Planificación familiar y actividades varias, así como brindar atención de primer nivel a la población, además se llevaron a cabo sesiones de educación para la salud observándose con frecuencia que la población no acudía a las sesiones, lo que propiciaba problemas en su estado de salud. Esto despertó el interés por saber cuáles son los factores que condicionan la participación de los individuos del Módulo III de Morelia, Michoacán, por lo que se realizó una investigación bibliográfica para integrar el marco teórico en donde se abordan algunos de los siguientes temas: Estrategia de Extensión de Cobertura, El Estado de Michoacán, Cultura y Medicina Tradicional, El Proceso Enseñanza-Aprendizaje, etc. Posteriormente se aplicaron encuestas en diez comunidades a la población de 15 años o más de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto al sexo y su relación con la asistencia a las sesiones de educación para la salud, el grupo que destaca es el de las mujeres ya que de 9 hombres encuestados solamente uno acudió a estas.

Referente a la edad de la población y su relación con la asistencia a las sesiones, el grupo más afectado son los de 21 a 30 años ya que de 93 encuestados, sólo 23 asistieron.

En la escolaridad se observó que el grupo con mayor problemática son los de primaria incompleta ya que de 123 entrevistados sólo 20 acudieron a las sesiones.

Con lo que respecta a las sesiones de educación para la salud y su relación en la modificación de la conducta se obtiene que de 55 asistentes, sólo 45 han cambiado sus hábitos.

Se obtiene que de 219 personas que nunca asistieron a las sesiones, sólo 109 opina que las pláticas si le ayudaran al cuidado de su salud.

Entre otros factores se encontró que el personal de salud pocas veces o nunca realizan un diagnóstico de las necesidades de la población, determinar objetivos de aprendizaje, demostraciones en las sesiones y visitas domiciliarias.

La problemática se podría combatir, a través de un conjunto de acciones por los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, dentro de las que resaltan.

Convocar a una Asamblea comunitaria para dar a conocer a la población la situación de salud.

Informar a la población acerca de la importancia de la salud como el mejor recurso para el bienestar, personal y social, así como para elevar el nivel de vida.

Conformar comités de salud definiendo las prioridades en salud, para elaborar un diagnóstico de salud y plan de trabajo.

II. JUSTIFICACION.

La elaboración del presente trabajo se llevó a cabo debido al interés por conocer los factores que condicionan la participación de los individuos en la educación para la salud.

Muchas enfermedades pueden evitarse mediante ciertas medidas preventivas cuya naturaleza es bien conocida, las cuales deben integrarse a la vida diaria de cualquier individuo, familia o comunidad. Estas medidas tienen mayor importancia en las enfermedades infecciosas, que en la mayoría de las comunidades del Módulo III de Morelia, Michoacán figuran entre las primeras causas de morbilidad. La frecuencia de estas enfermedades podría reducirse poco a poco con medidas apropiadas de higiene personal y del medio ambiente, conductos que pueden aprenderse a través de la educación para la salud de las comunidades de dicho módulo.

El considerar a la educación para la salud como una práctica social, que tiene por objeto la orientación a la colectividad acerca del beneficio de la salud y el daño de la enfermedad permite deducir el qué hacer de la didáctica en este campo.

El personal de Enfermería a quien compete enseñar, tiene la responsabilidad de organizar, dirigir y coordinar el proceso; mientras que los educandos, cuyo rol es el de aprender, adquieren el compromiso de participar, activamente en dicha dinámica convergiendo ambos roles en la tarea de trabajar y pensar.

La investigación, tiene el propósito de ofrecer una información concisa e integrada acerca de las causas que condicionan la participación de los individuos en la educación para la salud.

Se pretende también dar sugerencias para el mejoramiento de la calidad de la educación para la salud en la población estudiada.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se observa con frecuencia que los valores implícitos en los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud de Michoacán nada tiene que ver con los educandos, que los objetivos no están definidos en función de los educandos si no del educador, que las actividades mediante las cuales se pretenden lograr los objetivos sirven, simplemente para transmitir información y no para propiciar un cambio en la conducta de los educandos, que los recursos llevan implícitos mensajes divergentes o contrarios a los valores que se buscan hacer realidad, y que la evaluación del aprendizaje no es válida ni confiable.

La educación para la salud es una tarea difícil cuyo resultado debe ser un cambio en las conductas de salud de las personas, pero éste no se obtiene de manera inmediata. Esta educación pugna por responsabilizar a las personas en el cuidado de su salud a través de la adquisición de conocimientos que permitan cambiar su forma de pensar y de actuar, se busca que los individuos que integran cada familia, cada comunidad, sean quien ejerza la primera y fundamental vigilancia epidemiológica, y se esfuercen por el cuidado de su salud.

En la actualidad la principal actividad que se realiza en las comunidades del Módulo III de Morelia, Michoacán, desde el mes de Octubre de 1997 son las sesiones educativas para la promoción y fomento de la salud para lograr la participación comunitaria y mejorar el nivel de salud de la población.

En ellas se observa el poco interés de la gente por asistir a las pláticas de educación para la salud y la poca participación comunitaria para la satisfacción de sus necesidades básicas.

Por dicha situación observada en la población del Módulo III de Morelia, Michoacán surgió el interés por investigar:

¿Cuáles son los factores que condicionan la participación de los individuos del Módulo III de Morelia, Michoacán en la educación para la salud, en su beneficio, el de su familia y la de su comunidad?

IV. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores que condicionan la participación de los individuos del Módulo III de Morelia, Michoacán en la educación para la salud, en su beneficio, el de su familia y la de su comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los factores que condicionan la participación de la comunidad en la educación para la salud.
- Evaluar cuáles son las actividades de educación para la salud que realiza el personal del Módulo III de Morelia, Michoacán en la población rural.
- Analizar los principales problemas que inciden en la didáctica que utiliza el personal de salud al impartir la educación para la salud.

V. METODOLOGIA.

Variables	Indicadores
Individuos	Escolaridad Sexo Edad Ocupación
Participación de la comunidad	Existencia de comités para la salud
Cumplimiento del programa del personal de salud	Temática Tiempo (fechas) Horarios
Auxiliares didácticos	Adecuados Dibujos Información
Lenguaje utilizado por el personal de salud	Adecuado Oral Corporal Escrito
Evaluación de las acciones educativas	Cambios de conducta observados después de la orientación
Beneficio de la salud	Enfermedades después de la educación para la salud.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

El estudio es tipo:

Observacional, descriptivo y transversal.

POBLACION.

Población adulta del Módulo III de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de Morelia, Michoacán.

Población adulta total 2,744.

MUESTRA.

274, que representa el 10% del total del grupo de estudio. Elegida al azar.

Para integración del marco teórico referencial se utilizará la técnica documental, la cual será basada en libros y antologías.

La información se captará por medio de fichas de trabajo.

Para la captación de la información del grupo de estudio se llevará en 2 fases.

- a) A través de un cuestionario para conocer la opinión de la población.
- b) Una guía de observación que será aplicada al personal de salud.

El procesamiento de la información será por medio de tarjetas simples.

La presentación de los datos se dará a conocer en tablas de concentración de datos y gráficas.

El análisis de resultados se efectuará a través de la confrontación del marco teórico referencial y la observación de la investigación.

1. MARCO TEORICO.

1.1. Estrategias de Extensión de Cobertura

La Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) es un instrumento para radicar los programas prioritarios de salud en las zonas rurales dispersas que se encuentren apartadas de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

De esta manera se llevan los servicios básicos de salud a la población mediante un sistema en el que se enlaza una Auxiliar de Salud comunitaria con los servicios médicos.

En la actualidad la Estrategia de Extensión de Cobertura, atiende a más de 13,000 localidades rurales y cubre a una población de diez millones en las que existen aproximadamente 2,500,000 mujeres en edad fértil.(1)

La EEC-SSA es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas. La prestación de estos servicios se realiza por una persona de la misma comunidad a quien se le denomina "Auxiliar de Salud" y se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión por parte de una Enfermera que la visita periódicamente para proporcionarle apoyo técnico.

Las principales actividades que realizan en la EEC-SSA se pueden condensar de la siguiente manera:

Atención Primaria de la Salud en Comunidades Rurales

- Inmunizaciones.
- Agua Limpia.
- Lactancia Materna.
- Planificación Familiar.
- Prevención de enfermedades diarreicas.
- Control de infecciones respiratorias agudas.

1) Secretaría de Salud y Asistencia, Estrategia de Extensión de Cobertura, pag. 31.

La atención general comprende:

- a) Sesiones educativas para la promoción y fomento de la salud.
- b) Saneamiento básico como letrinización y potabilización del agua.
- c) Promoción de acciones sociales para mejorar las condiciones sociales para mejorar las condiciones de salud.

Para lograr la participación comunitaria, la supervisora y la Auxiliar de Salud, realizan de manera sistemática entrevistas, visitas domiciliarias y sesiones educativas con el apoyo didáctico correspondiente a las características culturales y tradicionales de cada localidad.

1.2. El Estado de Michoacán.

La llamada región central está al norte y no al centro del territorio Michoacano. Se le dice así porque en ella se ubica la capital del Estado.

También se le dan otros nombres: Región del Lerma, Noroeste de Michoacán y Bajío Moreliano. Por el sur, linda con el Eje Volcánico. Por el norte llega hasta la línea limitrofe convenido entre Guanajuato y Michoacán, por el este hasta la línea divisoria con los Estados de México y de Querétaro. Por el Oeste la Sierra de Zirate separa el Bajío de Morelia del Bajío de Zamora.

Lo normal es que la atmósfera se vista de azul intenso, sólo se pone gris o blanco en la temporada de lluvias. Como en la zona gemela, las lluvias no son abundantes pero está bien abastecida de manantiales, ríos y lagos. La mayoría de los ojos de agua, unos frescos y otros calientes, al juntarse entre sí, forman ríos. Por profundos pedregosos, corren ríos de alguna consideración al Angulo que desemboca en el Lerma, el Lerma mismo en el norte de la región y los ríos Queréndaro y Grande que desembocan en el lago de Cuitzeo, que en la temporada seca descubre extensas llanuras llenas de tequezquite donde sólo crecen romeritos, chacames y otras yerbas.

En el extremo del noroeste, el suelo de la zona es blanquizco, silicosa y delgada, pero no carece ni de manantiales, ni de pastos de buena calidad. En el subsuelo hay estaño y en las cumbres árboles corpulentos y maderables.

Las tierras del valle contienen mucha materia orgánica y desde el punto de vista del agricultor, son muy valiosas. Son suelos profundos, que permiten la infiltración. La flora silvestre es chaparra, la componen mezquites y huizaches, magueyes y sábilas, topozanes y yedras, buena mozas y retamas.

La zoogeografía, se compone de zancudo, turicata, nigua, alacrán, salamanquesa, tarántula, conejo, liebre, ardilla, tlacuache. Entre las aves: la golondrina, el tecolote, el zanate, la huilota, la paloma y vibora de cascabel.



Localización del estado de Michoacán
(Fuente Fidel Sánchez S.)

1.2.1. Fuentes de Trabajo.

1.2.1.1. Agricultura.

La tercera parte de los trabajadores se ocupa en actividades primarias, es decir en labores agrícolas, silvícolas, ganaderas y de pesca. Sin embargo, estos quehaceres son poco recompensados si se comparan con los de la industria, el comercio y los servicios públicos. La gente del campo produce y capitaliza poco y cada vez menos. Las labores campestres suelen ser repudiadas porque son muy mal pagadas y no cuentan con el apoyo suficiente que permita la adecuada explotación de las tierras.

Casi la mitad de la superficie de labor del Estado se siembra maíz y el 3% con frijol, el sorgo en grano ocupa el 11% de la superficie laborada y el trigo en grano el 5%. El aguacate se cultiva en el 8% de la superficie y la caña en el 2%. El resto de la superficie está cultivado con varios productos, como garbanzo blanco, limón agrio, mango, lenteja, melón, tomate rojo y otros cultivos cíclicos y perennes. (2)



Agricultura del Estado de Michoacán
(Fuente: Luis Gonzáles)

2) González, Luis Michoacán Monografía Estatal, pag. 210.

1.2.1.2. Ganadería.

En las últimas dos décadas, la cría de caballos, mulas y burros ha disminuido, lo mismo que la de borregos y chivos. La ganadería porcina, tan numerosa como la vacuna, es sumamente importante. Los cerdos de los hogares rurales conviven con gallinas y guajolotes que se crían para el autoconsumo.

El número de vacas, puercos, borregos, chivos y gallinas es bastante grande, pero no como debiera ser rinde poco a causa de las características de las especies y de la manera como se cría: tecnología atrasada y deficiente, alimento escaso, falta de técnicas y veterinarios.

La mayor parte del ganado vacuno es criollo, sólo una pequeña porción es de razas finas. Entre estas deben mencionarse la Duroc, Jersey, Hampshire, Yorkshire y Landrace. En el cerdo está una de las posibilidades de mejorar el futuro de Michoacán.

La avicultura se mantiene en casi todos los hogares campesinos, ya que adquieren aves para el consumo familiar de carne y huevo. Tampoco la apicultura, es decir el cultivo de abejas, se ha salido de las costumbres caseras.



La cría de ganado vacuno, porcino y aves es parte de la riqueza michoacana

(Fuente: Luis González)

1.2.1.3. Industria.

En los últimos años ha sido el sector de la economía estatal que más ha crecido, sin embargo, no constituye aun ni la tercera parte de la producción.

Sigue siendo buen proveedor de materias primas para industrias fuereñas, y buen comprador de productos industriales que vienen de fuera.

La tercera parte de los establecimientos industriales se dedica a la producción de alimentos, bebida y tabaco; la cuarta parte a los productos de madera; casi una sexta parte produce minerales no metálicos como: estructuras, tanques y calderos.

Lo más lucido de la industria sigue siendo las artesanías. Entre éstas se distinguen las de metales, madera, cuero, textiles, cerámica, laca y de instrumentos musicales.

Otro renglón sobresaliente de la artesanía lo constituyen objetos de paja de trigo o pánicuas, de mimbre, maguey, tule, lechuguilla, palma y otras fibras. Sobresaliendo la fabricación de petates, sopladores, costureros, jaulas y figurillas.

1.2.1.4. Comercio.

El 13% de la población ocupada es de comerciantes.

Son cada vez más los vendedores callejeros de diversos productos industrializados y los puesteros o estanquilleros que se establecen en plazas, esquinas, portales u otros sitios al aire libre y, en especial, en tianguis y mercados sobre ruedas.

Michoacán se coloca en el décimocuarto lugar de los estados de la República en movimiento mercantil. Por orden de importancia la actividad comercial se especializa en la venta de comidas y bebidas; vestidos y artículos para el hogar; vehículos, accesorios, gasolina y lubricantes; y productos alimenticios diversos en supermercados, tiendas de autoservicio de departamentos y almacenes.(3)

3) Idem pag. 232

1.2.1.5. Emigración.

En Michoacán no hay quehacer para muchos, por falta de absorción de mano de obra, han emigrado 866 mil michoacanos, principalmente al Estado de México a la capital de la República a Jalisco, a Baja California y a los Estados Unidos de América. En plan de estudiantes y profesionales van muchos a la ciudad de México. Un gran número de pobres se han ido a Estados Unidos de América a trabajar; algunos con documentos y otros sin ellos; a estos últimos se les suele llamar “espaldas mojadas” y en los últimos años la salida de Michoacanos se ha incrementado.



Emigración en Michoacán

(Fuente: Luis González)

1.2.2. Distribución de la Riqueza

Hablando de la riqueza y su distribución, se puede afirmar que ni se reparte según las necesidades individuales, ni se toma como base la calidad y cantidad del trabajo. En el territorio michoacano los contrastes que se producen en la vida social son muy grandes. Las enormes desigualdades se producen en el reparto de la riqueza, la educación, el poder y la salud.

De cada 100 michoacanos ocupados en alguna actividad remunerada, sólo dos recibían más de cinco salarios mínimos. En el extremo opuesto, 12 no recibían ingresos y 48 recibían entre la mitad y dos salarios mínimos. La pobreza se aprecia también por el número de cuartos, la extensión y el material de la casa habitación, así como por la existencia de agua entubada, drenaje, luz eléctrica y otros servicios.

Generalmente el suelo sólo da para mal comer y cubrir el cuerpo; no permite adquirir una casa cómoda ni viajar.

1.2.3. Niveles de Salud.

¿Cuán saludable es la población michoacana? Los médicos dicen que algunas enfermedades comunes como el paludismo y el sarampión, están dejando de ser un problema de salud pública de grandes dimensiones.

Otras enfermedades todavía causan la muerte en Michoacán, afecciones respiratorias en recién nacidos, diabetes, insuficiencia renal, hemorragia intracerebral, obstrucción de vías respiratorias, neumonía de adenovirus, septicemia, infecciones intestinales, tumores, afecciones a los aparatos circulatorio y digestivo, etc. El aislamiento geográfico y la naturaleza del ambiente ocasionan que la gravedad de estos y otras enfermedades sea mayor.

Sin embargo, la mortalidad tanto infantil como adulta sigue descendiendo. Se estima que a fines de la década de los setenta morían ocho de cada mil habitantes al año. En cambio, en 1990, la proporción fue de 5 por cada mil. Se atribuye el retroceso de la muerte a que casi toda la población michoacana recibe atención médica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de numerosos dispensarios y clínicas privadas, y de médicos particulares.

La falta de agua entubada en el 20% de las viviendas y de drenaje en el 40%, es un factor que agrava los problemas de salud, sin duda.

1.2.4. Educación.

En 1990, el 17% de la población mayor de 15 años no sabía leer ni escribir; aunque todavía es una proporción muy elevada, ha habido una gran mejoría, pues 10 años antes esa proporción llegaba al 25%.⁽⁴⁾

El sistema de enseñanza cada vez cubre más las necesidades de los que viven en núcleos pequeños de población, en ranchos y rancherías con menos de 100 habitantes. La educación preescolar ha crecido significativamente en el Estado, de 20 mil niños inscritos a fines de los años setenta, se pasó a 102 mil en 1991-1992.



Médico en Servicio



Niños de escuela primaria

(Fuente: Luis González)

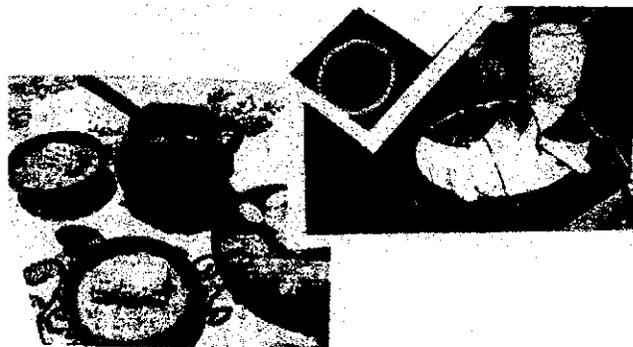
4) Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática 1995

El más concurrido de los niveles de enseñanza es el primario, pasan de 4,500 las escuelas primarias y 680 mil los niños que asisten a ellos. El número de los maestros es de 23 mil. Cada maestro atiende a 30 niños en promedio. Muchos alumnos no terminan su educación primaria, porque la escuela donde estudian es unitaria, es decir, sólo tiene un salón con un maestro, el cual muy pocas veces pueden atender los seis grados de la primaria. (5) Eso ocurre en las poblaciones muy pequeñas. Otros niños no la terminan porque se van a trabajar, se cambian de domicilio o se enferman.

A pesar de los grandes logros educativos, se estima que en el Estado aún faltan escuelas y maestros para satisfacer la demanda.

1.2.5. Comida.

Muchos comen alimentos tradicionales desde la época prehispánica: maíz, frijol, calabaza, chile y nopal. Otros se apegan a los antojitos que engordan y gustan sin nutrir, ricos en hidratos de carbono y pobres en proteínas y vitaminas. "Los recuentos censales muestran lo poco que se acostumbra la leche, la carne y el pescado en casi todo Michoacán.



Caldo tradicional

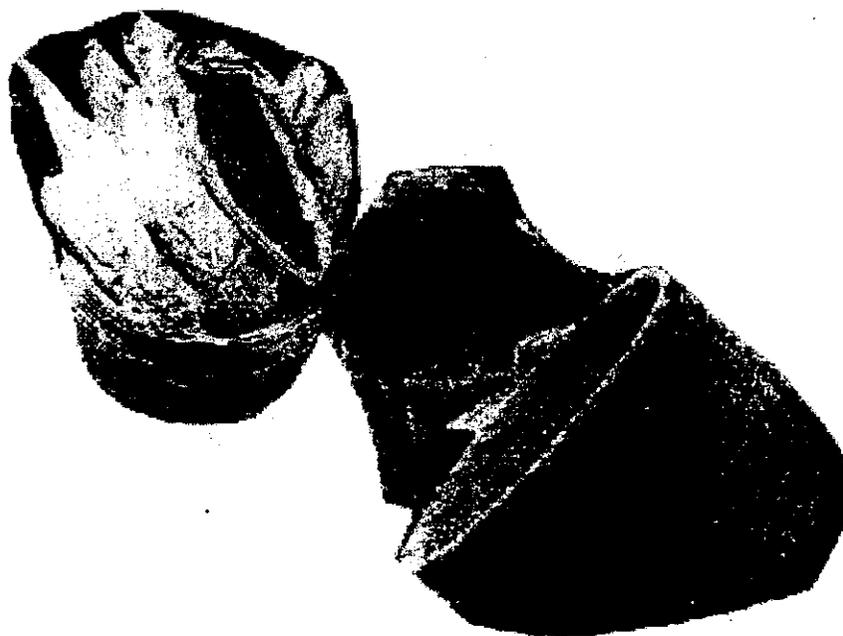
Corundas y uchepos

(Fuente: Luis González)

5) González, Luis Michoacán Monografía Estatal, pag. 244

Si sólo se atiende a la sabrosura y a la variedad, la comida michoacana vale mucho. Entre los alimentos considerados típicos se mencionan ates, atoles, carnitas, corundas, charales, chiles, caldo miche, pozole, totopos y uchepos.(6)

De los alimentos más sabrosos de la entidad, tres del género atole gozan de buena acogida, el camote urapira, que es el jugo de maguey hervido y revuelto con harina de maíz, atole de tamarindo hecho con esa fruta cocida y mezclada con hojas de mazorca de maíz y el atole de grano hecho de elote, teñido de verde con anisillo y hojas de calabaza y sazonado con chile verde.



Tamales de pingüicas

(Fuente: Luis González)

6) *Idem*, pag 244.

Por lo que mira a platillos basándose en pescado, son famosos los charales tostaditos que se comen con chile y tortilla, el caldo miche que se lleva tunas agrias y verduras y que es, naturalmente, picoso, y el pescado blanco frito en aceite o de otras maneras.

Los tamales típicos son corundas de masa de maíz, cocidos entre la ceniza, y los uchepos que se hacen con elote y se sirven envueltos en hojas de mazorcas. Las corundas, los totopos y tortillas, sirven de acompañantes de los platillos fuertes.

1.2.6. Casa y Vestido.

La mayoría de las viviendas tienen muros de tabique, piedra o cemento, techo de losa de concreto o tabique y piso de cemento. Sin embargo, una porción grande tiene piso de tierra, techos de teja, de palma, o madera y paredes de adobe o de madera. Los materiales predominantes en la construcción de las viviendas dependen de las condiciones económicas de sus moradores y, en muchos casos, de los que se encuentran disponibles en la zona. Esto también se observa en los servicios de agua potable, cuarto de baño y energía eléctrica, así como el combustible utilizado para cocinar.

Hay cada vez más viviendas compactas, sin patio, fáciles de limpiar y con todos los servicios. Son muy pocos los edificios de departamentos o multifamiliares.

Aumentan velozmente los edificios donde se presta algún servicio social: escuelas, oficinas gubernamentales, centros de salud, etcétera.

La vestimenta de los habitantes de Michoacán se ha vuelto muy variada y muy pocas personas andan descalzas. Una de cada dos personas usan sombrero; los pantalones de dril, la guayabera y la chamarra son prendas muy generalizadas. La corbata sólo se usa en ceremonias especiales. El calzón blanco, el ceñidor de vivos colores y el algodón escasean cada vez más.

De las vestimentas tradicionales queda el precioso vestido de la mujer purépecha. Todavía muchas señoras de la meseta exhiben con orgullo sus rebozos oscuros y rayados, sus blusas bordadas de calicot, sus delantales de percal, y los muchos metros de lana azul o negra.

En el medio rural se mantiene el uso del rebozo. La mujer de la ciudad procura vestirse conforme a la moda. Antes, la vestimenta corporal indicaba los grados de riqueza y de poder de las personas. Ahora todavía existen enormes diferencias de poder, que no de ropa, en las ciudades.

1.2.7. Personajes Ilustres.

Vasco de Quiroga, primer obispo de Michoacán y a quien los indios llamaron Tata Vasco, Agustín de Iturbide, Vicente Guerrero formuló el Plan de Iguala, Virrey O' Donoju, Don José María Morelos, Melchor Ocampo, Lázaro Cárdenas, Don Pascual Ortiz Rubio, expresidente de México, Félix Parra, famoso pintor y Don Mariano Michelena.

Michoacán ha dado técnicos y científicos como Ignacio González Guzmán, Manuel Martínez Báez e Ignacio Chávez.

Otros ilustres no han buscado horizontes ajenos como Benjamín Fernández, Rafael C. Haro, Salvador Molina y Tomás Rico Cano. No faltan los que han vivido entre Michoacán y la ciudad de México: Alberto Coria, Gustavo Corona, Gonzalo Chapela, Gabino Fraga, Antonio Martínez Báez, Felipe J. Tena, Ricardo Torres Gaítan.

En cuanto a los artistas, pintores y escultores, hay gente tan renombrada como Alfredo Zalce, Luis Sahagún, Antonio Servín, Feliciano Bejar, Angel Zamarripa y Rogelio Naranjo, el gran caricaturista.

1.3. Cultura y Medicina Tradicional.

La cultura no sólo amplía las posibilidades adaptativas de la especie, sino que transforma al ser humano y hace más compleja la expresividad del comportamiento. Para que la cultura se manifieste como un mecanismo adaptativo vinculado necesariamente a la misma anatomía, a las formas de la vida social y a una diversidad de aspectos psicológicos, estableciéndose una influencia recíproca entre lo social y lo psicológico.

Las características psicológicas se refieren al individuo en sí, sus emociones, motivaciones, personalidad, comportamiento, etc., que lo hace ser diferente a los demás, pero sin olvidar que se encuentra dentro de un grupo social.

Medicina tradicional, indígena, empírica, popular, herbolaria, folklórica e incluso medicina paralela constituyen un conjunto de expresiones que suelen emplearse como sinónimos. Sin embargo, la medicina tradicional constituye un cambio bien estructurado de creencias, conceptos y prácticas, ya que por la presencia de éstas últimas manifiesta una cuota nada deseable de aspectos propios de cultura. La medicina tradicional mexicana expresa valores profundos de la cultura y al mismo tiempo constituye uno de los principales recursos empleados en la población, para la atención de la salud, el combate de las enfermedades y la reparación del daño producido por los accidentes.

En México las ciencias naturales alcanzan un desarrollo importante como la botánica aplicada a la medicina. Como en otros pueblos primitivos también la medicina indígena se confundía con la magia y la superstición. Se enlazaban y entrelazaban con numerosas concepciones religiosas y filosóficas, los encantamientos, danza, rituales y los hechizos desempeñaban un papel considerable en la prevención y curación de las enfermedades. Actualmente, en México ningún grupo indígena ha dejado de practicar la medicina tradicional, por lo que se deduce que sigue constituyendo una alternativa terapéutica importante para estos grupos.

La terapéutica indígena se pueden clasificar entre rubros: naturales, psicoreligiosas y mixtas. Las primeras, son basándose en productos naturales, como: polvos, ungüentos, tes. , así como la combinación de éstos con productos farmacéuticos.

1.3.1. La Familia.

La familia la comunidad son los núcleos sociales primarios y fundamental de sociedades mayores. La primera es base estructural de toda sociedad humana; la segunda es una modalidad común de agrupación, en donde los individuos conservan su anatomía, pero interactúan en forma dinámica y compleja, conforme a patrones socio culturales y psicosociales definidos.

Al estudiar el hombre se debe tener en cuenta la dimensión de su espacio y su tiempo. Para este estudio influyeron varios factores, entre ellos la cultura y la organización social. La primera es aquella parte del ambiente total que comprende los objetos materiales de manufactura humana, las técnicas, las orientaciones sociales, los puntos de vista y los fines consagrados que constituyen los factores inmediatos en que se cimienta la conducta. La segunda abarca las instituciones que determinan la posición de hombres y mujeres en la sociedad.



La nueva familia Michoacana

(Fuente: Fidel Sánchez S.)

En nuestra sociedad el matrimonio es el vínculo más importante para formar una familia. Considerando que el matrimonio es el llevado a cabo entre un hombre y una mujer que cohabitan sexualmente entre ellos y los hijos que engendran, formando así sus propias costumbres, reglas y obligaciones por lo tanto, va establecer una relación especial.

El interés de la medicina por el estudio de la familia, como sujeto de diagnóstico, obedece básicamente al reconocimiento de su importancia en la estructuración biopsicosocial del individuo y a la necesidad de comprender estrategias de intervención en el ámbito educativo, preventivo, terapéutico y de asistencia social. Por lo tanto es importante explorar sus características socioeconómicas, culturales e ideológicas; la composición de las relaciones interpersonales que se establecen el interior o exterior de la misma, y la forma como incidan todos los factores sobre el proceso salud-enfermedad.

1.3.2. Comunidad Rural.

La comunidad rural y la sociedad urbana, no son organizaciones separadas u opuestas; si no que se relacionan en diferentes ámbitos, como la primera aporta alimentos, materia prima y mano de obra entre otros; los que favorece el desarrollo de las zonas urbanas. Dividir en sociedad urbana y comunidad rural facilita su estudio, según la sociología funcionalista.

Así tenemos que algunas características de la comunidad rural son:

- Se localizan en zonas pequeñas. Su población es dispersa y menor de 2500 habitantes.
- Disponen de un área geográfica definida.
- Tienen intereses comunes.
- Poseen antecedentes comunes: participar de una misma tradición histórica.
- Se dedican principalmente a: agricultura, ganadería, producción de tabique de adobe.

La producción que obtiene de la agricultura y de la crianza de animales les permite ser autosuficientes, ya que básicamente el consumo de estos productos es familiar.

- Es cuanto a la división de trabajo, es amplio, ya que a una misma persona le corresponden varias actividades (sembrar, abonar, recolectar, etc.).

- Vivienda: la mayoría de ellas tienen muros de adobes, techo de teja y piso de tierra, aunque las hay también de otros materiales como madera, palma, tabique y concreto.
- El agua generalmente está lejos de la vivienda y con frecuencia contaminada, aunque en algunas localidades cuentan con pozos. Carecen de red de alcantarillado público por lo que fabrican letrinas sanitarias.
- La basura es muy frecuentemente quemada.
- El transporte es foráneo.
- Se conocen los unos a los otros y no es difícil localizar a una persona. Cada miembro de la localidad es una especie de vigilante en cuanto al cumplimiento de los modos colectivos de vida, usos, costumbres y convencionalismos, por parte de los demás habitantes, el carácter más homogéneo de la vida rural determina que sus usos y costumbres sean más definidos y estables e integrados entre sí.
- La clase social y la ocupación son estables y generalmente de por vida.

Las enfermedades en la comunidad rural han sido las epidemias, las endemias y las infecciones que causan elevados índices de mortalidad debido a la falta de conocimientos sanitarios, e higiene, de alimentación suficiente y de medicamentos efectivos.

La población se mantiene estable su tasa de natalidad es alta, pero al mismo tiempo, presenta una mortalidad infantil elevada.

La familia rural es numerosa y extensa (debido a su autosuficiencia); así encontramos a los abuelos, hermanos (as) con sus esposos (as), los hijos y los sobrinos. El mando está a cargo del hombre de más edad; prevalece la sumisión de la mujer ante el hombre.

A la familia están reservadas las funciones sanitarias; en el hogar ocurren los nacimientos de los hijos, se cuida a los enfermos y se practica la medicina herbolaria.

En la vida rural cada individuo se mueve dentro de los círculos colectivos relativamente fijos en los cuales lo han colocado sus relaciones familiares, tradición, etc., en donde relativamente tienen pocas alternativas para elegir.

1.4. Enseñanza Aprendizaje.

Es imprescindible que todo educador reflexione sobre el significado de la enseñanza y el aprendizaje ya que representa el fundamento esencial de su práctica educativa.

De acuerdo con Bleger enseñanza y aprendizaje constituyen pasos dialécticos inseparables, integrantes de un proceso único en permanente movimiento(7) comúnmente estos pasos se entienden por separado y en procesos distintos.

La enseñanza y el aprendizaje ha propiciado que la primera se entienda como la transmisión del conocimiento y el segundo como la asimilación y recepción pasiva del mismo. En desacuerdo con esta concepción, entendemos que la enseñanza y el aprendizaje apuntan a un fin común; la producción de conocimientos.

La diferencia entre estas dos instancias sólo está determinada por el rol que asumen los sujetos; es decir, el educador, a quien compete enseñar, tiene la responsabilidad de organizar, dirigir y coordinar el proceso; mientras que los educandos, cuyo rol es el de aprender, adquieren el compromiso de participar, actualmente en el mismo proceso, convergiendo ambos roles en la tarea de co-trabajar y co-pensar.

1.4.1. El Proceso Enseñanza-Aprendizaje.

Se concibe el aprendizaje como un proceso de transformación del sujeto en su interacción con el objeto de conocimiento, ya que involucra al sujeto en su totalidad.

Considerar al sujeto en su totalidad significa, tomarlo en cuenta con sus tres áreas: la de la mente, la del cuerpo y la del mundo externo. Si bien es cierto que el aprendizaje implica la acción del sujeto hacia determinadas metas, esta acción puede estar orientada a alguna área específica de las antes mencionadas; sin embargo, esto puede afirmar que en todo aprendizaje predomina una de las áreas, pero intervienen todas.

7) J. Bleger, Temas de Psicología, pag. 58

La enseñanza no debe entenderse solamente como el hecho de dar a conocer al alumno tal o cual materia; es más bien la acción de dirigirlo, orientarlo y estimularlo, para que reaccione de

manera voluntaria y realice en él, el proceso de aprendizaje; y adquiera así, por su propio esfuerzo, los conocimientos, aptitudes y actitudes que le permitan alcanzar el objetivo deseado y ocupar un lugar útil y cooperativo en el grupo social al que pertenece.

El aprendizaje consiste en disponer y aplicar los elementos para vencer los obstáculos que impiden alcanzar un objeto determinado. El aprendizaje, en general, es la realización de actos voluntarios que se presentan, a fin de alcanzar el objetivo deseado. De aquí que, estrictamente hablando nadie pueda enseñar nada a nadie; se requiere el esfuerzo personal de quien aprende.

El aprendizaje es, por tanto un proceso activo; sólo se aprende cuando se aplican los conocimientos recibidos, se adquiere una aptitud por la práctica y se modifica la conducta anterior, haciéndolo útil para sí mismo y para la colectividad.

1.4.2. Didáctica.

La educación en general, como la educación por la salud en particular, son enseñanza. Por ello, el maestro, el educador, o el instructor necesitan conocer y aplicar en su labor algunos aspectos básicos del arte de enseñar, que es la didáctica.

La didáctica es un conjunto de técnicas destinado a dirigir la enseñanza, para que el aprendizaje de la misma se lleve a cabo con mayor eficiencia.(8)

La didáctica no se preocupa tanto por el "contenido" de la enseñanza sino más bien por la "manera" en que se debe enseñar.

La didáctica toma en consideración y analiza los diversos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje:

- 1) El alumno o educando que es la persona a quien se pretende enseñar.
- 2) El maestro, educador, instructor o docente.

8) Álvarez, Alba Rafael, Educación para la salud, pag. 17

- 3) Los objetivos de la enseñanza.
- 4) La materia, motivo de la enseñanza.
- 5) La técnica y métodos de la enseñanza.

Considera, además, el medio económico, cultural y social en el que se llevó a cabo la enseñanza.

- a) El educando: La enseñanza debe adaptarse al alumno, tanto a su edad como a sus características propias: capacidad intelectual, experiencias o conocimientos previos, personalidad, situación emocional, etcétera.
- b) El maestro: Es quien debe orientar y estimular al alumno para que aprenda: es quien le debe servir de guía para el desarrollo de su personalidad.
- c) Los objetivos: La educación y la enseñanza presuponen objetivos, o sea, lo que el alumno debe adquirir o llegar a realizar. En términos generales, los objetivos son: de conocimientos, de aptitudes o habilidades para hacer algo concreto y de actitudes, o sea, tipos de comportamiento.
- d) La materia: Es el "contenido" de la enseñanza. Varía naturalmente de acuerdo con los objetivos.
- e) Los métodos y técnicas de la enseñanza: Es importante conocerlos y saber utilizarlos.
- f) El medio: en que se realiza la enseñanza es particularmente importante: El conocimiento del medio económico, cultural y social, permite adaptar la enseñanza a las condiciones existentes y así, hacerlas más efectivas

La didáctica es útil para la preparación de un programa completo de enseñanza, de un curso, o para la presentación de un tema en esencial, en una conferencia o plática informal. En estos casos son útiles los llamados "momentos didácticos". Estos son: la planeación, la ejecución y la verificación.

1.4.2.1. Planeación.

La planeación es una previsión de todo lo que debe hacerse: es una reflexión cuidadosa del educador, para hacer más efectivo la enseñanza. (9)

La planeación considera: a quienes va dirigida la enseñanza, de qué edad son, su experiencia anterior y su nivel intelectual. El ideal sería que se tratara de un grupo homogéneo en cuanto a las características señaladas; pero esto no es fácil de conseguir.

Es muy importante que la planeación considere las necesidades, las aspiraciones y los deseos de los integrantes, que encontraron así que la enseñanza tendrá para ellos una verdadera utilidad.

Como parte de la planeación se pondrá especial interés en asegurar las condiciones adecuadas del o los lugares físicos donde se llevarán a cabo las actividades: Suficiente luz, buena ventilación, facilidades para tomar notas, asientos cómodos y con distribución adecuada.

La primera parte de la planeación es la determinación de los objetivos de enseñanza. De su establecimiento correcto dependen los demás aspectos de la planeación: preparación del tema a presentar, señalamientos de los aspectos fundamentales y la motivación.

1.4.2.2. Objetivos.

Los objetivos deben referirse a los conocimientos que los educandos han de adquirir, a las habilidades que serán capaces de realizar o al comportamiento o actitud que deberán adoptar. Es decir, son de conocimientos, de comprensión, de aptitudes y de comportamiento.

Los objetivos deben darse a conocer a los asistentes al principio del curso o de la sesión, pero el instructor por su parte, debe tenerlos en cuenta durante toda la sesión y recordárselos; así se evitan desviaciones del propósito.

La formulación o determinación de objetivos tiene ventajas, tanto para el instructor como para los educandos:

9) Idem, pag 20.

- Al educador le ayuda a hacer una buena presentación que incluya de manera ordenada los diversos aspectos del tema.
- En el caso de los alumnos les precisa lo que se espera de ellos, les permite relacionar los objetivos con sus necesidades o intereses, y autoevaluar lo aprendido.

Los objetivos pueden ser generales o globales, es decir para una plática o una sesión.

1.4.2.3. Preparación del Tema.

La preparación del tema de cada sesión es de la mayor importancia para el éxito de la misma: hace más interesante y útil la presentación, motiva al grupo y ayuda eficazmente al aprendizaje. Proporciona además, seguridad y aplomo al instructor.

La preparación del tema se hará de modo simultáneo a la elaboración de los objetivos. La preparación es tan importante que se afirma que para un tema de una hora de duración, se requieren como mínimas tres horas de preparación.

En la preparación del tema es necesario considerar los distintos aspectos que se señalaron en la planeación: A quiénes se les va hacer la presentación, cuántos son, cuál es su edad, qué experiencia tienen, etc. Hay que pensar además el sitio adecuado, la duración de la sesión y las pausas necesarias. Lo más importante es, sin embargo preparar con cuidado el tema que se va a exponer.

El instructor debe elegir la mejor manera de presentar el tema (exposición, discusión dirigida, etc.); precisar cuáles son sus diversas partes, la extensión que de acuerdo con su importancia debe dar a cada una en qué orden debe presentarlas y cuál será su conclusión o resumen final. Revisará y actualizará sus conocimientos sobre el tema, adecuarlos a la situación existente. Considera, así mismo, el material didáctico y auxiliar que utilizará.

1.4.2.4. Ejecución.

La preparación cuidadosa del tema asegura una buena presentación. Esta debe ajustarse a ciertas normas. En primer lugar, debe atender a las necesidades o intereses del grupo. De ahí la necesidad de conocer cuáles son esos intereses para orientar la presentación hacia la satisfacción de

los mismos. Otra norma es relacionar la presentación con la situación real y con las experiencias del grupo.

Es útil también buscar ejemplos que ilustren la presentación, aún más si se refieren a situaciones que el grupo conoce. Es necesario promover al máximo la participación del grupo y escuchar sus ideas y sugerencias, sus comentarios y críticas; eso lo involucra en la presentación y le hace sentir como propio el tema que se expone.

1.4.2.5. Motivación.

La motivación es un factor indispensable en la enseñanza. La conducta humana se orienta por necesidades, intereses y aspiraciones (biológicas, psicológicas y sociales), que en su conjunto constituyen él o los motivos que impulsan la acción. La necesidad conduce al interés y éste determina la conducta.

Hay muchas clasificaciones de los "motivos" PRESCOTT las divide en:

- 1) Necesidades biológicas o psicológicas: beber, comer, respirar, reproducirse, etc.
- 2) Necesidades sociales o de status: aprobación, simpatía, seguridad, éxito, dominación, etc.
- 3) Necesidades integrativas o relativas al "yo" filosofía de la vida, jerarquía de valores, religión, personalidad. (10)

MASLOW, jerarquiza los "motivos" en los siguientes niveles.

- 1) Nivel de necesidades biológicas.
- 2) Nivel de necesidades de seguridad física.
- 3) Nivel de necesidades de amor (sexo, afecto).
- 4) Nivel de necesidades de autoestima y respecto.

10) Idem pag. 23 y 24.

5) Nivel de necesidades de autorrealización (aprobación social).(11)

En la enseñanza las necesidades, los intereses o las aspiraciones de superarse constituyen la motivación.

La motivación es realmente un proceso interno resultado de un complejo de impulsos, propósitos, necesidades, intereses y aspiraciones del individuo cuyo conjunto constituye los motivos de su conducta.

La motivación en la enseñanza es inicial, esto es la realizada al principio de una presentación, si se repite a lo largo de la misma recibe el nombre de incentivación.

Tanto la motivación propiamente dicha como la incentivación son necesarias en la enseñanza; se debe incentivar cuando el interés del grupo por aprender ha disminuido y conviene reavivarlo.

1.4.2.6. Evaluación.

La evaluación es la fase final del proceso de enseñanza-aprendizaje. Es importante porque permite conocer los avances del proceso y los resultados del mismo; da a conocer los errores y deficiencias de la enseñanza que consecuentemente repercuten en el aprendizaje, y proporcionan la oportunidad de modificar aquellos para obtener mejores resultados en este.

Así la verificación se realiza habitualmente al final de una sesión de una plática o de una conferencia. El instructor hace algunas preguntas relativas al tema, que los alumnos deben contestar; esto le permite conocer si la exposición ha sido completa, comprensible y si se le ha dado la interpretación correcta; en caso contrario, tiene la oportunidad de hacer las aclaraciones necesarias o dar explicaciones complementarias.

La práctica constante de la verificación tiene además la ventaja de acostumbrar a los alumnos a fijar su atención en los puntos importantes de lo expuesto, evitando la repetición mecánica de todo lo que dijo el maestro.

11) Idem, pag. 24.

La evaluación propiamente dicha se hace al final de un curso o intercalada; aprecia los resultados, otorgando "notas". En general se utiliza para fines de promoción a un nivel superior de la enseñanza, o para facultar el ejercicio de una actividad profesional o técnica.

Las pruebas de evaluación deben adecuarse a las características de la persona o del grupo al que se aplican: edad, experiencia previa, nivel intelectual, etc.

1.5. Educación para la Salud.

Esta ciencia enseña nociones médicas, higiénicas, ecológicas y sociales para beneficiar la salud y favorecer el bienestar y desarrollo personal, familiar y de la comunidad.(12)

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. (13)Es además, una ocasión que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen.

A continuación se mencionarán algunas consideraciones acerca del concepto anterior:

- Aunque la información es necesaria, no es suficiente; **sólo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido un cambio favorable para la salud.**
- La educación para la salud es enseñanza-aprendizaje por tanto involucra tanto a quienes la imparten como a los que la reciben: aquéllos, informado y motivado; éstos, realizando el cambio que se pretende conseguir, con base en sus "motivos" e intereses.
- El cambio de actitud y de conducta sólo podrá alcanzarse mediante la aceptación y adopción conscientes de las medidas de salud propuestas: es una acción que deben llevar a cabo los individuos que se educa.

12) Vargas, Armando y Palacios Verónica Educación para la salud, pag. 6

13) Alvarez. Alba Rafael, Educación para la salud, pag. 45

- La educación para la salud busca un "proceso de cambio", es decir una situación o modificación de los hábitos o costumbres establecidos: si son negativos, hay que cambiárselos por acciones favorables a la salud. Dicha situación, resultado de la acción voluntaria de los propios individuos, es con frecuencia lenta y progresiva.
- La auto responsabilidad en la salud implica aprovechar y aplicar los recursos disponibles para alcanzarla, no sólo para el bienestar personal y familiar, sino también para el de la colectividad. En este uno de los propósitos de la participación de la comunidad en las acciones de salud.

1.5.1. Importancia de la Salud Pública.

Esta rama de la medicina sirve para fomentar la salud en toda la población, no se dirige al individuo aislado sino a la comunidad.

Brinda protección al sano, no espera que la persona enferme, se adelanta defenderlo. Esta especialidad incluye la mayor parte de las actividades del hombre, como trabajo, ambiente, alimentos, agua, drenaje, vestido, vivienda, escuelas y vía pública.

La salud pública presta mayor atención al saludable para ayudarlo a conservar la salud, previniendo enfermedades a través de mejoría del ambiente, trabajo, habitación, alimentación y vestido.

La educación sanitaria puede dirigirse a individuos, a grupos o la comunidad; en cada caso emplea métodos diferentes.

Muchas enfermedades pueden evitarse mediante ciertas medidas preventivas cuya naturaleza es bien conocida, las cuales deben integrarse a la vida diaria de cualquier individuo, familia o comunidad.

Otro indicador de la importancia de la educación para la salud se refiere al hecho de que muchos curan la mayoría de sus problemas de salud con tratamientos auto prescritos, sin tener que acudir al personal médico especializado, ni a curanderos tradicionales. Si la educación para la salud es tan importante debemos preguntarnos, ¿se le da el lugar apropiado en el esfuerzo que se hace por mejorar el nivel de salud de la población?

1.5.2. Educación para la Salud y Participación de la Comunidad.

El deber del equipo de salud de entrar en comunicación con la gente lleva, casi automáticamente, a la conclusión de que el hospital, centro o puesto de salud no pueden ser los únicos lugares donde este deber será puesto en práctica. Con frecuencia son lugares inapropiados porque no permiten comunicarse con tranquilidad, obtener una idea de las condiciones de vida específicas ni, menos aún, entablar la colaboración entre pacientes y personal de salud. Es en el mismo pueblo en los casos de la gente, donde se desarrollan con mayor éxito las actividades de la educación para la salud.

La educación para la salud y la participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud son inseparables. El tipo de participación al cual nos referimos aquí requiere que nos identifiquemos con cualquier esfuerzo en favor de la salud, esfuerzo que crece solamente con la participación activa de todos en las diversas fases de un programa.

El personal de salud hace bien en luchar por la participación de la comunidad en proyectos de educación para la salud. Aunque el inicio de tal cooperación es generalmente difícil, las perspectivas del éxito duradero son mayores; se pueden aprovechar mejor los conocimientos del lugar y la idoneidad profesional y, por lo tanto, se reducen las posibilidades de error. Finalmente, existen mayores posibilidades de incorporar las actividades de educación para la salud, lo que da un concepto más amplio del desarrollo socioeconómico y la colaboración intersectorial.

Al respecto de la opinión de la población acerca de las sesiones de educación para la salud no se encuentra información en los libros

1.6. Comunicación Entre Personal de Salud y Comunidad.

1.6.1. Comunicación.

La comunicación es la expresión o transmisión de conocimientos o información. (14) Es un intercambio de hechos, pensamientos, opiniones o emociones, que implica la existencia de un emisor y de un receptor. Sin comunicación no puede haber instrucción, enseñanza o educación. En general se considera que la transmisión tiene una sola dirección: del emisor al receptor; esto no es exacto. Con frecuencia la dirección cambia y el receptor se convierte en emisor y éste en receptor. Dicho intercambio tiene varias ventajas: permite aclarar dudas o conceptos confusos; pero además

14) Idem, pag. 7.

rompe con una costumbre que la educación actual prescribe: la posibilidad de los que escuchan. Por otra parte, el intercambio receptor, emisor enriquece el conocimiento y favorece su correcta interpretación.

La comunicación puede lograrse de dos maneras: oral y escrita. En la primera es la palabra hablada la que se usa en la conversación, en el trabajo, en la vida privada, además es la más utilizada para la información o la educación. La manera escrita se usa en cartas, telegramas, instructivos, circulares, etc.

La comunicación es base de la enseñanza; se utiliza para informar algún hecho; sirve para dar órdenes e indicar prescripciones; para una mayor difusión se utilizan libros, folletos y publicaciones de distinto tipo. Todos los métodos de enseñanza como exposición, discusión, demostración práctica, tienen como base el uso de la palabra o la escritura.

1.6.2. El Comunicador.

En la comunicación oral, el comunicador o educador debe procurar cumplir con determinados requisitos en cuanto a su preparación, su voz y lenguaje, así como su presentación personal y su actitud frente a quienes lo escuchan.

Para algunos, el conocimiento y la adecuada preparación del tema que se va a exponer son lo más importante. Sin embargo, si quien habla no adopta una actitud sencilla, cordial y amistosa o no evita gestos, expresiones faciales o "tics" que distraen al auditorio, mucho de lo que diga se perderá. Así, un maestro que adopta una actitud arrogante, de gran superioridad o de poco interés para quienes lo escuchan, obtendrá menores resultados que el que se presenta con una actitud de compañerismo y de amistad. Tampoco el tímido que acusa una gran nerviosidad o nuestras dudas o inseguridad, conseguirá los resultados que desea.

Hay estrecha relación entre la actitud del expositor y su presentación personal: vestir sencilla pero decentemente, con pulcritud, tendrá mayor impacto en quienes la escuchan.

La postura tiene relación con la actitud. Permanecer con las manos en los bolsillos, recargado sobre la mesa resta seriedad e importancia a lo que se dice.

La voz del expositor debe ser clara, procurando articular correctamente las palabras con la entonación requerida, y la intensidad adecuada al sitio donde se habla; la dicción no debe ser ni muy lenta ni demasiado rápida, procurando que todos escuchen sin dificultad lo que se dice.

El expositor ha de usar un lenguaje comprensible, adaptándolo al nivel intelectual y cultural del grupo sin llegar a extremos de emplear caló o jerga. Si son necesarios los términos técnicos, deben explicarse.

El comunicador debe hablar al grupo como lo haría en una conversación con un amigo; esto es, dirigiéndole la vista; así da oportunidad al auditorio de participar, solicitar aclaraciones, manifestar sus dudas o aún discutir lo expuesto; pero siempre dentro de un espíritu de cordialidad y de mutuo respeto.

1.6.3. Entrar En Comunicación y No Sólo Informar.

La educación para la salud es una tarea difícil, cuyo resultado debe ser un cambio en las conductas de salud de las personas, pero éste no se obtiene de manera inmediata. Razón por la cual el educar para la Salud no es muy popular entre el personal de dicho sector, quien dedica su tiempo a tareas que parecen producir resultados casi inmediatos. Los esfuerzos del personal de salud por educar para la salud frecuentemente producen resultados ajenos al debido, a saber:

- La gente escucha pero no entiende haber entendido, y modifica sus conductas de salud, pero los cambios no son los apropiados y, además divulgan información falsa.
- La gente escucha y cree erróneamente haber entendido, y modifica sus conductas de salud, pero los cambios no son los apropiados y, además divulgan información falsa.
- La gente escucha y entiende pero no se convence, por consiguiente, no cambia sus costumbres, ni emprende cosas nuevas.
- La gente escucha, se convence y cambia sus conductas de salud, lo que la lleva a emprender cosas nuevas, pero pronto concluye que no obtiene resultados esperados o

que el cambio exige un esfuerzo demasiado grande, y regresa a sus conductas de salud previstas. El cambio en las conductas de salud fue efímero.(15)

Es tarea del personal de salud solucionar tales problemas, por medio de una comunicación efectiva que permita conocer las costumbres, para determinar juntos los cambios necesarios.

Para que la educación sea efectiva, el educador debe entender que su tarea no se reduce a la acción de informar sino que, como en toda verdadera educación, es necesario establecer un diálogo, en otras palabras, ponerse en una situación interactiva, con comunicación.



La educación para la salud” es una de las tareas más importantes y difíciles del equipo de la salud. Realizarlo en forma satisfactoria requiere no solo de vocación sino también adiestramiento, supervisión y práctica.(Fuente: Kroeger, Axel.).

15) Kroeger. Axel, Luna Rohaldo, Atención Primaria a la Salud, Principios y Métodos, pag. 150

Entrar en comunicación significa, en primer lugar, estar dispuestos a escuchar, a oír, una vez dispuesta a ello, estaremos en condiciones de aprender por qué nuestro paciente, su familia y la comunidad se comportan de una manera determinada, y de identificar los sentimientos, valores y creencias que rigen sus conductas.

Más que informar a la gente, el educador para la salud debe establecer una comunicación efectiva, esto significa, en primer lugar, estar dispuesto a escuchar.

1.6.4. Fomento De La Autorresponsabilidad Del Paciente y De La Comunidad.

Uno de los objetivos más importantes de la educación para la salud consiste en la autorresponsabilidad del paciente y la comunidad. Empezaremos analizando un ejemplo: un paciente es llevado al centro de salud con hemoptisis al cual un año antes se le había diagnosticado una tuberculosis, administrado el tratamiento inicial y enviando a casa con una nueva cita para control. Pero cuando el tratamiento inicial sufrió efecto, el paciente se sintió mejor y novio la necesidad de reemprender el largo camino hasta el centro de salud. Nadie le había explicado en forma adecuada, que su enfermedad requería un tratamiento prolongado y que era necesario regresar cada mes al centro de salud.

El tratamiento tenía que fracasar porque el equipo de salud no "entró en comunicación" con el paciente y, por eso no logró influir sobre su comportamiento; no lo educó. La falta de comunicación impidió que el paciente modificara sus conductas de salud.

El suponer que los cuidados de salud son responsabilidad de terceros resulta de que en el pasado (y en su mayoría, aún hoy) los profesionales de la salud privaban a la gente de su derecho y capacidad para tomar sus propias decisiones en asuntos de salud. Por eso es necesario esforzarse por devolverles la confianza en sí misma y ayudarle a tomar las decisiones apropiadas y oportunas. Lograr que la gente se responsabilice de su propia salud es una de las metas explícitas en el concepto de "atención primaria en salud". Esto es aún más importante en aquellos lugares donde los servicios de salud son escasos y las comunidades de difícil acceso.

Es prioritario que el educador de salud se esfuerce para lograr que los individuos y la comunidad se autorresponsabilicen de su salud; para ello deberá ayudarles a recobrar la confianza en sí mismos y a tomar las decisiones correspondientes.

1.6.5. Métodos Para Mejorar La Comunicación.

Existen razones adecuadas para suponer que una buena salud tiene que lograrse, en primer lugar, en el seno de la comunidad. Por lo tanto las consideraciones siguientes se centrarán sobre el trabajo en la comunidad o, en otras palabras, el trabajo con grupos.

- El equipo de trabajo en el centro de salud.

Las actividades educativas para la salud comienzan con la preparación del equipo de trabajo del centro de salud. Es necesario conocer los recursos físicos, institucionales y humanos del centro; y en esta fase ya se reconocen e identifican los primeros problemas.

- Visitas en las comunidades.

Visite, en lo posible, todas las comunidades del área de influencia del centro de salud. Acepte invitaciones y anuncie previamente su visita a las autoridades de la comunidad (cacique, alcalde, promotor de salud).

No vaya solo, dos ven más que uno y la influencia sobre el grupo es mayor.

No olvide presentarse siempre y explicar cual es su misión.

Oiga y trate de entender el trasfondo de los problemas y necesidades de la gente. Tómelos en serio y demuéstrelo.

- Recolección de información local.

Para la planificación de un programa educativo es deseable disponer de un cierto volumen de datos básicos. Estos se pueden obtener, con frecuencia, de las autoridades locales o provinciales.

1.7. Métodos y Medios Auxiliares.

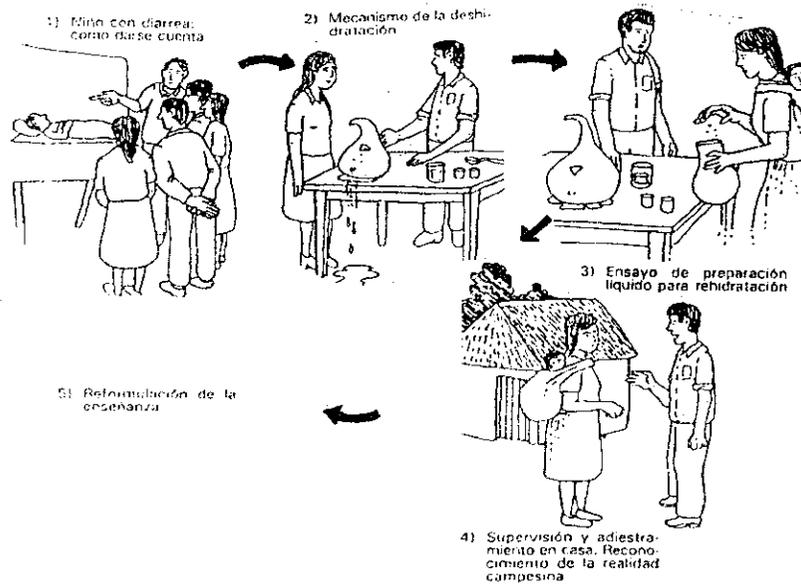
1.7.1. Observaciones Generales.

En la educación para la salud raras veces es efectivo un sólo método. Es muy importante tener en cuenta que los métodos y medios auxiliares conforman un sistema, cuyos componentes individuales se complementan mutuamente.

La exigencia de que los medios auxiliares sean aplicados coordinadamente; por ejemplo, que las imágenes y objetos de demostración pertenecientes a un determinado tema representen siempre las mismas instrucciones para actuar. Así se evitan confusiones en el grupo.

Procure que todos los métodos y medios auxiliares comuniquen siempre el mismo mensaje.

Una plática de educación para la salud o una asesoría individual debe hacerse más fácilmente comprensible con material visual o complementarse con una demostración, preferiblemente acompañada de ejercicios prácticos., como lo muestra la ilustración.



41

Secuencia de pasos en la educación continua, demostrado con el ejemplo de la rehabilitación oral

(Fuente: Kroege, Axel)

1.7.2. Lenguaje.

El lenguaje es un instrumento muy importante para la educación. Por eso merece gran atención. La mayor parte de los que reciben nuestros esfuerzos educativos sólo han tenido una reducida educación escolar, si es que tienen alguna. Por lo tanto, debemos utilizar un lenguaje sencillo y comprensible para ellos.

Las siguientes recomendaciones se refieren, sobre todo, al lenguaje escrito; sin embargo, son en su mayoría aplicables al lenguaje hablado:

- Trate de formar frases de menos de 20 palabras.
- Utilice una composición de frases sencillas, con un mínimo de frases relativas.
- Utilice palabras comunes y generalmente conocidas por todos. Tener en cuenta los modismos locales, y no utilice sinónimos, repita sin miedo siempre la misma palabra.
- Use con frecuencia frases activas e imperativas. Evitar las frases pasivas y las negativas.
- Aligere el texto tanto como sea posible: haga párrafos cortos y apóyese en láminas y esquemas que estructuren y refuercen visualmente el mensaje que desea comunicar.
- Evite separar las palabras al final de renglón.

Adapte el vocabulario a sus oyentes; atrévase a ser ligero y exprese las cosas tal y como suceden en el tiempo.

1.7.3. Charlas y Discurso Libres.

El educador en salud debe evitar ponencias formales lo más posible y buscar la discusión.

- Preparar cuidadosamente lo que va a decir. Formular por escrito las tres primeras frases, pero no el discurso entero.
- Escribir las palabras claves. Pero formular por escrito las dos últimas frases completas.
- Ensayar la presentación antes de hacerla. Determinar con cuánto tiempo cuenta, dónde estará sentado, dónde estará parado al hablar, etc.
- No sobreestimar la paciencia y voluntad de aprender de los oyentes. Ser breve y terminar la presentación antes de que decaiga el interés; 15 minutos deben ser suficientes para tratar un tema.
- No dar respuestas definitivas durante la presentación.
- Ser cortés y complaciente, pero también tener cuidado de no prometer lo que no puede cumplir.
- Utilizar pocas láminas o diagramas, bien seleccionados, lo que se esté seguro de que van a mejorar la comprensión de lo tratado en la presentación.
- Si la presentación no tuvo efecto, busque la falla primero en usted. Identifique lo que no estuvo bien hecho y haga las correcciones necesarias para la próxima ocasión.
- Comportarse con tranquilidad y hablar como si se estuviera entre amigos. Expresarse con humor y compasión.

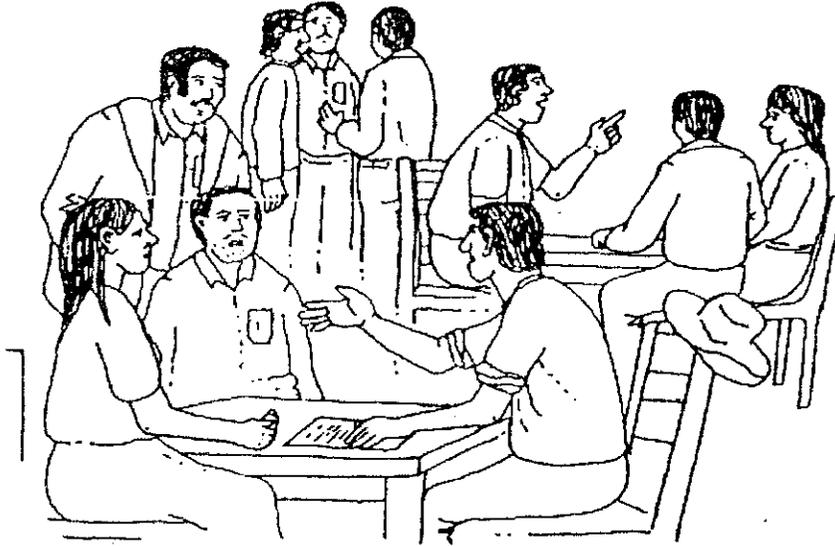
1.7.4. Participación De Los Oyentes En El Adiestramiento, Algunas Indicaciones Prácticas.

Las dos ilustraciones en la figura explican la diferencia fundamental entre los dos métodos de enseñanza indicados. El grupo donde se fomenta la participación de todos obtienen sus conocimientos a través del intercambio activo de ideas entre los participantes, y al final de la reunión estarán en capacidad de planear una acción. El grupo que recibe enseñanza frontal permanece desconcertado y sin posibilidad de planear ni de actuar.



El trabajador de la salud debe escuchar, observar e intervenir poco, con el fin de aumentar el prestigio del mismo. En la (figura a) el supervisor no interviene, pero se da la enseñanza frontal la cual no da mucha oportunidad a la conversación. Es mejor sentarse todos juntos (figura b) y discutir los problemas de salud. (Fuente: Kroeger, Axel).

La situación ideal es aquella en la que todos los integrantes del grupo desean tomar la palabra. La presencia del personal de salud frecuentemente impide la participación de los tímidos; en estos casos es recomendable formar grupos pequeños que discutan uno de los temas de la charla después pueden reunirse nuevamente todos los grupos para discutir los resultados de cada uno.



Las discusiones en grupos pequeños son muchas veces la condición para una buena participación de todos.

(Fuente: Kroegey, Axel.)

El éxito o fracaso del esfuerzo por lograr una participación activa lo determina, frecuentemente, la selección del problema que va a ser solucionado en la reunión o mediante un conjunto de medidas. Es fácil comprender que se alcanza una mayor participación cuando las reuniones se centran sobre temas que la comunidad siente como necesidad prioritaria y que considera que tiene la obligación y los recursos para resolverlos. Estos temas deberían ser propuestos por la comunidad misma, de lo contrario puede surgir una divergencia de opinión entre el equipo de salud y la comunidad sobre la prioridad de los problemas que van a ser tratados. Es muy importante que en situaciones como esta los profesionales de la salud aprendan a posponer sus prioridades, siempre y cuando no existan razones graves en contra.

1.8. Medios y Material Didáctico.

Los recursos didácticos son los medios con los que se apoya el educador para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje.(16)

Estos recursos no tienen valor en sí mismos, sino que este dependerá de su elección y utilización oportuna.

Algo que no está por demás recalcar es que el recurso debe ajustarse a las características del tema y de las personas; no el tema y la persona a las características del recurso.

Dentro de los recursos didácticos existentes, un gran número corresponde a los visuales, que son los que se usan con mayor frecuencia como apoyo a las diferentes actividades relacionadas con la educación para la salud. Una de las ventajas de estos recursos es su fácil acceso y manejo.

1.8.1. Cuándo y qué tipo de material didáctico se puede utilizar.

Los medios visuales pueden comunicar información que sería más difícil de transmitir por medio de la simple palabra, y llevaría más tiempo. Sin embargo, debe quedar claro que estos medios pueden reforzar y complementar el mensaje del educador para la salud, pero no remplazarlo.

Es por eso que los medios auxiliares deben utilizarse en forma variada y con ciertas

Restricciones. Siempre hay que evaluar si su uso aumenta la claridad de las ideas que van a ser presentadas y si propician la participación de todos los asistentes.

Nunca deben usarse métodos auxiliares que no contienen exactamente la información que se necesita o con información falsa, se pierde demasiado tiempo haciendo las aclaraciones pertinentes. Esto sucede con frecuencia cuando el material visual ha sido traído desde fuera. Siempre es preferible producir sus propios medios visuales.

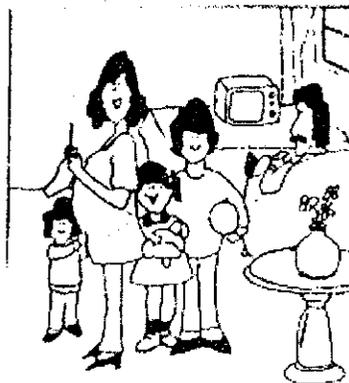
16) Escuela Nacional De Enfermería y Obstetricia, Técnicas de la enseñanza, pag. 51.

El productor de material didáctico debe guiarse por las siguientes reglas:

Presentar vestimentas, enseres domésticos, lo que es conocido en el lugar; la gente tiene que identificarse con la situación presentada.

- Hacer las imágenes lo más simple posibles, demasiados detalles impiden ver lo esencial.
- Cada imagen debe contar con un sólo mensaje, fácilmente aceptable.
- Tener una presentación agradable a la vista, es decir, que las ilustraciones tengan buen colorido además de un tamaño adecuado al lugar donde se van a utilizar, de tal forma que sean visibles para todos los participantes.
- En el caso de que se usen varias ilustraciones, éstas deberán guardar unidad entre sí.
- Asegurar que las ilustraciones comuniquen lo que queremos.

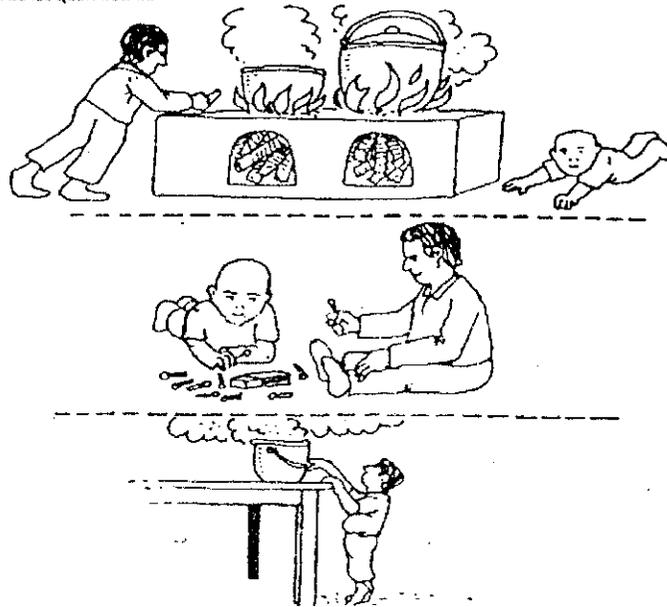
EVITE EMBARAZOS MUY SEGUIDOS
SON PELIGROSOS PARA SU SALUD



Dibujo inapropiado. Se ven no solo implementos que o se encuentran en la casa campesina o humilde, sino también una familia muy feliz que expresa satisfacción por la cantidad de niños; o sea lo contrario de lo que dice el título

(Fuente: Kroeger, Axel)

Origen de las quemaduras



Presentación de diferentes formas de quemaduras. Estos dibujos se pueden utilizar para discutir lo que cada participante puede ver en ellos, y que experiencias ha tenido con este tipo de problemas en su hogar y en la comunidad.

(Fuente: Kroeger, Axel)

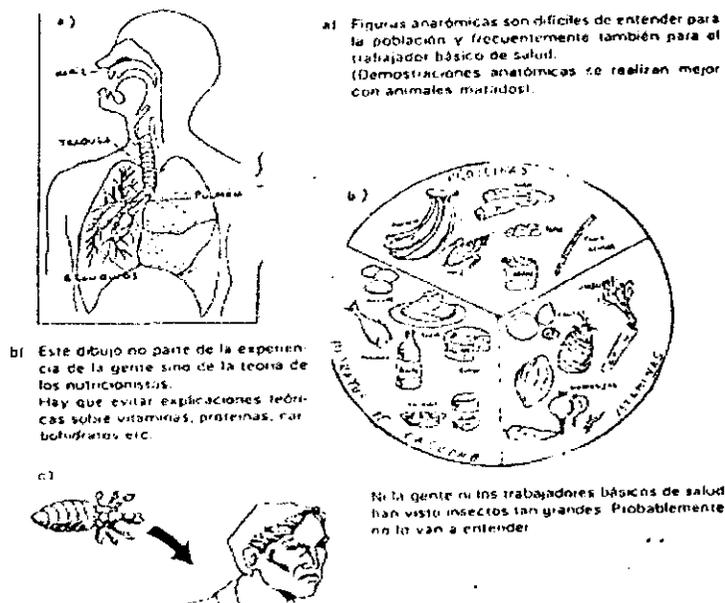
1.8.2. Preparación De Los Dibujos.

Un buen método es regirse por ejemplos existentes y cambiar o adaptar aquellas partes de las láminas que tienen que hacer referencia a las peculiaridades de la región.

- Tener cuidado de dar la expresión correcta a las caras, la proporción correcta a los cuerpos y usar el lenguaje corporal apropiado.
- Evitar que las personas tengan aspecto inhumano.
- Tratar de no herir el sentimiento de decencia y de dignidad del hombre.

1.8.3. Prueba Previa Del Material De Enseñanza.

Antes de iniciar una campaña de salud o de producir material de enseñanza en gran escala se debe efectuar una prueba previa del material con un grupo seleccionado de gente. Cuando en el equipo de salud se encuentran trabajadores básicos, estos pueden hacer un primer juicio acerca del material, pero además es indispensable una prueba de campo en una comunidad; de ella va a resultar una serie de modificaciones al material. Por ejemplo muchas veces palabras y aseveraciones aparentemente simples no son entendidas como se observa en la figura; en otras ocasiones, las ilustraciones para realizar ciertos trabajos no son ejecutables.



Ejemplos negativos de material didáctico. Lo importante es probar si la gente entiende y si los mensajes son útiles.

(Fuente: diferentes manuales para promotores de salud.)

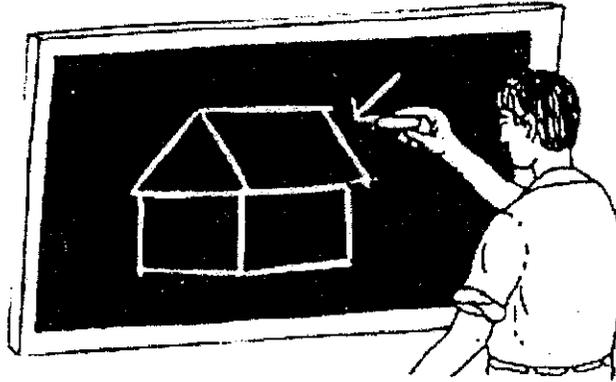
La producción de material audiovisual sencillo pero relevante es difícil y requiere de mucho más tiempo que la escritura de un texto.

1.8.4. Algunas Recomendaciones Prácticas.

1.8.4.1. El tablero (Pizarrón).

Ventajas

- Fácil de alcanzar.
- Barato y fácil de producir.
- Permite fijar láminas.



Cualquier tablero puede pintarse con una pintura áspera y oscura para que se pegue el gis.

(Fuente: Koeger, Axel.)

1.8.4.2. Rotafolio y Papelógrafo.

Es uno de los recursos más utilizados en las prácticas de educación para la Salud. Se caracteriza por su fácil manejo y por poder ser utilizado ante cualquier grupo.

Consiste en una serie de hojas de papel, generalmente de 70x50 cm, en las cuales se presenta la imagen de lo que el expositor va diciendo o se complementa la idea expresada, por lo cual es necesario que la secuencia que sigan las ilustraciones sea acorde con el orden de la exposición.

Ventajas.

- Fácil de hacer y barato.
- Usos múltiples (serie de imágenes, dibujos).
- Desarrolla temas paso a paso.
- Las hojas pueden ser pegadas después en las paredes.



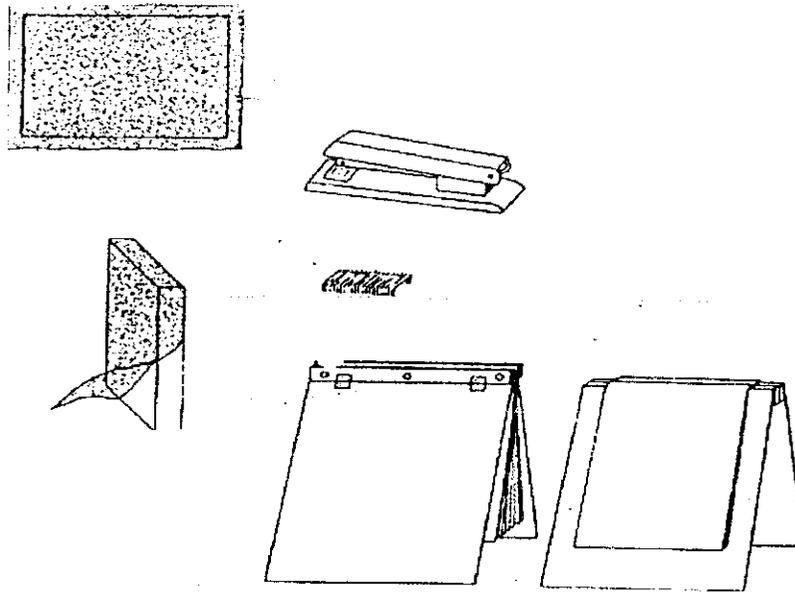
El rotafolio

(Fuente: Kroeger, Axel)

1.8.4.3. Franelógrafo.

Es un recurso que puede ser utilizado de una manera muy versátil. Consta de un tramo de franela extendido y una colección de material gráfico. Sirve para ilustrar el mensaje que se está exponiendo y para complementar las ideas que se van desarrollando. Las fotografías o dibujos, con trozos de lija pegados en la parte de atrás, se van adhiriendo a la franela conforme se va desarrollando el tema.

Cambiando únicamente las figuras se pueden desarrollar diferentes temas sobre la misma franela, por lo que el recurso es económico.



El francológrafo
(Fuente: Kroeger, Axel)

1.8.4.4. Fotografías, Diapositivas, Filmes.

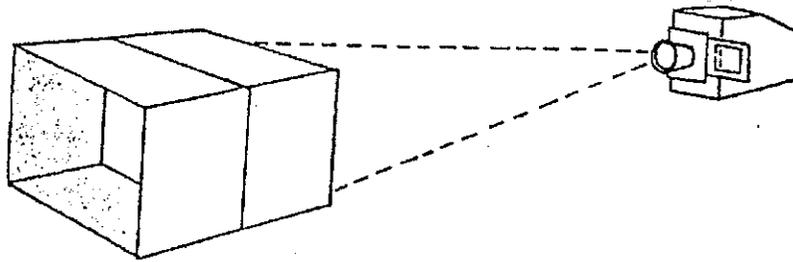
Este recurso es muy útil cuando se requiere la presentación de muchas imágenes para poder desarrollar y ejemplificar el tema que se preparó anteriormente o cuando no es posible observar de manera directa ciertos fenómenos.

Ventajas

- Reproducen detalles con exactitud
- Las fotos pueden servir de modelo para los dibujos

Desventajas

- Altos costos
- Contiene demasiados pormenores del fondo
- Diapositivas y filminas requieren de proyectores que necesitan mantenimiento, repuestos y energía eléctrica



Proyector de diapositivas durante el día. Una caja de color oscuro con una pantalla de plástico o papel opaco (60 x 45 cm). (Fuente: Kroeger, Axel)

1.8.4.5. Retroproyector, Epidiascopio, Películas.

Estos aparatos requieren de la existencia de energía eléctrica, lo que limita el uso. El epidiascopio y el proyector de películas pueden ser usados solamente en la oscuridad, lo que en muchas comunidades puede significar que los asistentes tengan después dificultades para regresar a casa.

El retroproyector tiene la ventaja de que permite una buena proyección, aun con luz diurna. Su uso requiere un rotulador de fieltro y láminas transparentes que sólo tienen cierta duración, lo cual ocasiona problemas de adquisición y costos. En vez de la lámina transparente pueden usarse películas de rayos x que por equivocación no hayan sido reveladas.

También con respecto a las películas debe comprobarse su relevancia. Los dibujos animados son preferibles a las películas actuadas debido a su grado de abstracción. Juzgando críticamente, se van a encontrar pocas películas apropiadas para la educación en materia de salud.

La proyección de películas, especialmente, obliga a la gente a adoptar el rol de espectador pasivo. La experiencia demuestra que después de la proyección de una película es difícil sacar a los espectadores de su pasividad y llevarlos a la comunicación activa. Por eso la proyección de una película tiene con frecuencia la única ventaja de reunir a la gente; esta ocasión se podría aprovechar para lograr objetivos educativos.

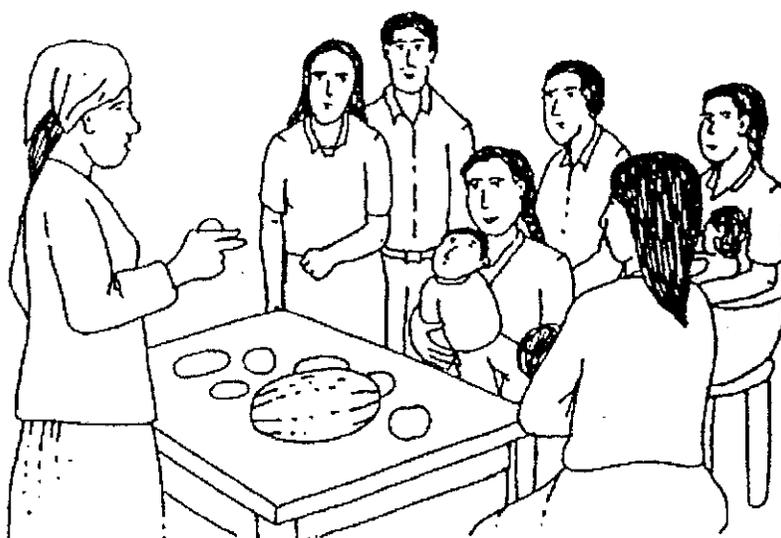
1.8.4.6 Demostraciones.

Las demostraciones son de suma importancia; ellas reúnen la enseñanza teórica y el trabajo práctico. Una demostración debe ser siempre realista, por eso se deben utilizar los materiales que hay en el lugar y presentar las situaciones que se dan ahí., como lo muestra la figura de la pag. 57

Para que las demostraciones sean efectivas se recomiendan los siguientes pasos:

- Explicar el por qué de la demostración y los movimientos manuales que deben hacerse.
- Mostrar los objetos necesarios para ello y dejar que los espectadores los miren y toquen.

- Mostrar cómo utilizarlos, despacio, paso por paso.
- Estar siempre dispuesto a contestar preguntas.
- Pedir a uno de los asistentes que repita la demostración.
- Asignar a los demás a comentar lo que hace su colega y corrija lo menos posible.
- Dejar que poco a poco el grupo entero practique.
- En las visitas a las comunidades compruebe los efectos de la demostración.



Para realizar una adecuada demostración en las sesiones de educación para la salud, primero deben conocerse los alimentos básicos que existen a nivel local o que están al alcance de cada familia, antes de hablar, sobre una mejor nutrición.(Fuente Kroeger, Axel)

1.8.4.7. Juego de Roles y Teatro.

El juego de roles y el teatro representan escenas de la vida real, frecuentemente con exageraciones cómicas o dramáticas que intentan hacerlas más comprensibles. Con esto se trata de poner a la gente frente a un espejo como lo muestra la figura.



El juego de roles puede aclarar problemas de salud, dificultades dentro de la comunidad y con el servicio de salud.



La mayoría de los títeres los puede fabricar uno mismo de tela, papel, harina y agua. (Fuente Kroeger, Axel)

Mientras el juego de roles casi siempre se desarrolla espontáneamente y se origina de una determinada situación o constelación, la representación teatral es una presentación planeada y fue en lo que se refiere al texto, los disfraces y la escenografía. La presentación del texto exige mucho más esfuerzo y preparación que el juego de roles, y este pensada para un público más numeroso.

En el juego de roles sólo el rol es fijo; los textos no lo son, y por lo general tiene un final abierto. Normalmente dura poco tiempo y sirve para aclarar determinados comportamientos tanto de los actores como del público, que luego se convierten en objeto de una discusión conjunta.



Usar el juego de roles permite aclarar comportamientos, sus orígenes y sus consecuencias (Fuente: Kroeger, Axel).

2. RESULTADOS.

La educación para la salud es un factor de suma importancia cuando se pretende mejorar el nivel de salud de una población, incluye todas las técnicas médicas para prevenir la enfermedad y fomentar la salud aplicadas al individuo como unidad.

La prevención puede actuar en diferentes niveles: sobre el ambiente, modificando factores biológicos o adversos; sobre el individuo que presenta alteraciones iniciales de salud con el objeto de hacer un diagnóstico temprano y prevenir consecuencias.

El personal de Enfermería a quien compete enseñar tiene la responsabilidad de organizar, dirigir y coordinar el proceso; mientras que los educandos, cuyo rol es el de aprender, adquieren el compromiso de participar activamente en dicha dinámica convergiendo ambos roles en la tarea de trabajar y pensar.

La investigación, tiene el propósito de ofrecer una información concisa e integrada acerca de las causas que condicionan la participación de los individuos en la educación para la salud.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

El hombre como parte del ecosistema, y sólo con fines didácticos, se estudio bajo tres enfoques: el biológico que hace énfasis en su estructura anatomo funcional, el psicológico en la personalidad y el social que lo considera como parte interactuante de una comunidad a la cual pertenece, es decir, el hombre es el resultado de la evaluación biológica que gradualmente adquiere propiedades específicas, psicológicas y sociales, considerándolo como un agente de los procesos socioculturales. Lo anterior permite conceptualizar el hombre como unidad biopsicosocial que posee una estructura anatomo funcional evolucionada, que desarrolla una personalidad definida, conforma a la sociedad y crea cultura.

El interés por el estudio de la familia, como sujeto, obedece básicamente al reconocimiento de su importancia en la estructura biopsicosocial del individuo y a la necesidad de comprender estrategias de intervención a nivel educativo, preventivo, terapéutico y de asistencia social.

Por la importancia que representa el hombre en la comunidad por ser parte interactuante se encontró que el 96.72 % son mujeres de las cuales, el 77.0 % nunca asistió a las pláticas de educación para la salud, el 14.97 % asistió ocasionalmente y sólo el 4.75 % siempre acudió a dicha actividad.

En cuanto a la población masculina se obtiene el 3.28 % del cual el 2.92 % nunca asistió y el 0.36 % asistió ocasionalmente a las sesiones de educación para la salud, impartidas en su comunidad. (Ver cuadro No. 1 pág.61)

Cuadro No. 1

SEXO DE LOS HABITANTES DEL MÓDULO III DE MORELIA, MICHOACÁN, Y SU RELACIÓN CON SU ASISTENCIA A LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Sexo	Asistencia							
	Nunca		Casi Siempre		Siempre		TOTAL	
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
Femenino	211	77.0	41	14.97	13	4.75	265	96.72*
Masculino	8	2.92	1	0.36	/	/	9	3.28
TOTAL	219	79.92	42	15.33	13	4.75	274	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población del Módulo III de Morelia, Mich.

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

Algo muy importante que resalta en la investigación es la participación de la mujer en la salud familiar, pues ella decide que se va a comer, empieza a inculcar los hábitos y costumbres y decide el tipo de atención médica que debe recibir la familia.

En cuanto a la participación de la mujer a las sesiones de educación para la salud encontramos que el 22.38% del total de la población mencionó que no acuden por decidía, el 15.98% refiere no tener tiempo, el 10.04% por no conocer a la Auxiliar de Salud, el 9.14% por la realización de labores domésticas, el 6.85% pensaba que sólo eran para Madres, el 6.39% nunca se enteró que había pláticas, 4.57% porque no le interesan las pláticas, el 5.94% no sabían donde se daban las pláticas, el 6.39% trabaja todo el día en el campo, el 4.56% son a la hora del almuerzo, el 2.28% no recuerda el día de la plática y el 1.83% porque no explican para quién son las pláticas.

Así mismo el 3.66% de los hombres encuestados respondieron que eran sólo para mujeres.

Analizando los resultados se observa que la Educación para la salud es una tarea difícil cuyo resultado debe ser un cambio en las conductas de salud de las personas, pero éste no se obtiene de manera inmediata. Es tarea del personal de salud solucionar tales problemas, por medio de una comunicación efectiva que permita conocer las costumbres, para determinar los cambios necesarios, y así lograr un 100% de asistentes a las pláticas de Educación para la Salud ya que durante los meses trabajados en las comunidades se observó una gran inasistencia de lo cual se desconocían cuáles eran las causas de dicha inasistencia ya que sólo se daban las pláticas a las personas que asistían, pero nunca se tomó la iniciativa de investigar por qué causa no asistían.

En cuanto al sexo masculino se debe informar adecuadamente que las pláticas son también para ellos ya que de estas dependerá su autocuidado para la salud y el bienestar de su familia, ya que durante las pláticas se observa la ausencia masculina. (Ver cuadro No. 1 A pag. 63)

Cuadro No. 1-A
COMENTARIOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DEL MÓDULO
III DE MORELIA, MICH., DEL PORQUÉ NO ASISTEN A LAS
SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Opinión de la Población	F _o	%
Nunca me entero que habrá pláticas	14	6.39
No me acuerdo del día de la plática	5	2.28
No tengo tiempo	35	15.98
Realizo labores domésticas	20	9.14
No explican para quién son las pláticas	4	1.83
Son a la hora del almuerzo	10	4.56*
Pensaban que sólo eran para madres	15	6.85
Desidia	49	22.38
Trabajo todo el día en el campo	14	6.39
Es sólo para mujeres	8	3.66
No sé dónde se dan las pláticas	13	5.94
No conocen a la Auxiliar de Salud	22	10.04
No me interesan las pláticas	10	4.56*
TOTAL	219	100

Fuente: cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

Junto a las transformaciones fisiológicas debidas al avance de la edad, el individuo experimenta la entrada y salida de posiciones sociales que pueden ser consideradas, una vez agrupadas como fases de un mismo ciclo social.

El "calendario" social que llevamos dentro dice si estamos a "tiempo" en los diversos comportamientos en función de nuestra edad, es un verdadero metrónomo que guía nuestras relaciones con los otros, así como los juicios que emitimos sobre dichas relaciones.

Dado el tipo de consideraciones que estamos haciendo inherentes a la salud con respecto a la edad se puede observar que el 28.10% del total de la población que tienen de 31 a 40 años edad y de estas el 3.64% casi siempre asistió a las pláticas, el 3.64% siempre asistió, siendo este grupo el de más asistentes a sesiones de educación para la salud.

Por otra parte el 33.95% de la población del Módulo III tienen de 21 a 30 años, el cual presentó mayor inasistencia con un 25.54% y sólo un 7.29% acudió ocasionalmente a las pláticas.

De los grupos de edad de los 41 años en adelante se obtuvo que el 182% asistió ocasionalmente a las sesiones. También observó que el grupo de edad entre los 15 y 20 años el cual conforma el 10.94% de la población, asistió a las sesiones en 0.72%

Analizando los resultados se obtiene que el grupo de edad que menos asistió a las pláticas de educación para la Salud es el de 15 a 20 años, esto representa un problema ya que esta población pertenece a las nuevas generaciones que forman o formarán nuevas familias, por lo tanto es importante involucrarlas para el reforzamiento de la acción educativa para promover cambios de actitudes y hábitos en favor de la salud.(Ver cuadro No. 2 pág. 65)

Cuadro No. 2

EDAD DE LA POBLACIÓN Y SU RELACIÓN CON SU ASISTENCIA A LAS SESIONES DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD.

Edad	Asistencia							
	Nunca		Casi Siempre		Siempre		TOTAL	
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
15 a 20 años	28	10.22	2	0.73	0	0	30	10.94
21 a 30 años	70	25.55	20	7.29	3	1.09	93	33.95*
31 a 40 años	57	20.80	10	3.65	10	3.65	77	28.10
41 a 50 años	36	13.14	5	1.83	0	0	41	14.97*
51 o más	28	10.22	5	1.83	0	0	33	12.04
TOTAL	219	79.93	42	15.33	0	4.74	274	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

La educación y la salud avanzan juntas; mientras no se eleven los niveles de instrucción, no se alcanzará la plena salud del pueblo.

Gran parte de la población no termina su educación primaria, porque la escuela donde estudian es unitaria, es decir, sólo tiene un salón con un maestro, el cual muy pocas veces puede atender los seis grados de primaria. Eso ocurre en las poblaciones muy pequeñas. Otros no la terminan porque se van a trabajar, se cambian de domicilio o se enferman.

A pesar de los grandes logros educativos, se estima que aun faltan escuelas y maestros para satisfacer la demanda, y así poder alcanzar niveles de salud, aceptable ya que un factor importante que en la población es la educación, ya que el 94.89% cuenta con primaria incompleta, del cual el 37.59% nunca asistió a las pláticas, el 6.20% se presentó ocasionalmente y el 1.09% siempre acudió

El 29.56% cuentan con la primaria completa, del cual el 3.64% casi siempre acudió a las pláticas, el 0.72% siempre asistió y el 25.18% nunca asistió.

El 9.86% de la población es analfabeta, de este grupo el 1.82% asistió ocasionalmente, el 0.72% siempre acudió y el 7.29% nunca asistió.

De la población que cuenta con estudios de secundaria incompleta sólo el 1.82% asistió a algunas pláticas y el 0.72% siempre asistió; de los que cuentan con la secundaria completa el 1.09% casi siempre se presentó a las pláticas y el 1.45% siempre acudió.

Los que cuentan con otro tipo de estudios corresponde el 3.65%, de éstos el 2.91% nunca asistió y el 0.72% ocasionalmente se presentó.

De esto resulta que la educación es un medio por el que la población puede prepararse para integrarse a la sociedad en forma productiva y alcanzar mejores posiciones y así lograr una adecuada salud.

La población que cuenta con otro tipo de estudios no puede acudir a las sesiones de educación para la salud por su trabajo, y es imposible que acudan. Para esto se tendrá que implementar horarios por la tarde.

Se observó durante el Servicio Social que la mayoría de las comunidades sólo cuenta con una escuela primaria y en algunas ocasiones con Kinder, lo que origina que la población únicamente estudie la primaria. (Ver cuadro No. 3 pag. 68)

Cuadro No. 3

LA ESCOLARIDAD Y LA RELACIÓN QUE EXISTEN CON LA ASISTENCIA A LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Escolaridad	Asistencia a las Pláticas en la Comunidad							
	Nunca		Casi Siempre		Siempre		TOTAL	
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
Analfabeta	20	7.29	5	1.83	2	0.73	27	9.86*
Primaria completa	69	25.19	10	3.65	2	0.73	81	29.56
Primaria incompleta	103	37.59	17	6.21	3	1.09	123	44.89*
Secundaria completa	8	2.92	3	1.09	4	1.45	15	5.48
Secundaria incompleta	11	4.02	5	1.83	2	0.73	18	6.56
Otro	8	2.92	2	0.73	0	0	10	3.65
TOTAL	219	79.93	42	15.34*	13	4.73	274	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

Como las personas pasan una parte considerable de sus vidas trabajando en condiciones muy diferentes, no es sorprendente que las experiencias relacionadas con la ocupación puedan ejercer un profundo efecto en la salud y contribuyan a grandes diferencias de mortalidad y morbilidad. Esta influencia puede ejercer a través de una variedad de exposiciones condiciones físicas desfavorables (calor, frío, presión atmosférica alterada), sustancias químicas, ruido, tensión inducida por la ocupación. Por otra parte los índices de enfermedad entre grupos de ocupación pueden diferir, no a causa del trabajo mismo, sino por diferencias en la selección para dedicarse a varias ocupaciones.

El medio de trabajo incluye no sólo las instalaciones físicas, sino también un clima psicológico y social, por lo tanto un aspecto importante para la salud. En relación a esto se encontró que el 85.58% de la población se dedica al hogar de éste el 68.97% nunca asistió a las sesiones, el 9.86% fue en algunas ocasiones y el 4.74% siempre acudió.

Los que laboran en el campo son 1.46% de éstos el 0.73% asistieron ocasionalmente y el otro 0.73% nunca asistió; el grupo que nunca se presentó fue el de comerciantes obteniendo un 0.73%.

Del 3.64% de la población cuya ocupación es diversa se obtuvo que el 1.83% asistió en algunas ocasiones y el otro 1.83% nunca acudió.

La población que se dedica tanto al hogar como al campo conforma el 6.57%, del cual el 4.74% nunca asistieron y el 1.83% ocasionalmente.

Los que laboran tanto en el hogar como en comercios son el 3.64% de la población de los cuales el 2.91% nunca asistió a las sesiones y el 0.73% asistió en algunas ocasiones.

El grupo que se dedica al hogar y otra actividad representa el 0.36% de la población siendo que la totalidad de este porcentaje asistió casi siempre.

Las diversas ocupaciones de la población, influyen en que no asistan a las sesiones, esto es un factor de riesgo para la población, ya que no reciben la información que les ayudará al cuidado de su salud y la de su familia.

La práctica cotidiana de labores domésticas es absorbente para gran parte de la población, lo que impide que asistan a las platicas o sesiones para la salud, en otras personas se observa la falta

de interés por asistir, este es un grupo importante, ya que son mujeres y la educación para la salud se dirige a ellas como eje del grupo, ya que ellas transmiten más información a los integrantes de la familia.

Es necesario buscar horarios accesibles para las mujeres que se dedican al hogar. Evitando así que la ama de casa interrumpa sus labores domesticas (ver cuadro N° 4 pag. 71).

Cuadro No. 4

OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL MÓDULO III DE MORELIA MICH., Y SU RELACIÓN CON LA ASISTENCIA A LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Ocupación	Asistencia							
	Nunca		Casi Siempre		Siempre		TOTAL	
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
Hogar	189	68.97	27	9.86	13	4.75	229	85.58
Campesino	2	0.73	2	0.73	0	0	4	1.46
Comerciante	2	0.73	0	0	0	0	2	0.73
Otro	5	1.83	5	1.83	0	0	10	3.64
Hogar y campesino	13	4.74	5	1.83	0	0	18	6.57
Hogar y comerciante	8	2.91	2	0.73	0	0	10	3.64
Hogar y otro	0	0	1	0.36	0	0	1	0.36
TOTAL	219	79.91*	42	15.34	13	4.75	274	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

El personal no sanitario constituye una pieza clave en la política de orientación al usuario de una institución sanitaria. Además, en general se trata de personas que proceden de la misma comunidad con la cual tienen una comunicación directa, que los profesionales de la salud.

El trabajo de las Auxiliares de Salud consiste fundamentalmente en recibir al paciente, darle información y facilitarle el acceso a los distintos servicios que se presentan en el centro de salud, la información que puedan aportar estos trabajadores es muy importante, ya que tienen una visión más cercana a la de los usuarios y menos técnica que los profesionales sanitarios.

La importancia que tiene la Auxiliar de Salud para la comunidad como transmisora de mensajes entre la población se considera como una de las fuentes de información de mayor impacto, ya que el 32.12% comentó que fue la Auxiliar de Salud quien les informó acerca de las sesiones del cual, el 21.18% nunca acudió a las pláticas, el 7.29% algunas veces y el 3.65% siempre se presentó.

La segunda fuente de información es el Comité de Salud con que cuentan algunas comunidades del Módulo III, estas comunidades representan el 38.33% del cual el 32.12% lo conforman las auxiliares de salud.

Por otro lado, la población que se informó por el personal de salud fue un 1.09% de los cuales el 0.73% nunca asistió y el 0.37% en algunas ocasiones acudieron a las pláticas.

Con respecto a los anuncios en molinos y tiendas se obtuvo el 1.46% este mismo porcentaje acudieron algunas veces; los que recibieron la información por otras personas se obtuvo el 20.44% de los cuales el 13.14% nunca acudieron, el 6.20% asistió ocasionalmente y el 1.09% siempre fue a las pláticas.

El 44.89% de la población refirió que nunca se enteró que en su comunidad se impartían sesiones de Educación para la Salud.

En términos generales las Auxiliares de Salud y el Comité de Salud fueron el medio de información que dió mejores resultados para la difusión de las sesiones entre la población, ya que son localidades pequeñas donde toda la gente se conoce y la auxiliar de salud es reconocida por su labor entre la población.

Por otra parte se observó que el Personal de Salud no difunde la información entre la población deja la responsabilidad a la Auxiliar de Salud.

Es importante que el personal de salud estemos comprometidos a promover la educación para la salud a toda la comunidad con el fin de mejorar la salud de quienes viven en las localidades.(Ver cuadro No. 5 pag. 74)

Cuadro No. 5

FUENTES DE INFORMACIÓN Y SU RELACIÓN QUE EXISTE EN LA ASISTENCIA A LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Fuentes de información	Asistencia							
	Nunca		Casi Siempre		Siempre		TOTAL	
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
Auxiliar de salud	58	21.18	20	7.29	10	3.65	88	32.12*
Personal de salud	2	0.73	1	0.37	/	/	3	1.09
Anuncios en tiendas y molinos	/	/	4	1.46	/	/	4	1.46*
Otras personas	36	13.14	17	6.20	3	1.09	56	20.44
No se enteró	123	44.89	/	/	/	/	123	44.89
TOTAL	219	79.94*	42	15.32	13	4.74	274	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

La atención médica se considera como una práctica social y no sólo como un proceso de trabajo. En este sentido comprende la interacción entre el personal de salud y los grupos sociales dentro o fuera de los marcos institucionales. Es decir, se considera una respuesta organizada que incluye tanto la atención pública como la privada, pero además existen algunas acciones de formas paralelas de curar y la automedicación, que no perteneciendo al modelo científico están respondiendo a necesidades de salud de amplios sectores de la población.

La existencia de otros modelos de atención médica o "medicinas paralelas", tales como la denominada medicina tradicional, la medicina casera y la automedicación, nos remite a la actitud de la salud en la comunidad; si bien el médico tiene la jurisdicción para definir qué es la enfermedad y como curarla, la conducta del enfermo va a variar de una cultura a otra; La concepción de la enfermedad del profesional es diferente a la del profano.

Por esto la orientación hacia la enfermedad y la atención médica cambian también de acuerdo al nivel socioeconómico del grupo. Así, cada individuo como miembro de un estrato social y como portador de la cultura de dicho grupo tiene una concepción particular de la salud y de la enfermedad y, por ende del camino a seguir para resolver problemas de salud:

Del 79.93% de la población que nunca asistió a las sesiones, un 44.16% opinó que la medicina preventiva favorece al cuidado de su salud, un 32.11% mencionó la medicina curativa, el 3.64% que las dos ayudarán a cuidar su salud y el 0.36% ignora cuál de éstas beneficie su salud.

Por otro lado del 15.32% que casi siempre asistió incluyó que un 11.67% prefiere la medicina preventiva, el 1.45% la curativa y el 1.82% ambas y sólo un 0.36% la medicina tradicional; la cual es parte de la cultura y costumbres familiares entre la población estudiada.

Del 4.75% que siempre acudió a las pláticas se obtuvo que el 3.28% mencionó que la medicina preventiva le ayudaría al cuidado de su salud, un 0.36% prefirió la curativa y sólo un 1.09% ambas medicinas.

Entre la población existe confusión entre la medicina preventiva y la curativa, porque está acostumbrada a acudir al médico sólo cuando esta enfermo; le da poca importancia a la preventiva, ya que no se dan cambios tan notables como con los medicamentos.

Cabe destacar la importancia de la Educación para la Salud mediante la cual se transmiten conceptos importantes que ayudan a la población a prevenir enfermedades.

Es importante que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia explique a la población las ventajas que tiene el acudir a las sesiones de educación para la salud así como a control, para la detección oportuna de enfermedades. (ver cuadro N° 6 pag. 77)

Cuadro No. 6

ASISTENCIA DE LA POBLACIÓN DEL MÓDULO III, DE MORELIA, MICHOACÁN, A LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON TIPOS DE MEDICINA QUE LES AYUDARÍAN A CUIDAR SU SALUD.

	Tipos de Medicina									
	Preventiva		Curativa		Preventiva y Curativa		Medicina Tradicional		TOTAL	
Asistencia a las Pláticas	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
Nunca	121	44.17	88	32.12	10	3.65	/	/	219	79.93*
Casi siempre	32	11.68	4	1.46	5	1.83*	1	0.36	42	15.32
Siempre	9	3.28	1	0.36	3	1.09	/	/	13	4.75
TOTAL	162	59.13*	93	33.94	18	6.57	1	0.36	274	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

Todas las personas necesitan educación para la salud; es indispensable para conservarse saludable. Es imprescindible para la población, la educación para la salud ya que se previene enfermedades, se sabe como actuar cuando se padecen y se utilizan mejor los servicios médicos.

La salud es indispensable para alcanzar vida plena, física, psicológica, económica, social y cultural. Nada se puede disfrutar sin salud.

La ignorancia sobre este tema puede ser fatal; además produce bajos niveles de higiene, poca productividad, dolencias e infelicidad.

En cambio los beneficios de aprender educación para la salud son numerosos entre ellos: lograr una mejor nutrición, advertir los peligros de la automedicación y otros muchos más. Por eso es importante respetar los temas que se anuncian con anterioridad. Con respecto de si las pláticas corresponden al tema anunciado se obtuvo que el 92.73% opinó que si corresponde el tema que se les informó; de este porcentaje un 21.8% opinó que las pláticas si son adecuadas a sus necesidades de salud, el 50.90% dijo que no y el 20% que sólo en algunas ocasiones. Entre los temas impartidos se encontraron: Planificación Familiar, Infecciones de Transmisión Sexual, Servicios de Salud entre otros, de los cuales para la población no son importantes, ya que en sus localidades los niños se enferman de diarreas, infecciones de las vías respiratorias, desnutrición, etc. Y los temas relacionados por el personal de salud no resuelve su problemática de salud.

El 7.27% informó que las pláticas no corresponden con lo anunciado, del cual el 3.63% mencionó que no son de interés para sus necesidades de salud, el 1.81% que sólo ocasionalmente se adaptan a sus requerimientos y el 1.81% no sabe si las pláticas son adecuadas para su salud.

En la actualidad es importante tomar en cuenta las necesidades de la población sobre su salud, ya que permitirá tener una mayor asistencia a las pláticas y se podrá generar cambios en el cuidado de la salud, la población se dará cuenta que la medicina preventiva tiene resultados positivos en el cuidado de su salud.

Lo que se observó durante el servicio social es que el Personal de Salud y la comunidad tienen enfoques diferentes en cuanto a las necesidades de salud, ya que el tema es indicado por el personal de salud por cumplir con requisitos de información y no por generar cambios en la conducta de la gente para su salud. Es importante para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia realizar un diagnóstico de salud entre la población, el cual le demostrará cuales son las necesidades

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

reales de la población para el cuidado de la salud ya que existen grandes diferencias entre las perspectivas del personal de salud y la población.(ver cuadro N° 7 pag. 80).

Cuadro No. 7

SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD QUE CORRESPONDEN AL TEMA ANUNCIADO Y SU RELACIÓN CON LAS NECESIDADES DE SALUD DEL MÓDULO III DE MORELIA, MICH.

Sesiones de educación para la Salud que corresponde al tema anunciado	Necesidades de Salud									
	Sí		No		En Algunas Ocasiones		No Sabe		TOTAL	
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
Sí	12	21.82	28	50.90	11	20.0	/	/	51	92.73
No	/	/	2	3.64	1	1.82	1	1.82	4	7.27*
TOTAL	12	21.82*	30	54.54	12	21.82	1	1.82	55	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

Hay factores que pueden alterar el desarrollo normal de una sesión: uno de ellos son los tiempos de silencio. Por ejemplo una sesión que venía desenvolviéndose con normalidad e interés del auditorio con preguntas y comentarios interesantes y útiles, de pronto cae en el silencio; por lo tanto nadie parece interesado y ya todos están distraídos y cansados.

El comunicador debe tratar de entender las causas de esta situación y prevenirlas o corregirlas en lo posible; puede ser por fatiga, si es que la sesión se ha prolongado. Con lo referente a los factores que pueden afectar en las sesiones de educación para la salud, se encontró que uno de ellos es la hora programada y su relación que existe con el tiempo de la plática, de estos aspectos se obtuvo que el 52.73% mencionaron que si correspondió la hora que se les informó, y de éstos el 9.09% mencionó que las pláticas fueron de 30 minutos, el 40.0% que 60 minutos y un 3.63% que 2 horas. En seguida tenemos que el 14.54% informó que la hora no fué la acordada para la plática, de éste el 7.27% comentó que las pláticas tienen una duración de 30 minutos, el 2.63% una hora y el 3.63% restante que son dos horas de exposición. Con lo que respecta a que si algunas veces la hora corresponde a lo indicado obtuvo un 32.73%. De éste se desglosa que el 12.72% informó que fueron las pláticas de 30 minutos, el 16.36% que una hora y el 3.63% que la sesión fue de 2 horas.

Por lo tanto, es importante que las sesiones de Educación para la Salud tengan una duración de 60 minutos máximo, ya que si el tiempo es prolongado se pierde el interés de las personas que asisten, porque tienen otras actividades que realizar y esto les provoca angustia y distrae su atención, porque la mayoría de la población asistente a las sesiones son amas de casa.
(Ver cuadro No. 8. pag. 82).

Cuadro No. 8

HORA PROGRAMADA PARA LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN.

Hora Programada	Tiempo de Exposición							
	30 min.		60 min.		120 min.		TOTAL	
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
Si	5	9.09	22	40.0	2	3.64	29	52.73
No	4	7.28	2	3.64	2	3.64	8	14.54
Algunas veces	7	12.74	9	16.38	2	3.64	18	32.73
TOTAL	16	29.06	33	60.02	6	10.92	55	100

Fuente: Cuadro No. 1

La educación en general, así como la educación para la salud se basan en la enseñanza. Por ello, el maestro, el educador, o el instructor necesitan conocer y aplicar en su labor aspectos básicos del arte de enseñar tales como la didáctica.

La didáctica es un conjunto de técnicas destinado a dirigir la enseñanza, para que el aprendizaje de la misma se lleve a cabo con mayor eficiencia.

Es común hablar del método y técnicas de enseñanza. Método significa etimológicamente "camino para lograr un fin"; en este caso, la enseñanza técnica es la manera de presentar la materia y el modo de utilizar el material didáctico.

En la educación para la Salud raras veces es efectivo un sólo método. Es muy importante tener en cuenta que los métodos y medios auxiliares conforman un sistema, cuyos componentes individuales se complementan mutuamente.

En lo que respecta a los métodos didácticos se obtuvo que del 100% de la población que acudió a las sesiones, un 87.28% informó que los medios didácticos fueron adecuados para las pláticas de Educación para la Salud, un 10.90% mencionó que no son adecuados y el 1.82% restante opinó que sólo un poco,

En general se observó que al impartir las sesiones de Educación para la salud, es importante contar con métodos didácticos adecuados y actualizados, para que la población que asiste a las pláticas pueda captar los mensajes.

Cabe mencionar que cuando se imparten las sesiones se utiliza el material didáctico que ya existe, y el personal de salud no se percata de que ese material está hecho para otro tipo de gente, situación y lugar; Por lo cual la gente no se identifica con las situaciones de los dibujos o el vocabulario que se utiliza no es comprensible, y el aclarar cada terminología se pierde tiempo y crea dudas en la población, y se limita la Educación para la Salud.(Ver cuadro No. 9 pag. 84)

Cuadro No. 9

OPINIÓN DE LA POBLACIÓN DEL MÓDULO III, DE MORELIA, MICHOACÁN, SOBRE SI LOS MÉTODOS DIDÁCTICOS SON ADECUADOS.

Métodos Didácticos Adecuados		
	F.	%
Sí	48	87.28
No	6	10.90*
Nunca utilizan	/	/
Poco	1	1.82
TOTAL	55	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

El lenguaje es un instrumento muy importante para la educación. Por eso merece gran atención. La mayor parte de los que reciben nuestros esfuerzos educativos sólo han tenido una reducida educación escolar, si es que tienen alguna. Por lo tanto debemos utilizar un lenguaje sencillo y comprensible para ellos.

Esto se dice fácilmente pero es sumamente difícil para el personal de salud, quien está acostumbrado a "empaquetar" la descripción de los diagnósticos o tratamientos con palabras técnicas y difíciles de entender. Hay que ensayar mucho para hablar con un lenguaje simple, es una tarea digna de practicarse incluso cuando se platica entre los mismos miembros de salud.

Los dibujos que se presentan en las láminas contienen información inapropiada. Esto sucede con frecuencia cuando el material visual ha sido traído desde afuera. Siempre es preferible producir sus propios medios visuales, adaptándolos a la situación local. Nunca deben usarse métodos auxiliares que no contienen exactamente la información que se necesita o con información falsa; se pierde demasiado tiempo haciendo las aclaraciones pertinentes.

El material didáctico debe guiarse por las siguientes reglas:

Presentar rostros, vestimentas, enseres domésticos, lo conocido en el lugar, etc con el objetivo de que la población se identifique con la situación presentada. Cada imagen debe incluir un sólo mensaje, que se capte fácilmente.

De acuerdo al lenguaje y los dibujos utilizados en las sesiones de educación para la salud se obtuvo que el 100% de la población que asistió a las pláticas el 74.56% refirió que el personal de salud si utilizó palabras conocidas por ellas. De esta población, el 18.18% mencionó que los dibujos si fueron adaptados a su forma de vida, el 54.54% informó que no lo son; y el 1.81% comentó que casi siempre.

El 12.72% comentó que el personal utilizó palabras desconocidas para ellos, el 9.09% expresan que los dibujos si fueron adaptados a su forma de vida y el 3.63% que casi siempre.

Así como el 12.72% informó que sólo en algunas ocasiones utilizaron lenguaje común y de estos a su vez refirieron que casi siempre los dibujos fueron adaptados a sus costumbres y forma de vida.

Durante las pláticas de educación para la salud se observó, que el no utilizar palabras comunes para la población asistente, creó confusión, y esto los limita para aplicar los conocimientos adquiridos en sus hogares. Esto se dificulta más aún cuando el material didáctico no es semejante a las costumbres y forma de vida de la población lo cual da como resultado un entendimiento corto, que no les permite ser aplicado en su persona ni en sus hogares, por lo cual no se logra la educación para la salud.

El personal de salud deberá utilizar un lenguaje sencillo y conocido por la población y a su vez elaborar dibujos que presenten características de las comunidades rurales como vestimenta, tipo de casa, enseres domésticos, situaciones reales de su localidad(Ver cuadro No. 10 pág. 87)

Cuadro No. 10

OPINIÓN DE LOS HABITANTES DE LAS COMUNIDADES DEL MÓDULO III DE MORELIA, MICHOACÁN, SOBRE SI LOS DIBUJOS SON ADAPTADOS A SUS COSTUMBRES Y SU RELACIÓN CON EL LENGUAJE UTILIZADO PARA EL PERSONAL DE SALUD.

Opinión de la gente sobre la adecuación del lenguaje por el Personal de Salud	Dibujos e Información Adaptados a la Forma de Vida de las Comunidades									
	Sí		No		Casi siempre		TOTAL			
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%		
Sí	10	18.19	30	54.55	1	1.82	41	74.56*		
No	5	9.09	/	/	2	3.63	7	12.72		
Algunas veces	/	/	/	/	7	12.72	7	12.72		
TOTAL	15	27.28	30	54.55*	10	18.17	55	100		

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

La educación para la salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La cuestión es como hacer que la salud sea accesible de una forma que suponga no sólo salud como resultado, sino como aumento del control sobre la propia vida del autocuidado, el cual debería entenderse como parte integral de la promoción de la salud y abarcar todas las acciones que el individuo lleva a cabo para cuidar de si mismo y de su entorno inmediato.

La salud es un bien que, permite a las personas y las familias disfrutar la vida y ser productivos. Sin salud, los bienes no se aprovechan ni se disfrutan igual, por eso, es tan importante protegerla, hacerla crecer y repararla cuando sea dañado. Al relacionarse la participación de la comunidad en las actividades de educación para la salud, con la influencia de éstas, en la modificación de su conducta, se obtuvo que el 15.32% que asistió con regularidad a las pláticas, de este el 12.77% notó cambios en su conducta en cuanto a su salud, el 1.46% no modificó sus hábitos y el 1.09% cambió algunos aspectos.

Durante el año de servicio no logré verificar cambios de conducta entre la población debido a que cierto tema era explicado por única vez y no se tenía un seguimiento con la gente participante y cabe mencionar que para lograr la enseñanza – aprendizaje es necesario la continuidad. Los resultados, antes citados fueron referidos por la población estudiada desde su perspectiva de cambio en sus costumbres.

Del 4.75% de la población que siempre acudió a las pláticas, un 3.66% modificó su conducta después de éstas y el 1.97% no cambia sus actividades en cuestión de salud.

Por lo cual el grupo más afectado es el que nunca acudió a las pláticas obteniéndose que un 79.93% de esta población no han modificado su conducta para bienestar de su salud.

Lo que se pretende con la promoción y educación para la salud es lograr la prevención y el fortalecimiento de la salud. Realizar esta acción educativa requiere cuidar varios elementos (continuidad, claridad, convencimiento y adecuada recepción) para que el beneficio buscado sea real y efectivo en las familias.(Ver cuadro No. 11 pag. 89)

Cuadro No. 11

ASISTENCIA A LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA INFLUENCIA DE ÉSTAS EN EL CAMBIO DE SU CONDUCTA.

Asistencia a las sesiones	Modificación de la Conducta									
	Si		No		Poco		TOTAL			
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%		
Nunca	/	/	219	79.93	/	/	219	79.93*		
Casi siempre	35	12.77	4	1.46	3	1.09	42	15.32		
Siempre	10	3.66	3	1.09	/	/	13	4.75		
TOTAL	45	16.43	226	82.48	3	1.09	274	100		

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

La acción educativa, consiste en información y capacitación en materia de salud, para propiciar la participación activa de la comunidad y el fomento de una cultura de autocuidado de la salud, promoviendo el cambio de actividades y hábitos en favor de la salud.

Se obtuvo que del 16.43% de la población que sí modifica su conducta, el 36.37% opinó que es importante para su salud, el 18.18% mencionó que le ayudan para el cuidado de su salud, el 14.54% informó que le explican como realizar las actividades para evitar problemas de salud y el 12.73% opinó que para prevenir enfermedades.

Del 12.73% que no modificó su conducta, el 7.28% opinó que se debe a que no recuerdan lo explicado en las pláticas y el 5.45% mencionó que las sesiones no son de acuerdo a la forma de vida de su localidad.

Por último el 5.45% opinó que no asistió a todas las pláticas por lo cual no modificó su conducta para beneficio de su salud.

Lograr en la población la práctica cotidiana y sostenida de estilos de vida saludables, requiere del desarrollo de un proceso educativo, dirigido por el equipo de salud. Este proceso implica el reconocimiento, por parte de los individuos, de que sus formas y condiciones de vida pueden favorecer un desarrollo saludable.

Una de las acciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia consiste en enseñar a la población los medios para mejorar su salud, de arraigar, en primer lugar una actitud preventiva, ofreciendo a la población información suficiente y accesible, sustentada en una comunicación y promoción sistemática, que considere sus particularidades étnicas y culturales, así como los valores, usos y costumbres de la población. (Ver cuadro No. 11-A pag. 91)

Cuadro No. 11-A

OPINIÓN DE LA POBLACIÓN DEL MÓDULO III DE MORELIA, MICHOACÁN, REFERENTE AL CAMBIO DE CONDUCTA PARA BENEFICIO DE SU SALUD.

Opinión de la Población	Sí	No	Poco	F.	%
Es importante para mi salud	20	/	/	20	36.37*
No asistió a todas las pláticas	/	/	3	3	5.45
No se acuerdan de las pláticas	/	4		4	7.28
Ayuda en el autocuidado de la salud	10	/	/	10	18.18
Explican cómo realizar las actividades para evitar problemas de salud	8	/	/	8	14.54
Para prevenir las enfermedades	7	/	/	7	12.73*
No son de acuerdo a la forma de vida de la comunidad	/	3	/	3	5.45
TOTAL	45	7	3	55	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%.

La educación para la salud es una tarea difícil cuyo resultado debe ser un cambio en las conductas de salud de las personas, pero éste no se obtiene de manera inmediata. Esta educación pretende responsabilizar a las personas en el cuidado de su salud a través de la adquisición de conocimientos que permitan cambiar su forma de pensar y de actuar, se busca que los individuos que integran cada familia, cada comunidad, sean quienes ejerzan la primera y fundamental vigilancia epidemiológica, y se esfuercen por el cuidado de su salud.

Con lo referente al autocuidado de la salud por parte de la población se obtiene un 79.93% que nunca asistió a las pláticas de este se encontró que el 39.79% opinó que las pláticas si le ayudarán a cuidar su salud, un 35.40% que no, el 2.91% no sabe y el 1.82% que tal vez pueden ayudarle para el autocuidado de la salud.

El 15.32% que casi siempre acudió a las pláticas, de los cuales el 14.24% mencionó que las pláticas si le ayudarán para el cuidado de su salud y el 1.09% que tal vez.

El 4.75% que siempre acudió, refiere que las sesiones de Educación para la Salud si beneficiarán el cuidado de la salud.(Ver cuadro 12 pag. 93)

Cuadro No. 12

OPINIÓN DE LOS HABITANTES DEL MÓDULO III DE MORELIA, MICHOACÁN, REFERENTE SI LAS SESIONES LE AYUDARÁN A CUIDAR SU SALUD Y LA RELACIÓN CON LA ASISTENCIA A ÉSTAS.

Asistencia a las Pláticas	Las Pláticas le Ayudarán a Cuidar su Salud											
	Sí		No		No sabe		Tal vez		TOTAL			
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%		
Nunca	109	39.79	97	35.40	8	2.91	5	1.82	219	79.93*		
Casi siempre	39	14.24	/	/	/	/	3	1.09	42	15.32		
Siempre	13	4.75	/	/	/	/	/	/	13	4.75*		
TOTAL	161	58.78*	97	35.40	8	2.91	8	2.91	274	100		

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

Del 58.78% de la población que opinó que las pláticas si le ayudarán a cuidar su salud, encontramos que al preguntarles el porque piensan así, se obtuvo que el 25.19% mencionó que las pláticas le ayudaron a cambiar los malos hábitos, el 9.48% le informaron como se desarrollan las enfermedades y como provenirlas, un 6.57% le orientaron acerca de la higiene y como preparar los alimentos, el 4.01% le explicaron cuando tiene que acudir al médico a revisión y al 5.11% le explicaron como tener la comunidad limpia.

El 2.91% que opinó que no sabe si las pláticas le ayuden a cuidar la salud, se obtuvo que el 14.24% informó que lo hacen por un tiempo y después siguen con las mismas costumbres.

Por último el 35.40% opinó que las pláticas no le ayudarán a cambiar su salud debido a que piensan que las pláticas no sirven, ya que no se aprenden la información y esto es debido a que escuchan la información en ese momento y al otro día se les olvida y ésta no es reforzada por el personal de salud, ya que durante el servicio social se observó que las pláticas eran impartidas una sola vez. (Ver cuadro No. 12-A pag. 95)

Cuadro No. 12-A

POR QUÉ PIENSA LA POBLACIÓN DEL MÓDULO III, DE MORELIA, MICH., QUE LAS PLÁTICAS LES
AYUDAN A CUIDAR SU SALUD.

Opinión de la Población	Fo	%
Las pláticas ayudan a cambiar los malos hábitos	69	25.19*
Informan como se desarrollan las enfermedades y como prevenirlas	26	9.48
Orientan acerca de la higiene y como preparar los alimentos	18	6.57*
Explican cuando tenemos que acudir al médico a revisión	11	4.01
Las pláticas no sirven ya que no se aprenden las cosas que informan, uno escucha y al otro día se olvida	97	35.40
Uno lo hace por un tiempo y después sigue las mismas costumbres	39	14.24
Explican cómo tener la comunidad limpia	14	5.11
TOTAL	274	100

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

La atención en el domicilio constituye una de las actividades básicas a realizar por los equipos de atención primaria y en cuyo desarrollo intervienen en forma diferenciada todos sus componentes, para dar respuesta a necesidades de asistencia creadas por personas que de forma temporal o permanente se encuentran incapacitados para desplazarse al centro de salud.

La atención del individuo en el hogar se considera como parte integral de la atención progresiva y como una proyección de los servicios de salud hacia la comunidad. La atención del individuo a través de una visita domiciliaria, incluye entrevista personal, técnicas didácticas y procedimientos de enfermería necesarias para la promoción y protección específica de la salud.

Con respecto a las visitas domiciliarias que debe realizar el personal de salud a la población asistente a las sesiones de educación para la salud se obtuvo que el 81.82% informó que sí modificaron su conducta de éste el 18.18% mencionó que el personal de Salud sí lo visitó para aclarar dudas acerca de la información proporcionada, el 54.54% indica que no lo visitaron y el 9.09% que sólo algunas veces.

Del 12.72% que no modificó su conducta después de las pláticas se desglosa, el 5.46% que si le realizaron visitas domiciliarias, un 7.27% notifica que no fue visitado por el personal responsable de las pláticas.

Por último el 5.46% que indicó que su conducta modificada hacia la salud fue mínima, y no fue visitada.

Lograr en la población la práctica cotidiana de estilos de vida saludables requiere del desarrollo de un proceso educativo. Realizar esta acción educativa requiere cuidar varios elementos como continuidad, claridad, convencimiento, visitas domiciliarias y adecuada recepción para que el beneficio sea real y efectivo. (Ver cuadro No. 13 pag. 97)

Cuadro No. 13

**PERSONAL DE SALUD QUE REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS PARA ACLARAR DUDAS Y SU
RELACIÓN CON EL CAMBIO DE CONDUCTA DE LA POBLACIÓN DEL
MÓDULO III DE MORELIA, MICH.**

Cambio de Conducta Debido a las Pláticas	Visitas Domiciliarias									
	Sí		No		Algunas Veces		TOTAL			
	F.º	%	F.º	%	F.º	%	F.º	%		
Sí	10	18.18	30	54.54	5	9.09	45	81.82*		
No	3	5.46	4	7.27	/	/	7	12.72		
Poco	/	/	3	5.46	/	/	3	5.46		
TOTAL	13	23.64	37	67.27	5	9.09	55	100		

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

El considerar a la educación para la salud como una práctica social, que tiene por objetivo la orientación a la colectividad acerca del beneficio de la salud y el daño de la enfermedad, permite deducir el quehacer de la didáctica en este campo.

La educación para la salud, como se puede notar implica una acción concreta dirigida a un fin específico; precisamente de esta acción concreta que consiste en la tarea de orientar se infiere la presencia de la didáctica. Si se analiza el significado de esta acción, se encuentra que denota el acto de educar, de guiar o bien, en un sentido estricto enseñar y al tomar en cuenta que la didáctica es la disciplina pedagógica que estudia la teoría y práctica de la enseñanza, resulta evidente su importancia y relación con la educación para la salud.

La didáctica sirve al educador para la organización previa a la acción y dentro de la acción; esto significa que la didáctica proporciona al educador los elementos teóricos y metodológicos para la planeación de la enseñanza y la coordinación del proceso de aprendizaje de los educandos. Dentro de estas dos fases hay un elemento central; el método didáctico, el cual dicta el procedimiento lógico a seguir en cada una de las fases.

Con respecto a los métodos didácticos que utiliza el personal de salud para las sesiones de educación para la salud se encontró que el 67.28% mencionó que los métodos didácticos comunicaron el mismo mensaje que les estaban explicando, de éste el 20% informa que los dibujos y la información de las pláticas son adecuados a la forma de vida de la localidad, el 36.37% menciona que no es así y el 10.90% que sólo algunas veces se adaptan a sus costumbres.

En segundo lugar el 10.90% indica que el material didáctico no se relaciona con el mensaje expresado por el personal de salud, de éste se obtuvo que el 3.64% notificó que los dibujos y la información si fueron de acuerdo a su comunidad, un 5.45% informó que no es así y el 1.82% que casi siempre son semejantes a su localidad. Por último el 21.82% de la población refirió que en algunas ocasiones los métodos didácticos comunicaron el mismo mensaje de este porcentaje se desprende que un 5.45% indicó que la información y los dibujos si correspondieron a su forma de vida, el 12.72% mencionó que no y el 3.64% restante que sólo en algunas situaciones fueron semejante a la vida de su localidad.

Es importante que el material didáctico comunique mensajes congruentes con la información proporcionada, así como los dibujos sean adaptados a las costumbres y formas de vida

de las comunidades que se trabajan, esto favorecerá el aprendizaje en la población y se evitará confundir a la gente en cuidado de su salud.

Es satisfactorio realizar material didáctico sencillo para la población rural ya que con este material la gente identificará mejor con su realidad y podrá ir modificando conductas para el beneficio de su salud y la de su familia. (Ver cuadro No. 14 pag. 100)

Cuadro No. 14

DIBUJOS ADAPTADOS A LA FORMA DE VIDA DE LAS COMUNIDADES DEL MÓDULO III DE MORELIA, MICH., Y SU RELACIÓN CON EL MATERIAL DIDÁCTICA.

Material Didáctico que Comunica Siempre el Mismo Mensaje	Dibujos Adaptados a la Vida de la Comunidad									
	Sí		No		Casi Siempre		TOTAL			
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%		
Sí	11	20.0	20	36.37	6	10.90	37	67.28*		
No	2	3.64	3	5.45	1	1.82	6	10.90		
En Algunas Ocasiones	3	5.45	7	12.73	2	3.64	12	21.82		
TOTAL	16	29.09	30	54.55	9	16.36	55	100		

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

La enfermedad es un fenómeno biológico-psíquico pero también social debido a que en ella intervienen factores sociales que a su vez tienen consecuencias para el individuo. Las enfermedades y los accidentes reflejan de modo diverso el mundo en que vive el hombre, lo que hace con él y en él.

La existencia de una enfermedad determinada en una sociedad no es una casualidad tiene una configuración definida por la etiología, la incidencia, el predominio y la mortalidad en su relación con la edad, el sexo, la clase social, la ocupación, el modo de vida y otros factores conectados de una u otra forma con la estructura, la cultura y la psicología de una sociedad.

En la medida que la enfermedad se inscribe en las condiciones sociales en las que vive el ser humano, es un fenómeno social que debe ser estudiado como tal.

Actualmente resulta difícil diagnosticar la etiología de una enfermedad sólo por la variable biológica, sin que se tomen en cuenta otras variables de tipo económico, político, social, psicológico y cultural.

Con lo que respecta a la enfermedad entre la población, se obtuvo que el grupo más afectado es el que nunca asistió a las pláticas con un 79.93% ya que de éste el 40.87% se enfermó de "gripa", un 12.77% de diarrea, el 7.29% presentó infección de vías urinarias, el 11.67% infecciones vaginales y el 7.29% manifiesta hipertensión.

Del 15.32% que casi siempre asistió a las pláticas se desglosa que el 3.28% se enfermó de influenza o "gripa", el 4.01 de diarrea, un 1.82% infecciones urinarias, infecciones vaginales con un 0.72% y por último el 21.8% son hipertensos.

Por último el 4.75% que siempre asistió a las pláticas se encuentra que el 2.18% se enfermó de "gripa", un 2.55% presentó diarrea, el 0.72% infección urinaria e infecciones vaginales con un 0.72% y el 1.82% de hipertensión.

La educación para la salud es un factor muy importante cuando se pretende mejorar el nivel de salud de una población.

La frecuencia de estas enfermedades podría reducirse poco a poco con medidas apropiadas de higiene personal y del medio ambiente, conductas que puedan aprenderse a través de la

educación para la salud, la cual jugaría un papel decisivo en el mejoramiento del nivel salud de las comunidades.(Ver cuadro No. 15 pag. 103)

Cuadro No. 15

ASISTENCIA A LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES DE LA POBLACIÓN DEL MÓDULO III DE MORELIA, MICH.

Enfermedades que se manifestaron en la población del Módulo III de Morelia, Mich., durante las Pláticas													
	Gripa		Diarrea		Inf. Vías Urinarias		Infecciones Vaginales		Hipertensión		TOTAL		
	F.º	%	F.º	%	F.º	%	F.º	%	F.º	%	F.º	%	
Asistencia a las Pláticas													
Nunca	112	40.87	35	12.77	20	7.29	32	11.67	20	7.29	219	79.93*	
Casi Siempre	9	3.28	11	4.01	5	1.82	2	0.72	6	2.18	42	15.32	
Siempre	6	2.18	7	2.55	2	0.72	2	0.72	5	1.82	13	4.75	
TOTAL	127	46.33	53	19.33	27	9.83	36	13.11	31	11.29	274	100	

Fuente: Cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

La enfermedad es un fenómeno natural, caracterizado por un trastorno en la estructura o en la función del individuo.

Resulta importante saber si los individuos al sentir que están enfermos consultan al médico. La orientación hacia la enfermedad y el cuidado médico varía de acuerdo al nivel socio-económico, con lo que respecta si la población del Módulo III acude al médico cuando está enfermo se obtuvo un 82.85% y el 17.25% restante no acude al médico cuando presenta alguna enfermedad.

Se observó durante el servicio social que la mayoría de la población sólo acude al médico cuando se enferma, esto se debe en gran parte al sistema de salud ya que condiciona que la gente asista cuando presenta alguna sintomatología, ya que el personal de salud cuenta con demasiada carga de trabajo y no quiere atender a la gente que acude para revisión.

No se cuenta con la cultura de acudir al médico para la detección temprana de enfermedades. Al personal médico en su formación académica le enseñan que la medicina curativa es más apreciada que la preventiva. (Ver cuadro No. 16)

Cuadro No. 16

**ASISTENCIA DE LA POBLACIÓN DEL MODULO III DE MORELIA,
MICH., AL MEDICO CUANDO ESTAN ENFERMOS.**

ACUDE AL MEDICO CUANDO ESTA ENFERMO		
	F.	%
Sí	227	82.85
No	47	17.15
TOTAL	274	100

Fuente: cuadro No. 1.

El campo que el profesional de la salud tiene para desarrollar acciones educativas es muy amplio, en particular para el profesional de Enfermería quien esencialmente es considerado como un educador y agente de salud tiene importancia central; se encamina a orientar a la población para la utilización adecuada de los servicios de salud, disponible, como cuidar su salud.

Es importante recalcar que el profesional de Enfermería siempre debe verse como un educador para la salud, por lo cual debe conocer, cada vez con mayor profundidad, las causas que producen la enfermedad o influyen para que ésta se presente y se desarrolle; es decir debe estudiar y procurar explicar porque ciertos microbios, condiciones socio-económicas de vida, herencia, etc., influyen en el proceso salud-enfermedad de los individuos y la sociedad.

La planeación es un proceso que permite al personal de salud, analizar la problemática de salud, definir sus prioridades al respecto y establecer las acciones que llevarán a cabo para atenderlas y mejorar así las condiciones de vida, salud y bienestar en general.

Para que estas condiciones se den, es necesario planear las actividades por lo cual durante la investigación se obtuvo que el 0.5% del personal de salud realiza pocas veces un diagnóstico de salud, y el otro 0.5% nunca realizar un diagnóstico.

El 1% nunca determinó los objetivos de aprendizaje que pretende lograr, con este mismo porcentaje pocas veces realizó una selección adecuada del material didáctico ya que recurre al material existente, un 0.5% si realizó un correcto desarrollo de los temas y el otro 0.5% pocas veces lo llevó a cabo.

El 1% si programó las pláticas a la hora y día informado con anterioridad.

Por otro lado el 1% del personal de salud pocas veces utilizó un lenguaje común para la población del Módulo III, así como el 1% si se dirigió a la gente con respeto y seriedad.

El 1% nunca realizó demostraciones durante las pláticas para reforzar la información expuesta, el 0.5% pocas veces realizó visitas domiciliarias para reforzar la información de las pláticas y el otro 0.5% nunca las realizó.

Por último el 0.5% siempre utilizó un tono de voz adecuado para las pláticas y el 0.5% restante pocas veces lo llevó a cabo.

Se trata de arraigar en la población una actitud preventiva, es importante cuidar varios elementos como lo es el realizar un adecuado diagnóstico de salud de la población que se va a trabajar para realizar una planeación de los temas de educación para la salud importantes para la población. (Ver cuadro No. 17 pag. 107)

Cuadro No. 17

Actividades que realiza el personal de salud en la población del Módulo III de Morelia, Mich., para llevar a cabo las sesiones de Educación para la Salud.

Actividades Realizadas por El Personal de Salud	Sí		Pocas veces		Nunca		TOTAL	
	F _o	%						
Realiza diagnóstico de las necesidades que se van a trabajar	/	/	1	0.5	1	0.5	2	100
Determina los objetivos de aprendizaje que pretende lograr	/	/	/	/	2	1.0	2	100
Realiza selección y elaboración adecuada de los recursos didácticos	/	/	2	1.0	/	/	2	100
Realiza desarrollo de los temas (apertura, desarrollo, culminación)	1	0.5	1	0.5	/	/	2	100
Programa las pláticas acordes al día y hora señalada	2	1.0	/	/	/	/	2	100
Utiliza palabras comunes y generalmente conocidas por todos	/	/	2	1.0	/	/	2	100
Se dirige a la gente con respeto y seriedad	2	1.0	/	/	/	/	2	100
Realizó demostraciones en las pláticas de educación para la salud	/	/	/	/	2	1.0	2	100
Realiza visitas domiciliarias para evaluar la información proporcionada	/	/	1	0.5	1	0.5	2	100
Utiliza un tono de voz en la plática adecuada	1	0.5	1	0.5	/	/	2	100

Fuente: cuadro No. 1

Del 100% de la población del Módulo III de Morelia, Mich., que asistió a las pláticas opinó del personal de salud lo siguiente.

El 9.09% mencionó que el personal de salud lo orientó en cuestión de salud, el 12.73% que aclaró dudas y ayudó a cuidar la salud, un 9.09% opinó que le informaron como actuar en diversas situaciones, el 18.19% mencionó que el personal de salud tiene interés por la gente del campo, el 7.27% refirió que es un personal capacitado, el 18.19% que dieron pláticas para el cuidado de la salud, el 5.45% se comportó con respecto, un 10.90% informó que es un personal eficiente, el 3.64% que proporcionó medicamentos y orientación y el 5.45% restante opinó que el personal está al cuidado de la gente. (Ver cuadro No. 18 pág. 109)

Cuadro No. 18

Opinión de la población del Módulo III de Morelia, Mich., referente al personal de salud que imparte las pláticas de Educación para la Salud.

Opinión de la Población	F.	%
¹ Orientan en cuestión de salud	5	9.09
² Aclaran dudas y ayudan a cuidar nuestra salud	7	12.73*
³ Informan que hacer en algunos casos	5	9.09
⁴ Muestran interés en la gente del campo	10	18.19*
⁵ Es un personal capacitado	4	7.27
⁶ Proporcionan pláticas para el cuidado de nuestra salud	10	18.19
⁷ Su comportamiento es con respeto	3	5.45
⁸ Es un personal eficiente y paciente	6	10.90
⁹ Nos proporcionan medicamentos y orientación	2	3.64
¹⁰ Están al cuidado de la gente	3	5.45
TOTAL	55	100%

Fuente: cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

3. CONCLUSIONES.

En este trabajo se estudiaron los factores que condicionaron la participación de los individuos en la determinación de acudir o no a las sesiones de educación para la salud.

Estos son:

Con respecto al sexo y su relación con la asistencia a las sesiones se encontró que el 96.72 % son mujeres y sólo un 3.28% son hombres que de éstos el 0.36% acudió a las sesiones. Algo muy importante que se observó durante el estudio fue la importancia que tiene la mujer , pues ella decide que se va a comer, empieza a inculcar los hábitos y costumbres y decide el tipo de atención médica que debe recibir la familia, y el hombre es el responsable de trabajar para proporcionar a la familia el sustento económico.

Respecto a la edad y su relación con la asistencia a las pláticas encontramos que el 33.95% oscila entre 21 a 30 años de los cuales sólo el 7.29% acudió ocasionalmente y el 1.09% siempre acudió, esto representa un problema ya que esta población forma parte de las nuevas generaciones que formarán o forman nuevas familias por lo cual, es importante su participación en las sesiones de educación para la salud y así, promoverán los cambios positivos en su hábitos de salud.

En la escolaridad se observó, que el rubro con mayor frecuencia es el de primaria incompleta, obteniendo un 44.89% , que de éste el 37.59% nunca acudió a las sesiones de educación para la salud. La educación es un medio por el cual se puede preparar mejor para integrarse a la sociedad en forma productiva y alcanzar mejores condiciones de vida y fomentar una cultura en el autocuidado de la salud para el beneficio propio del individuo.

El 85.58% de la población se dedica al hogar y es el grupo más afectado, ya que un 68.97% nunca acudió a las sesiones de educación para la salud. Por tal motivo se tendrán que reforzar acciones para que las mujeres puedan asistir a éstas sin que descuiden sus labores domésticas, pues como se mencionó con anterioridad son las amas de casa quienes guían a los miembros de la familia a llevar prácticas de salud.

Las Auxiliares de Salud y el Comité de Salud fueron el medio de información que dió mejores resultados para la difusión de las pláticas, ya que un 32.12% de la población fue informada por la Auxiliar de Salud, y el 38.33% fue informada por el Comité de Salud con que cuentan algunas localidades y las Auxiliares forman parte de estos, una aspecto importante que resalta en el estudio es que el personal de salud no difundió la información entre la población, dejó la responsabilidad a la Auxiliar de Salud.

Con respecto a la asistencia a las sesiones de educación para la salud y su relación con el tipo de medicina que frecuentan para cuidar su salud, se obtuvo que el 79.93% de la población no asistió a las sesiones, que de este grupo el 44.17% mencionó que la medicina preventiva ayudaría al cuidado de su salud. Es importante mencionarle a la gente las ventajas que tiene la educación para la salud en la cual se aprende como evitar enfermedades.

Con respecto al tema anunciado con anterioridad y su relación con las necesidades de salud de la población, se obtuvo que el 92.73% mencionó que las sesiones si corresponden al tema anunciado, de éste el 50.90% opinó que no corresponden a sus necesidades de salud. Los temas seleccionados para las sesiones de educación para la salud deben tener relación con las necesidades de salud de la población para lograr una mayor asistencia, de lo contrario la gente se interesa poco por escuchar aspectos que no se presentan en su localidad y respetar los temas que se anuncien con anterioridad ya que esto demuestra respeto a la población asistente y credibilidad al personal de salud.

La hora programada para las sesiones y su relación con el tema de exposición se encontró que el 52.73% mencionó que si se realizaron a la hora indicada, de la cual, el 40.0% informa que las sesiones duran 60 minutos aproximadamente. Es importante que las sesiones se lleven acabo en 60 minutos como máximo, porque de lo contrario se pierde el interés de los asistentes, deben ser dinámicas y lograr que participe la gente.

Referente a las opiniones de la población que si los métodos didácticos son adecuados, se encontró que el 87.28% de la población informó que si lo son y un 10.90% que no son adecuados para ellos. Un aspecto que se debe cuidar es el material que se utilizará en las sesiones porque mucho de este material utiliza dibujos y mensajes que no se relacionan con las localidades rurales. Se muestran implementos que no se encuentran en la casa campesina o humilde y expresa lo contrario de lo que dicen.

El lenguaje utilizado por el personal de salud y su relación sobre si los dibujos son adaptados a sus costumbres, se obtuvo que el 74.56% opinó que el lenguaje si fue adecuado y de este el 54.55% opinó que los dibujos fueron inadecuados a sus costumbres. El no utilizar un lenguaje apropiado para la población crea confusión, y esto los limita para que no apliquen los conocimientos adquiridos en su hogar esto aunado a que el material no es seleccionado cuidadosamente.

Entre la población que asistió a las sesiones de educación para la salud y su relación con la modificación de la conducta, se obtuvo que el 15.32% acudió en algunas ocasiones de éste, el 12.77% si cambió su conducta, del 4.75% que siempre asistió, el 3.66% si modificó su conducta. El 36.37% opinó que el cambio de conducta es importante para su salud, el 18.18% que ayuda a prevenir las enfermedades.

Respecto a la asistencia a las sesiones y su relación sobre si las pláticas le ayudarán a cuidar su salud, se encontró que el 79.93% que nunca acudió, el 39.79% opinó que si le ayudarían al cuidado de su salud y el 35.40% que no.

La educación para la salud es una tarea difícil cuyo resultado debe ser un cambio en las conducta de salud de las personas, pero este no se obtiene de manera inmediata por lo cual se debe trabajar con la población que no acude a las sesiones para lograr que ellos mismos a través de la adquisición de conocimientos se permitan cambiar su forma de pensar y de actuar

Del 81.82%, que si llevó a cabo cambios de conducta, de la cual el 54.54% mencionó que no lo visitó el personal de salud. Del 12.72% que no modificó su conducta, sólo el 5.46% informaron que si lo visitó el personal de salud.

Lograr en la población la práctica cotidiana de estilos de vida saludables requiere del desarrollo de un proceso educativo que tenga la responsabilidad de realizar visitas domiciliarias a la población y comprometerse a cuidar varios elementos como continuidad, claridad, convencimiento para que el beneficio sea real y efectivo en la población.

De la asistencia a las sesiones y su relación con las enfermedades de la población, se obtuvo que el 79.93% de la población que nunca asistió, el 40.87% se enfermó de "gripa" o influenza, el 12.77% de diarrea, un 7.29% presentó infección de las vías urinarias, el 11.67% infecciones vaginales y el 7.29% hipertensión. La frecuencia de estas enfermedades podría reducirse si existiera relación entre las sesiones de educación para la salud y las necesidades de salud de la población y despertar mayor interés entre la población de la importancia que tiene la educación para la salud en el beneficio de su salud.

Respecto a la asistencia al médico cuando están enfermos se obtuvo que el 82.85% sólo acudió a éste por enfermedad y el 17.15% recurre a otro tipo de medicina. Las costumbres que se tienen entre la población son las de acudir al médico en caso de presentar alguna enfermedad, ya que la población no esta educada para la prevención de enfermedades y no se les informa cuales son los beneficios, otro aspecto que propicia que la población no acuda al médico son el propio personal de salud ya que éste por la carga de trabajo que algunas veces tiene no quiere atender a la gente que acude para revisión rutinaria y les pide que regresen cuando estén enfermos y la gente se acostumbra a acudir sólo en caso de alguna enfermedad.

Las actividades que realiza el personal de salud para llevar acabo las sesiones de educación para la salud, se encontraron que pocas veces o nunca realizó un diagnóstico de las necesidades de la población, no determinaron objetivos de aprendizaje para la población y el personal de salud, no realizó demostraciones durante las pláticas, no visitó a la población que acudió a las sesiones, pocas veces realizó una selección adecuada del material.

El compromiso con la educación para la salud exige que todo el personal de salud cambie, su manera convencional de pensar y de actuar, el deber fomentar la responsabilidad de las personas en su propia salud, así como de reducir la dependencia de la población hace aparecer, bajo una nueva luz, el papel del personal de salud hasta ahora. Quizá muchos profesionales pensarán que su propia importancia es cuestionada; además se encontrarán frente a tareas y exigencias para las cuales su formación no los ha preparado, tareas de colaborador y no de jefe que lo sabe y decide todo.

Con esto constato que la afirmación inicial, según la cual “ la educación para la salud pretende producir un cambio en el comportamiento; adquiere de pronto, un vector totalmente nuevo que se dirige hacia nosotros y nos lleva a reflexionar si somos nosotros los profesionales de salud quienes tenemos que cambiar nuestro comportamiento primero antes de pretender modificar el de los demás.

4. ACCIONES PARA EL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Conformar comités de salud definiendo las prioridades en salud para así elaborar un diagnóstico de salud y el plan de trabajo.

Sensibilizar a la población acerca de la importancia de las acciones organizadas a favor de la salud., educando al individuo y la familia en los métodos para mantener y fomentar la salud y para prevenir la enfermedad, educar en este sentido, significa enseñar la higiene personal y variación de hábitos de salud.

Informar a la población acerca de la importancia de la salud como el mejor recurso para el bienestar personal y social, así como para elevar el nivel de vida. A través de explicarles que es mejor y menos costoso prevenir las enfermedades que curarlas. (ver diagrama)

Elaborar en conjunto con la población en cada localidad un diagnóstico de salud.

Realizar una planeación participativa que permita a la localidad analizar su problemática de salud, definir ellos mismos sus prioridades y establecer las acciones que llevarán acabo para atenderlas y mejorar así sus condiciones de vida, salud y bienestar familiar.

Entrar en comunicación y no sólo informar; estableciendo una comunicación efectiva, estando dispuesto a escuchar, a oír, para aprender por que la comunidad se comporta de una manera determinada e identificar creencias que rigen sus conductas.,

Lograr en la población el cambio de comportamiento para beneficio de su salud.

Educación continua, realizando visitas domiciliarias.

Utilizar un lenguaje adecuado para la población en las sesiones de educación para la salud.

Realizar una exposición del diagnóstico de salud de las localidades, a los coordinadores médicos responsables del programa, para que ellos se involucren en las acciones de elaboración de material adecuado para las poblaciones rurales.

Realizar un curso taller de las estrategias que conduzcan a:

La importancia de las sesiones de educación para la salud.

Responsabilidades del equipo de salud.

Responsabilidades del capacitador.

Definición del esquema operativo.

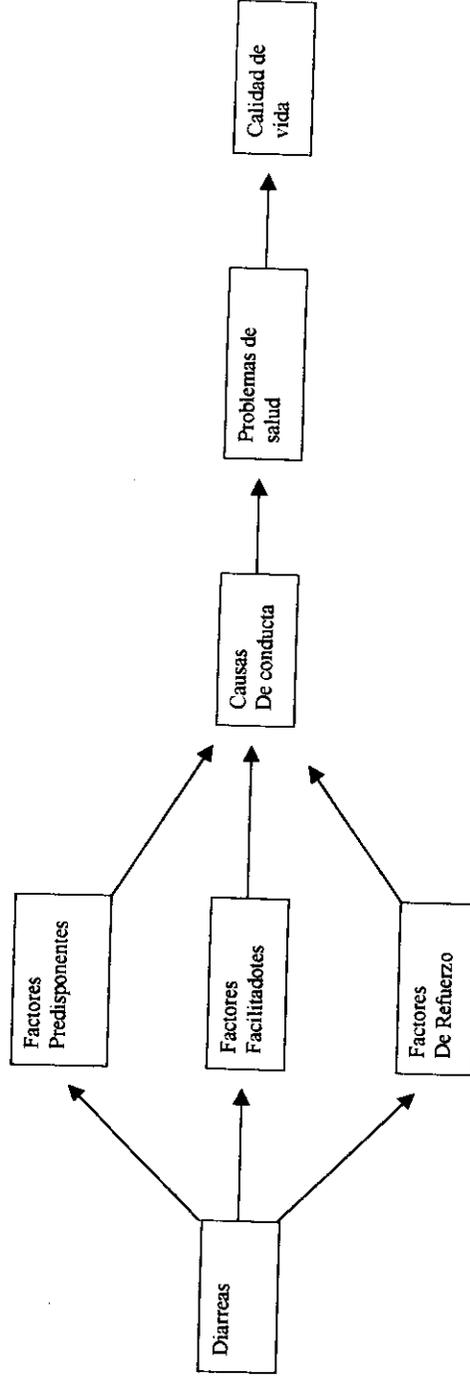
Como seleccionar el lugar adecuado para las sesiones.

Como seleccionar el material didáctico para la población rural.

Diagnostico
Educativo

Diagnostico
Conductual

Diagnostico
Epidemiológicos y
social



Este marco conceptual integra influencias específicas sobre la conducta, tales como "el conocimiento", las "actitudes y creencias, las "habilidades y las recompensas que pueden ser usadas para diagnosticar y reorientar la conducta de la población.

7. BIBLIOGRAFIA

Antología Programa de "Técnicas de la Enseñanza", Docentes del Departamento de Pedagogía, México, D.F., 71 pp.

ALVAREZ, ALVA RAFAEL (1995) Educación para la salud, Ed. El Manual Moderno, S.A. DE C.V., México, D.F. 123 pp.

ARANDA REGULES JOSÉ MANUEL (1994) Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud, Edt, Díaz de Santos S.A., Madrid España 399 pp.

AXEL, KROEGER Y RONALDO LUNA (1992) Atención Primaria de Salud, Principios y Métodos, Ed. Pax, 2ª. Ed., México, D.F. 639 pp.

BAULEO, ARMANDO (1982) Ideología, grupo y familia, Edt., Folios, México, D.F., 129 pp.

BARQUIN, CALDERON MANUEL (1992) Medicina Social – Salud Pública, Edt. Méndez, México, D.F., 826 pp.

CETA (1981) Manual para promotores de salud, 4ª. Ed., Iquitos, Perú.

CIRIGLIANO, GUSTAVO, Y VILLAVERDE A. (1982) Dinámica de grupos y Educación, Edt., Humanistas, Buenos Aires.

GÓNZALEZ, LUIS (1995) Michoacán monografía estatal, Edt. S.E.P., 2ª. Ed. México, D.F., 270 pp.

HERNAN, SAN MARTÍN (1992) Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas, Edit., La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, D.F., 1112 pp.

KROEGER, A. Y BERBIRA FREEDMAN (1984) Evaluación participante en programas de atención primaria de salud, en cambio cultural y salud, Edt., Pax, 5ª. Ed., México, D.F., 120 pp.

MORA, FERNANDO Y PAUL W. HERSEH (1984) Introducción a la Medicina social y salud pública, U.A.M., Ed. Terra Novo, México, D.F., 112 pp.

PIERPAOLO, DONATI (1994) Manual de sociología de la salud, Ed. Díaz De Santos, S.A., Madrid España, 419 pp.

(1996) Promoción de la salud: una antología, Ed. Organización Panamericana de la salud
Publicación Científica No. 557, Washington, D.C., E.U.A. , 403 pp.

SÁNCHEZ, SANDOVAL FIDEL (1995) Historia y Geografía, Ed. S.E.P., México, D.F., 159 pp.

SANTOYO, RAFAEL (1981) Algunas reflexiones sobre la coordinación en los grupos de aprendizaje. En revista de perfiles educativos No. 11, México, D.F., CISE, UNAM, 63 pp.

SECRETARIA DE SALUD, SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, (1993) Estrategia de Extensión de Cobertura, México, D.F., 31 pp.

SERRANO GONZÁLEZ, MA. ISABEL, (1990) Educación para la salud y participación comunitaria, Edt. Díaz De Santos, México, D.F., 222 pp.

S.S.A. (1980) Manual de normas de educación para la salud, México, D.F., 355 pp.

WERNER, DAVID Y BOWER, BILL (1984) Aprendiendo A promover la salud, Centro de estudios educativos, México, D.F.

YOSHIKO , HIGASHIDA BERTA (1995) Educación para la salud, Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill, México, D.F., 302 pp.

ZURRO, A. MARTÍN, J.F. CANO PÉREZ (1994) Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica, Ed. Mosby / Doyma Libros, México, D.F., 1158 pp.

ANEXOS

OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE HAN CONDICIONADO LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA EDUCACION PARA LA SALUD.

INSTRUCCIONES: LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y CONTESTE CORRECTAMENTE Y HONESTAMENTE.

1.- SEXO.

- a) Femenino.
- b) Masculino.

2.- EDAD.

- a) 15 a 20 años.
- b) 21 a 30 años.
- c) 31 a 40 años.
- d) 41 a 50 años.
- e) 51 o más.

3.- ESCOLARIDAD.

- a) Analfabeta.
- b) Primaria completa.
- c) Primaria incompleta.
- d) Secundaria completa.
- e) Secundaria incompleta.
- f) Otro_____.

4. OCUPACION.

- a) Hogar.
- b) Campesino.
- c) Comerciante.
- d) Otro_____.

5.- EN SU COMUNIDAD CUENTAN CON COMITES DE SALUD.

- A) Sí.
- B) No.

6.- COMO SE INFORMA USTED QUE HABRA PLATICAS EN SU COMUNIDAD.

- a) Auxiliar de salud.
- b) Por personal de salud.
- c) Anuncios en las tiendas o molinos.
- d) Por otra gente.
- e) Nunca me entero que habrá plática.

7.- ACUDE USTED A LAS PLATICAS QUE SE DAN EN SU COMUNIDAD.

- a) Nunca.
 - b) Casi siempre.
 - c) Siempre.
- Porque-----

8.- LAS PLATICAS IMPARTIDAS EN SU COMUNIDAD CORRESPONDEN AL TEMA QUE SE ANUNCIO ANTERIORMENTE.

- a) Sí.
- b) No.

9.- A LAS PLATICAS QUE ASISTE USTED INICIAN A LA HORA INDICADA.

- a) Si.
- b) No.
- c) Algunas veces las cambian.

10.- CUANTO TIEMPO DURAN LAS PLATICAS.

- a) 30 minutos.
- b) 60 minutos.
- c) 120 minutos.

11.- SON ADECUADOS LOS MEDIOS DIDACTICOS.

- a) Si.
- b) No.
- c) Nunca utilizan.

12.- LOS DIBUJOS Y LA INFORMACION SON ADAPTADOS A LA FORMA DE VIDA DE SU COMUNIDAD.

- a) Si.
- b) No.
- c) Casi siempre.

13.- EL PERSONAL DE SALUD UTILIZA PALABRAS COMUNES Y GENERALMENTE CONOCIDAS POR USTED.

- a) Si.
- b) No.
- Porque ____

14.- LOS METODOS Y MEDIOS AUXILIARES COMUNICAN SIEMPRE EL MISMO MENSAJE.

- a) Si.
- b) No.
- c) En algunas ocasiones.

15.- DESPUES DE LAS PLATICAS A LAS QUE ASISTE A MODIFICADO SUS CONDUCTAS.

- a) Si.
- b) No.
- c) Porque _____

16.- EL PERSONAL DE SALUD QUE LE DIO LA PLATICA LA VISITA EN SU CASA PARA ACLARAR DUDAS SOBRE LA INFORMACION DE LA PLATICA.

- a) Si.
- b) No.
- c) Algunas veces.
- Porque ____

17.- CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SE ENFERMO Y DE QUE.

18.- QUE OPINION TIENE USTED DEL PERSONAL DE SALUD QUE LE DA LAS PLATICAS EN SU COMUNIDAD.

19.- PARA USTED CUAL MEDICINA LE AYUDARIA A CUIDAR SU SALUD.

a) Preventiva.

c) Curativa.

20.- USTED ACUDE AL MEDICO SOLO CUANDO ESTA ENFERMO.

a) Si.

b) No.

Porque ____

21.- CREE USTED QUE LAS PLATICAS LE AYUDAN A CUIDAR SU SALUD.

a) Si.

b) No.

Porque ____

22.- LAS PLATICAS QUE SE DAN EN SU DOMICILIO CORRESPONDEN A SUS NECESIDADES DE SALUD.

a) Si.

b) No.

c) En algunas ocasiones.

OBJETIVO: EVALUAR CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE EDUCACION PARA LA SALUD QUE REALIZA EL PERSONAL DEL MODULO III DE MORELIA, MICHOACAN.

OBSERVACIONES PARA EL PERSONAL DE SALUD	SI	POCAS VECES	NUNCA
1.- Realiza diagnóstico de las necesidades de las personas de las comunidades que va a trabajar.			
2.- Determina los objetivos de aprendizaje que pretende lograr			
3.- Realiza selección y elaboración adecuada de los recursos didácticos			
4.- Realiza desarrollo de los temas (Aperturas, desarrollo, culminación).			
4.- Realiza desarrollo de los temas (Aperturas, desarrollo, culminación).			
5.- Programa las pláticas acordes al día y hora señaladas.			
6.- Utiliza palabras comunes y generalmente conocidas por todos			
7.- Se dirige a la gente con respeto y seriedad.			
8.- Realiza demostraciones en las pláticas de educación para la salud.			
9.- Realiza visitas domiciliarias para evaluar la información proporcionada.			
10.- Utiliza un tono de voz en la plática adecuada.			

6. GLOSARIO

Caló: (del gitano caló, oscuro, negro.) Lenguaje o dialecto propio de los gitanos.

Chamán: sacerdote hechicero del que se supone que entra en relación con los espíritus, puede influir sobre ellos y desempeñar ciertas funciones de adivinación o curación.

Coadyuvar: (del lat. Cum. Con, y adiuvere, ayudar.) tr contribuir o ayudar a la consecución de alguna cosa.

Convergiendo: (del lat. Convergere; de cum, con, y vergere, dirigirse.) intr.. dirigirse dos o más líneas, caminos, etc., a un punto. Concurrir o dirigirse varias cosas a un mismo fin.

Cotón (del ar. qutum, algodón.) m. Tela de algodón estampada.

Cíclicos: (del lat. Cyclius, y éste del gr.) adj. relativo al ciclo. Se aplica al poeta que abarca un ciclo épico o legendario. Que ocurre en ciclos. Es la enseñanza, gradual; que se amplía concéntricamente: plan cíclico. Bot. Se dice de la flor que tiene las piezas en verticilios.

Efímero: Adj. Que dura un solo día. Breve, fugaz de corta duración. Sirve para expresar un dolor muy fuerte.

Epidiascopio: Opt. Aparato que proyecta en una pantalla imágenes diapositivas y también de cuerpos opacos.

Imperativas: (del lat. Imperativus.) adj. Que impera o manda: lo dijo en tono imperativo. Gram. se dice del modo del verbo que se usa para mandar, rogar, exhortar, disuadir, etc. En la oración imperativa o exhortativa se emplean a veces formas habilitadas del subjetivo.

Jerga: (der. Regres. Del fran. Jar. On, y este de la onomat garg.) lenguaje especial y familiar que usan entre sí los individuos de ciertas profesiones y oficios, como toreros, estudiantes, etc.

Limitrofe: (del lat. Limitrophus, y éste del lat. Limes, - itis, límite y del tpéuo, alimentar.) adj. Confinante, alledaño.

Nigua: Zool. Amér. Tunga penetrans.) ord.: afanípteros (sifonápteros; insecto de países tropicales de América y África, parecido a la pulga pero más pequeño cuya hembra fecundada se

introduce bajo la epidermis del hombre y de algunos animales, especialmente en los pies, y allí deposita centenares de huevos, encerrados en una bolsa blanca, que causan intensa picazón y a veces úlceras.

Perenne: (del lat. *Perennis*.) adj. Continuo, incesante, que no tiene intermisión. Bot. Se dice plantas herbáceas y leñosas que en condiciones normales viven más de dos temporadas o años, a diferencia de las anuales y bienales.

Profano: (del lat. *Profanus*.) adj. Que no es sagrado, sino puramente secular. Contrario al respeto debido a las cosas sagradas. Libetino o aficionado a los placeres. Que carece de conocimientos en una materia.

Retamas: (del ar. *ratama*.) f. Bot. (gen. *Cenista*.) fam.: papilionáceas, ord.: rosales mata leguminosa de muchas ramas delgadas, hojas lanceoladas y flores amarillas. Mata leguminosa que se emplea para hacer escobas, y como combustible ligero.

Salamanquesa: (de salamandra) f. Zool. (*Lacerta muralis*). Fam.: lacértidos, subord.: lacertilios o saurios, ord.: escamosos; reptil pequeño insectívoro, de cuerpo comprimido y ceniciento; tiene en la extremidad de los dedos unas laminillas que le permiten adherirse a las paredes y superficies lisas; otras especies son la vivípara y la agilis, todas comunes en Europa.

Silvícola: Adj. Que habita en la selva.

Tequezquite: Méx. Carbonato de sosa natural; salitre.

Zanate: Zool. A.C., Méx. (*Quiscalus macrurus*) pájaro dentirrosto, de plumaje negro, que se alimenta de semillas.